



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ODONTOPEDIATRIA DE LA CONDUCTA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :
JOSE LUIS CORONA GUZMAN



MEXICO, D. F.

1983



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.

"TESIS"

ODONTOPEDIATRIA DE LA CONDUCTA

INDICE:

INTRODUCCION.

Capítulo 1:
NATURALEZA DEL MIEDO.

Capítulo 2:
VALOR DEL MIEDO.

Capítulo 3:
TIPOS DE MIEDO.

Capítulo 4:
MIEDO Y CRECIMIENTO.

Capítulo 5:
RELACIONES INTERPERSONALES.

Capítulo 6:
MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL.

Capítulo 7:
METODOS PARA CONTROLAR EL DOLOR Y EL MIEDO EN NIÑOS.

Capítulo 8:
DOLOR Y SEDACION.

Capítulo 9:
TRANSTORNOS EMOCIONALES DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN. (SU TRATAMIENTO DENTAL).

Capítulo 10:
TRANSTORNOS EMOCIONALES DEL NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL. (SU TRATAMIENTO DENTAL).

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION:

Uno de los propósitos que persigo en este trabajo, radica básicamente en analizar el comportamiento del niño hacia los tratamientos dentales, es decir, las actitudes y pautas de conducta que presenta en el consultorio dental.

Otro aspecto que se vincula con lo dicho anteriormente, es la capacidad del odontólogo para inferir tal comportamiento y reconocer sobre las influencias paternas que pueden producir ansiedades y miedo innecesarios en los niños.

El odontólogo debe estar enterado del patrón psicológico del niño y su problemática; debe comprender la naturaleza del miedo y estar consciente de cómo las actitudes de los padres pueden modificar determinados tipos de comportamiento.

Así, bien, el odontólogo que atiende a niños debe estar enterado de que la formación de la personalidad está determinada por la herencia física y mental, y comprendida con el medio social en el que el niño se desenvuelve; ésto se observa a partir del desarrollo de dicha personalidad.

Debe estar informado del papel de las ansiedades y miedos influyendo de manera directa en el comportamiento que el niño adquiere en el consultorio dental.

La herencia no puede ser alterada, excepto dentro de límites estrechos, no puede evitarse.

En cambio, el comportamiento consecuencia del miedo sí es posible alterarlo; se puede alterar y desarrollar de manera que el niño crezca y llegue a tener una personalidad bien encajada, adecuada para la sociedad en que se encuentra, y especialmente en relación a los tratamientos dentales.

Uno de los ajustes que tienen que hacer es desarrollar un modelo de comportamiento que sea aceptado socialmente y que satis-

faga sus necesidades emocionales y físicas. Los cuidados dentales pueden ser una de sus necesidades físicas.

El hecho de que el paciente acepte el tratamiento dental de buen agrado o lo rechace totalmente dependerá de la manera en que han sido condicionados.

El condicionamiento emocional al que se hace referencia relacionado de manera íntima hacia la odontología, análoga a las experiencias que se determinan en la niñez, se forma primordialmente en casa y bajo guía paterna.

En lo que se refiere al manejo adecuado de los niños en el consultorio dental es responsabilidad del odontólogo, y la debe asumir con talento, es decir, debe estar consciente que "los niños-problema, son niños con problemas" Illingsworth.¹

El dentista tendrá éxitos más duraderos al manejar al paciente si trata de familiarizarse con esta problemática y ajusta su enfoque psicológico de acuerdo al patrón de conducta que se le presenta.

Si el dentista efectúa trabajos dentales satisfactorios en sus pacientes infantiles, debe contar con su total cooperación; puede obtenerla si comprende el tipo emocional tanto del paciente como de sus padres. Si no comprende ésto le resultará difícil manejarlos adecuadamente.

El dentista tiene que saber que está vinculado emocionalmente a sus pacientes, y para manejarlos con éxito debe considerar los factores psicológicos y sociológicos que han formado sus actitudes y modelos de comportamiento hacia la odontología.

"Si queremos tener buenos pacientes infantiles, primero tendremos que educar a los padres. El dentista que no lo haga, no está usando todos los medios disponibles para el manejo de los infantes".²

El condicionamiento de los niños hacia el dentista y servicios dentales es responsabilidad de los padres.

Se deduce que los problemas de manejo son mucho más importantes para el dentista, que ve niños bajo tensiones emocionales muy fuertes, sin embargo, los dentistas pocas veces dan consejos a los padres sobre comportamiento infantil. Es de suma importancia que el odontólogo actual tome conciencia de todas sus responsabilidades como profesional.

Los padres a su vez, aplicarán estos conocimientos a sus hijos, quienes mirarán al dentista favorablemente en vez de con miedo irracional.

Estos conocimientos ayudarán, tanto al niño como al propio dentista.

Hacer énfasis en que las ansiedades y miedo que experimentamos en la madurez se originaron en la infancia, es de suma importancia para comprender emocionalmente a nuestros pacientes.

C A P I T U L O I

N A T U R A L E Z A D E L M I E D O

NATURALEZA DEL MIEDO:

La responsabilidad de los padres en la preparación psicológica del niño para tratamientos dentales reside principalmente en el problema emocional del "miedo". El miedo representa para el dentista el principal problema de manejo, y es una de las razones por las que la gente descuida el tratamiento dental. Por esta razón, es positivo discutir esta emoción y la manera en que las influencias de los padres y del medio actúan para dar pacientes infantiles buenos o malos.

En cuanto a la naturaleza del miedo se dice:

"Que es una de las primeras emociones que se experimentan después del nacimiento, aunque la respuesta al sobresalto está presente al nacer y se pueden demostrar antes del nacimiento reacciones reflejas a estímulos. El lactante no está consciente de la "naturaleza del estímulo que produce miedo".

A medida que el niño crece y aumenta su capacidad mental, toma conciencia de los estímulos que le producen "miedo" y puede identificarlos individualmente. El niño trata de ajustarse a estas experiencias aisladas por medio de la huida, si no puede resolver el problema de otra manera. Si el niño se siente incapaz de hacer frente a la situación y le es físicamente imposible huir, se intensificará su "miedo".

El "miedo y la "ira" son respuestas primitivas que se desarrollan para proteger al individuo contra daños y la destrucción propia.

"La estimulación emocional se descarga por medio del "sistema nervioso autónomo" a través del "hipotálamo" y se necesita muy poca integración cortical". Esto lo ilustran muy bien los movimientos sin inhibiciones de un animal descorticado.

Sin embargo, en el hombre las descargas del "hipotálamo" pueden ser modificadas por interferencias corticales, de manera que

en su corte altamente desarrollado, puede hasta cierto grado controlar sus emociones, a través de racionalización y determinación".

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 muy difícil. Incluso con niños de más edad, puede ocurrir una situación en la que el "miedo" sea tan pronunciado que el niño no pueda razonar claramente. Generalmente, a medida que aumenta la "edad mental" del niño, estas respuestas pueden ser cada vez más controladas por la corteza a través de funciones psíquicas más elevadas.

Los dentistas se ven frustrados en sus esfuerzos para prevenir y controlar el dolor en tratamientos dentales en niños cuando no pueden identificar y tratar bien dos hechos; el primero de estos hechos es que la percepción del dolor, y las reacciones del paciente al mismo, varían de un paciente a otro, y varían de una vez a otra en el mismo paciente. La percepción de sensaciones dolorosas y las reacciones a ellas son determinadas en gran parte por la ansiedad y el miedo, especialmente en niños, cuando existen circunstancias amenazadoras. La ansiedad y el miedo, como sombras, preceden y siguen a las experiencias dolorosas. El segundo hecho que debe ser considerado cuando se está tratando a niños es que éstos tienen capacidad limitada para describir claramente sus experiencias y sentimientos, también se ven limitados para expresarlos objetivamente en especial cuando sufren o están atemorizados.

Es objetivo el observar que muchas de las neuronas aferentes de los nervios sensitivos de la cara, boca y faringe, expresamente los nervios craneales quinto, séptimo, noveno y décimo, y el primero y segundos nervios cervicales, terminan en el núcleo cau-

dal trigeminal (núcleo trigeminal espinal).

En dicho lugar, estas primeras pasan al lado opuesto del tracto y ascienden al núcleo arqueado del tálamo, en donde las sensaciones son integradas, filtradas, organizadas y, por así decirlo, reciben tono emocional.

La mayor parte de los niños llegan al consultorio necesitados de algún tipo de tratamiento inmediato o de atención preventiva; por lo tanto, no es práctico postergar el tratamiento de un niño miedoso en la esperanza de que finalmente superará su temor a la odontología y se tornará más cooperativo. "Puesto que el miedo es controlado por el sistema nervioso autónomo, es imposible razonar con el niño realmente asustado y controlar su temor.

El ridículo o la comparación con un niño normal que pasó por la experiencia odontológica sin problema alguno sólo podrán complicar la vida emocional del niño asustado y por lo general no conduce a un grado satisfactorio de cooperación.

La mayor parte de los dentistas encontraron también que es muy poco práctico dejar que el niño miedoso observe mientras otro se atiende. Rara vez se mostrará menos temeroso o más cooperativo cuando le llegue su turno para encarar la situación. Por lo tanto, el abordaje más lógico parece ser el "reacondicionamiento" del niño temeroso.

Si el niño es realmente miedoso, el abordaje sin apuros del problema rendirá altos dividendos. La mitad de la batalla estará ganada si el odontólogo conversa con el niño y procura enterarse de la "causa del temor". A menudo el niño expresará su temor a determinado procedimiento o relatará que escuchó algo sobre la experiencia odontológica que lo asustó. En este caso, el profesional podrá proceder a borrar esa idea mediante demostraciones y explicaciones.

En la primera sesión, el odontólogo no debe intentar más que

procedimientos simples, debe explicar cuidadosamente lo que está haciendo y el uso de todos los instrumentos y gradualmente debe ir construyendo hasta llegar a los procedimientos normales de rutina que son necesarios para el servicio de salud. Si bien el control por la voz suele ser suficiente para superar los temores del niño, ocasionalmente puede ser necesario emplear alguna forma de restricción, en particular en una emergencia, con el fin de dominar ya los temores del niño. Los padres, sin embargo, deben tener conciencia de que el odontólogo y sus asistentes tendrán que retener al niño para cumplir siquiera un examen superficial y probar al niño que el procedimiento es placentero y en verdad bien distinto de lo que esperaba o se le había dicho.

El temor es una de las emociones que con más frecuencia se experimentan en la infancia. Su efecto sobre el bienestar físico y mental del niño puede ser extremadamente dañoso.

"Watson estima que el temor es en su mayor parte "cultivado en el hogar", tal como los estallidos de amor o de rabietas. Cree además que hacia los 3 años la vida emocional del niño ha quedado establecida y que los padres han determinado ya si el niño se convertirá en una persona feliz, íntegra y de buen carácter, o en una persona llorosa y quejosa, una cuya vida estará regida por el temor.¹

Los niños, sin embargo, parecen tener ciertos temores naturales, tales como los asociados con la inseguridad o la amenaza de inseguridad.

"La resistencia es una manifestación de ansiedad o inseguridad, y de hecho el niño se rebela contra el medio. Puede hacer despliegue de rabietas o darse la cabeza contra las paredes o provocar vómitos cuando no desea adaptarse".

Si bien no entra en la responsabilidad del odontólogo tratar los estados psicológicos antes mencionados, será útil que pueda reconocerlos y comprender que la reacción del niño en el

consultorio dental está condicionada por la experiencia previa, la educación en el hogar y el medio.

"La ansiedad o inseguridad está probablemente muy relacionada con el estado de temor".

"Edelston estima:

Que algunos niños desarrollan la necesaria seguridad con lentitud y permanecen inseguros y ansiosos mucho tiempo después de que superaron esos sentimientos.²

Los niños angustiados están esencialmente asustados de toda nueva experiencia; su reacción puede ser violentamente agresiva: por ejemplo, una exhibición de rabietas en el consultorio dental".

"Benjamin estima;

que en los niños la rabieta suele ser una reacción que oculta lo que pasa "entre bambalinas": un estado de ansiedad o de inseguridad. Si al niño que hace demostraciones de rabietas en su hogar se le recompensa, las rabietas pueden convertirse en hábito. Cuando este niño se comporta de modo similar en el consultorio odontológico, el profesional deberá decidir si la reacción es de temor agudo o es una rabieta. Por supuesto, si el niño está realmente asustado, el odontólogo debe mostrarse comprensivo y proceder con suma lentitud.³

Si el niño está claramente en una demostración de una rabieta, en cambio, el odontólogo puede demostrar su autoridad y su dominio de la situación".

El momento del día en que se ve a un niño, en especial al más pequeño, puede influir sobre su conducta.

El odontólogo está más alerta y más capacitado para lidiar con las reacciones impredecibles a cierta hora temprana.

La espera en la sala de recepción a menudo da al niño la oportunidad de formarse un esquema mental de no cooperación o de asus-

tarse por ruidos desusados o hechos. Hay, claro está, excepciones para las sesiones tempranas con niños; una es el niño de quien se sabe que es poco cooperativo o está de alguna manera disminuido como para hacerle difícil adaptarse a la rutina habitual del consultorio. Para este tipo de niño se debe tomar en cuenta la última sesión de la mañana o algún momento en que el consultorio esté libre de niños y otros pacientes que pudieran resultar influidos por una perturbación.

El estudio sobre el miedo que llevó a cabo Jersild, y que describimos al hablar de niños en edad preescolar, fue prolongado por él y sus colaboradores hasta incluir también a los niños en edad escolar.⁴

Así, en uno de los estudios más importantes, en el que emplearon un cuestionario, procuraron averiguar si cada uno de los niños estudiados estaba preocupado "a menudo", "a veces", "o nunca" por las situaciones especificadas.

El término concreto que escogieron -estar preocupado- expresa muy bien el abandono durante la niñez del miedo abierto y desnudo, que va dejando paso a derivados más complejos.

El mencionado estudio presentó a más de 1000 niños de quinto y sexto grados, veinticinco frases, cada una de las cuales describía una situación distinta, pidiéndoles que expresaran hasta qué punto se sentirían preocupados por cada una de ellas.

Entre sus preocupaciones destacaban las aprensiones ante acontecimientos muy ordinarios de su propio ambiente. Así por ejemplo, más de cuatro quintas partes de los niños estudiados admitían que les preocupaba pensar en la posibilidad de hacer un mal examen; más de los dos tercios estaban preocupados ante el riesgo de sacar malas notas, y aproximadamente los dos quintos les preocupaba algunas veces o con frecuencia que pudieran pegarles otros niños de carácter más violento.

Hasta cierto punto, se trataba de preocupaciones prácticas an-

te situaciones reales.

Muchas, sin embargo, no tenían sentido.

Entre las expresiones de mayor importancia se encontraba el miedo ante situaciones reales, es decir, ante la posibilidad de sufrir daño corporal por el fuego o por determinada enfermedad o bien el miedo a quedarse solo, ello demuestra de manera cognoscitiva el miedo a la inseguridad.

Probablemente, estas causas de miedo se mantienen vigentes por circunstancias de la vida adulta que, de alguna manera, las convierten en índices de inseguridades y conflictos presentes. Aún así, su persistencia desde la niñez sigue siendo un impresionante indicador de la importancia que reviste en estos primeros años las experiencias emocionales.

Un estudio mediante entrevista, realizado por Jersild, Markey y Jersild⁵, entre 400 niños de 5 a 12 años, confirma la opinión de que el miedo de los niños a esta edad es buena parte realista. Más o menos del 20 por 100 de los sentimientos de miedo se referían a criaturas imaginarias, a la oscuridad y a quedarse solo. Otro 10 por 100 tenía que ver con ladrones. También ocupaba un lugar importante el miedo a los lobos.

En general, las preocupaciones de tipo real salían con relativamente poca frecuencia en comparación con las de tipo anticipatorio o imaginario. Este miedo es irracional en el sentido de que muchas veces se presenta cuando no existe peligro o bien cuando es muy remoto.

Se plantea entonces la cuestión de saber si el miedo favorece la adaptación a los problemas diarios. Evidentemente no suele ser así. Muchas veces conduce a pérdidas de energía inútiles y restrictivas.

De las aprensiones mostradas durante la niñez muchas perduran hasta la edad adulta.

Jersild y Holmes⁶ llegaron a la conclusión a través de un estudio de los recuerdos que tenía un grupo de adultos de sus reacciones de miedo durante la niñez.

Más del 40 por 100 de las cosas que les daban miedo de niños seguían produciéndoselo más tarde.

Desde luego, es posible que hubieran olvidado algunas de las cosas a las que temían siendo niños, dejando así de mencionarlas, mientras que hacían constar en mayor proporción las causas que se mantenían vivas a la edad adulta.

El miedo es determinante en la mayoría de los pacientes, en algunos casos es debido a una experiencia traumática pasada, en otros puede ser la manifestación de una tendencia neurótica, en ambos casos el miedo puede reducirse considerablemente por el empleo de una técnica relajante y el manejo cuidadoso del paciente.

CAPITULO II

VALOR DEL MIEDO

VALOR DEL MIEDO:

Contrariamente a lo que en general se cree, dirigido y controlado adecuadamente el miedo puede ser muy valioso. Puesto que los estímulos que lo producen pueden realmente dañar al niño, el "miedo" es un mecanismo protector de preservación. La naturaleza misma de esta emoción puede utilizarse para mantener al niño alejado de situaciones peligrosas, ya sea de tipo social o físico.

Es de suma importancia el enfoque del entrenamiento dado por los padres, no tenderá a eliminar el "miedo", sino canalizarlo hacia los peligros que realmente existen, y evitarlo en situaciones donde no existe peligro. De esta manera, servirá de mecanismo protector contra peligros reales y evitará comportamientos antisociales.

Debe enseñársele al pequeño que el consultorio dental no tiene porqué inspirar "miedo". Los padres jamás deberán tomar la odontología como amenaza. Llevar al niño al dentista no deberá nunca implicar castigo, ya que emplearlo así crea indudablemente "miedo" al odontólogo. Por otro lado, si el niño aprecia al dentista, el "miedo" a perder su aprobación puede motivarlo para aceptar la disciplina del consultorio.

Está aceptado que la preparación meditada del niño y de los padres antes de la primera visita dará por resultado un mejor esquema de conducta en el consultorio dental. La preparación bien puede comenzar en el momento del contacto telefónico de la recepcionista con el padre. La recepcionista explicará que, a menos que exista una emergencia, el odontólogo desearía que la primera visita se arreglara para un momento que le permita completar el examen e introducir al niño en la odontología sin apuros.

El odontólogo puede preferir que los padres eviten toda forma de preparación previa del niño para la primera visita, en la convicción de que él puede relacionar al niño con la odontología

y el consultorio dental de una manera más satisfactoria que los padres.

Algunos odontólogos prefieren enviar una carta a los padres, en la que se describe la organización del consultorio y se indica qué es lo que se ha de realizar en la primera visita.

Los padres aprecian la recepción de estas circulares que los ayudan en la explicación a sus hijos de cómo el odontólogo planea ayudarlos a disfrutar de una buena salud dental.

Las visitas para el niño muy pequeño o el muy temeroso deben ser relativamente cortas, hasta que el niño esté plenamente informado de los procedimientos y haya adquirido confianza en sí mismo y en el odontólogo.

Recientemente, Lenchner llevó a cabo un estudio en un consultorio privado para determinar si el planeamiento de sesiones más largas de lo acostumbrado recargaban indebidamente al niño pequeño. Se consideró sesión larga la de 45 minutos o más. No halló diferencia significativa entre sesiones largas y cortas, según la evaluación del odontólogo.

Pero parecía haber una tendencia al deterioro de la conducta en las sesiones prolongadas.⁵

Lenchner llegó a la conclusión de que en el tratamiento del niño no se debe prestar indebida consideración a la extensión de una determinada sesión; en cambio, la duración de las sesiones debe estar basada sobre los procedimientos involucrados en el tratamiento odontológico, en el profesional y su personal por las idiosincrasias del niño, y también sobre factores externos como los permisos en la escuela.

Cuando se interrogó a las madres, se supo que en su mayoría preferían las sesiones prolongadas por sí mismas y por sus hijos.

Las razones dadas para preferir las sesiones largas incluyeron,

además del bienestar físico y psicológico del niño, la conveniencia del padre y del niño y su preocupación por tener que pedir permiso en la escuela para las visitas odontológicas frecuentes.

Los temores del niño de siete años se focalizan en sí mismo -en su interior- y en sus actos. El niño domina a tal extremo su dotación de conducta que puede protegerse como no podía hacerlo a los seis años.

Gesell argumenta:

"Sus temores y preocupaciones son útiles en cierta medida: en la medida que sirven a un fin de autoprotección".⁶

Aunque a los siete años conserva aún algunos temores residuales que no se resolvieron a los seis años, los encara ahora de manera diferente que entonces.

Quizás aún pretenda que sus padres permanezcan en casa durante la noche; pero puede resignarse a su partida una vez superado el primer obstáculo.

Los informes sobre el niño de siete años lo describen simultáneamente como cobarde y valiente. Estas palabras se refieren a la presencia o a la falta de un control interior.

A los siete años es una edad en la cual el ambiente puede contar con la valentía del niño, mas esta valentía necesita a su vez de apoyo del ambiente y no puede dejársela librada a sus propios medios hasta tanto el niño esté bien encaminado.

"Muchos temores antes sin resolver encuentran solución ahora: el temor al sillón del dentista; el niño de siete años tiene mejor dominio de estas situaciones. Sabe lo que hace el dentista y puede levantar la mano si siente dolor".

Existe empero, un número de situaciones que escapan al control del niño de siete años.

Espacio y tiempo adquirirán para él significado.

Temerá a los lugares altos y las impresiones visuales poco familiares, es decir, que el niño contemple a otro en el sillón dental en el momento de ser atendido.

Sin embargo, el niño puede ayudar a controlar esos temores.

El niño que más teme llegar tarde a la escuela, tal vez nunca haya sufrido verdaderamente la experiencia de llegar tarde. Por lo general, es el tipo de niño que tiene menor dominio de su mecanismo regulador del tiempo.

No sólo tiene dificultades para detenerse -sigue haciendo alguna cosa interminablemente-, sino que tiene también dificultades para comenzar. Constituye una experiencia perturbadora estar con un niño de siete años que teme extraordinariamente llegar tarde a la escuela: despertará a las seis de la mañana y comenzará a gritar a sus padres: "¿No es hora de levantarse todavía?". El uso de un reloj despertador podrá ayudarle temporariamente a controlar su ansiedad.

Este tipo de niño manifiesta alguna angustia aún bajo el mejor de los tratamientos; pero puede ayudársele a obtener un mejor dominio de sí mismo: en primer lugar, no debe obligársele a llegar a la escuela a una hora exacta, pues su sentido del tiempo es aún sólo relativo y su llegada a la escuela debería incluir también cierta relatividad.

Si la escuela no puede brindar este tipo de cooperación debería ayudarse al niño a salvar el abismo entre la escuela y la casa mediante alguna cosa de las que le interesan.

La lectura de un libro sobre electricidad, por ejemplo, puede dar buenos resultados, en especial durante los diez minutos inmediatamente anteriores a la partida para la escuela.

Luego, puede llevar el libro consigo y mostrarlo a la maestra,

y debe esperarse a que ésta reaccione con interés.

Es por ello que el niño necesita aún considerable supervisión, especialmente si se trata del tipo de niño que no sabe protegerse y que entra en situaciones de las que no sabe salir por sus propios medios.

Algunos niños parecen temer a la vida en general y se resisten realmente a crecer: huyen ante las muchas exigencias que el crecimiento les plantea.

Se adquiere conocimiento acerca de las causas de los estallidos emocionales y de los medios para establecer el dominio por referencia a los sentimientos importantes para el niño a las diferentes edades.

Los datos que tenemos relativos al cambio de los modos de reacción emocional, que ocurre con la edad, parecen concordar con la importancia que se otorga actualmente al sentimiento de las necesidades por parte del niño, por ejemplo, en varios estudios de los que informan Jersild y Holmes: los "temores", en reacción al ruido y cosas que lo hacen, y a objetos, situaciones y personas extrañas, se encuentra entre las causas cuya influencia decrece con la edad.

Ciertas situaciones despiertan miedo en aquel niño en el cual no se ha establecido todavía el "sentimiento de confianza" en el mundo tangible. Su sentido de la percepción de los objetos no comprende todavía la "permanencia" en el espacio y en el tiempo ni la causalidad. Para el niño mayor, que ya ha adquirido el "sentimiento de confianza" en las cosas materiales, sus temores poseen un ángulo más imaginario. Teme a la obscuridad, a estar solo y a criaturas imaginarias que habitan en las tinieblas, y este sentimiento crece durante los años preescolares, al igual que otros, la imaginación aumenta durante dichos años. La adquisición de competencia y habilidad, el hallar él mismo métodos prácticos para enfrentarse a las situaciones te-

midas, son medios efectivos para dominar los temores.

Todo parece relacionarse con los sentimientos infantiles de "confianza", "autonomía", "iniciativa" y "cumplimiento".

CAPITULO III

TIPOS DE MIEDO

TIPOS DE MIEDO:

La mayoría de los temores evidentes en niños han sido adquiridos objetiva o subjetivamente.

TEMORES OBJETIVOS:

Los temores objetivos son los producidos por estimulación física directa de los órganos sensoriales y generalmente no son de origen paterno. Los temores objetivos son reacciones a estímulos que se sienten, ven, oyen, huelen o saborean, y son de naturaleza desagradable. Un niño que, anteriormente ha tenido contacto con un dentista, y ha sido manejado tan deficientemente que se le ha infligido dolor innecesario, por fuerza desarrollará miedo a tratamientos dentales futuros. Es muy difícil lograr que un niño que ha sido dañado de esta manera acuda al dentista por voluntad propia. Cuando le hacen volver, el odontólogo debe comprender su estado emocional y proceder con lentitud para volver a establecer la confianza del niño en el dentista y tratamientos dentales.

Los miedos objetivos pueden ser de naturaleza asociativa. Temores dentales pueden asociarse con experiencias no relacionadas.

Un niño que ha sido manejado deficientemente en un hospital o que ha sufrido en él intensos dolores infligidos por personas con uniformes blancos, puede desarrollar un miedo intenso a los uniformes similares de los dentistas o los higienistas dentales. Incluso el olor característico de ciertas drogas o compuestos químicos asociados anteriormente con situaciones desagradables puede causar temores injustificados. Un diente doloroso puede asociar dolor con odontología y puede causar aprensión hacia la visita dental. El miedo también hace descender el umbral del dolor, de manera que cualquier dolor producido durante el tratamiento resulta aumentado y lleva a aprensiones todavía mayores.

TEMORES SUBJETIVOS:

Los temores subjetivos 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. Un niño de corta edad y sin experiencia, al oír de alguna situación desagradable o que produjo dolor, sufrida por sus padres u otras personas, pronto desarrollará miedo a esa experiencia.

La imagen mental que produce miedo permanece en la mente del niño, y con la vívida imaginación de la infancia, se agranda y vuelve imponente. Un niño que oye hablar a sus padres o a un compañero de juegos sobre los supuestos terrores del consultorio dental los aceptará muy pronto como reales y tratará de evitarlos lo más posible. Shoban y Borland informaron que en los adultos el miedo a la odontología estaba principalmente basado en lo que hablaron sus padres sobre ello.⁷

En niños, como en adultos, lo que más temor infunde es oír hablar a padres o amigos de experiencias desagradables en el consultorio dental.

Los niños tienen un miedo intenso a lo desconocido. Cualquier experiencia que sea nueva o desconocida les producirá miedo hasta que obtengan pruebas de que su bienestar no se ve amenazado por ella. Su miedo es un intento de ajustarse a una situación que temen sea dolorosa. Hasta que el niño esté convencido de que no existe razón para asustarse, persistirá el miedo. La influencia de los padres es de importancia vital en la actitud del niño hacia la odontología. Es imperativo que los padres informen a sus hijos sobre lo que pueden esperar del consultorio dental. El niño debería conocer, de "manera general", los procedimientos que podrían serle aplicados y el aspecto y descripción del equipo del laboratorio antes de la primera visita dental. En la odontología actual, no se debe infligir dolor innecesario.

Ningún padre, por lo tanto, deberá decir a su hijo que va a ex-

perimentar dolores intensos.

Pero tampoco debe minimizar o mentir sobre las molestias de la odontología. Debe emplearse honestidad sin exageraciones emocionales.

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. Frecuentemente, los niños se identifican con sus padres. Si el padre está triste el niño se siente igual. Si el padre muestra miedo, el niño está temeroso. La ansiedad del niño y su comportamiento claramente negativo están íntimamente relacionados con ansiedades de los padres.

Los temores por imitación pueden transmitirse sutilmente, y el padre puede hacer muestra de ello y el niño adquirirlo, sin que ninguno de los dos se dé cuenta; son temores que ocurren regularmente y por lo tanto difíciles de eliminar.

Una emoción, como por ejemplo ansiedad, que se observa en el rostro del padre, puede impresionar más que una sugerencia verbal. Una madre que teme ir al dentista y que siempre va presa de tensión emocional, transmite inconscientemente ese miedo a su hijo que la observa.

Es fácil darse cuenta de que incluso un gesto como apretar fuertemente la mano del niño en el consultorio dental es un gesto de aliento, y lo que significa puede ser suficiente para que el niño sospeche y empiece a sentir miedo. Generalmente, mientras más tiempo subsistan temores subjetivos en la mente, más se irán agrandando. En consecuencia, estos temores pueden ser más intensos y no guardar proporción con el miedo objetivo que hubiera producido la experiencia en sí. Los temores más diff-

ciles de superar y eliminar son los que vienen de tiempo atrás, generalmente subjetivos. El miedo a los estímulos objetivos, como el dolor que produce una inyección, puede ser superado sin demasiada dificultad por el niño si se usa lógica y comprensión siempre que el dolor haya sido experimentado anteriormente.

El niño sabe que la intensidad y duración del dolor pueden ser soportados y que esta situación ha ocurrido anteriormente sin producir daño ulterior. Por otro lado, los miedos sugestivos a dolores de tratamientos dentales no están circunscritos a ninguna experiencia real y personal, de manera que el miedo que puede experimentarse no encuentra límites. En la mayoría de los niños, el miedo es subjetivo, no consecutivo a tratamientos dentales anteriores.

Aunque las influencias de los padres son las más profundas en materia de sugestión, los niños pueden adquirir miedos sugeridos de amigos o compañeros de juegos, o de materiales como libros, periódicos, dibujos animados, radio, televisión y teatro.

La eficacia de estas influencias dependerá de la fuerza y repetición de los estímulos y de la sugestibilidad del niño. Por lo general, un niño miedoso temerá a todas las personas y cosas.

Los miedos sugeridos pueden aumentarse a tal grado que llegan a la irracionalidad.

Jersild ha estudiado las experiencias más temidas por los niños y no encontró relación entre éstas y las experiencias más desagradables que en realidad vivieron. Los temores más profundos los inspiraban objetos o acontecimientos imaginarios.⁸

A medida que se desarrollan las capacidades imaginativas del niño, los miedos imaginarios se vuelven más intensos. Los temores imaginarios por lo tanto, aumentan con la edad y el desarrollo mental, hasta cierta edad en que la razón prueba que no tienen fundamento.

Los temores pueden ser irracionales en el sentido de que el niño no sabe por qué está atemorizado. Puede que recuerdos de experiencias pasadas se borren totalmente de su memoria consciente, pero las emociones asociadas con la experiencia olvidada determinan en gran parte su reacción a acontecimientos similares en el futuro.

La intensidad de los temores de los niños varía.

Estas diferencias pueden explicarse por hechos tan sencillos como la necesidad o el deseo que tiene el niño de dormir. Un niño adormilado tiende a mostrar más miedo e irritación que uno despierto, porque se le ha reducido la capacidad de razonar y controlar sus temores y tiene una tolerancia inferior a las situaciones desagradables.

El patrón del miedo puede ser impredecible, ya que no todos los temores que manifiestan los niños son genuinos. Frecuentemente utilizan el miedo para otros propósitos. Tal vez si utiliza el miedo al dentista como mecanismo de defensa, no se le pedirá al niño que haga su visita dental, o realice la tarea que le encomendó el dentista, para cuando esté en su casa. Son los padres y el dentista los que tienen que determinar si el miedo es real o simulado.

Es bueno recordar que, independientemente del condicionamiento, los niños normales con experiencias similares mostrarán gran variedad en la adquisición y reacción al miedo. Cada niño es un individuo y reacciona de manera individual. Gran parte de la reacción dependerá de las capacidades innatas físicas y mentales del individuo. Un niño que está físicamente sano, con funciones endócrinas normales, responderá de manera más activa que el niño con hipofunciones glandulares. El niño mentalmente alerta, responderá más inteligente y rápidamente que individuos retrasados mentalmente. A veces, se encuentran situaciones en las que dos niños, sometidos al mismo estímulo o experiencia y con iguales capacidades mentales, reaccionan en direcciones

opuestas; por ejemplo, uno mostrará valor y tratará de combatir al agente causal, mientras que el otro responderá con alarma y tratará de huir. Estas diferencias humanas deberán ser comprendidas por los padres cuando enseñan a los niños individualmente para que acepten procedimientos comunes como los dentales, y para que los tomen como una experiencia normal relacionada con la salud.

Gesell afirmó que un niño llora si se golpea una puerta, si se produce un movimiento abrupto o si experimenta una súbita pérdida de apoyo. Los niños mayores experimentan un segundo tipo de temor, un temor adquirido desarrollado por imitación de aquellos que temen. La persona que imitan puede temer las tormentas con truenos, la visita al odontólogo o una gran variedad de situaciones. Un tercer temor expresado por un niño es el resultado de experiencias desagradables: con un animal, un compañerito o quizá un médico o un dentista.⁹

No debemos suponer, por lo tanto, que todos los niños temen el consultorio odontológico. En vez, quienes tengan esta reacción pueden estar imitando a alguien o haber adquirido el temor como resultado de una experiencia real.

Una causa muy importante de falta de cooperación odontológica es el temor de una experiencia desconocida.

Esto se debe comúnmente a la ansiedad de la madre, o es acentuada por ella, ya que la señora misma tiene miedo o desconoce el tratamiento odontológico. Ese temor es sentido por el niño y se agrega a cualquier aprensión que ya pueda haber tenido, y no parece estar relacionado con el tipo de tratamiento dental a realizar, ya sea el propio tratamiento o simplemente una extracción.

CAPITULO IV

MIEDO Y CRECIMIENTO

MIEDO Y CRECIMIENTO:

Desarrollo psicológico:

El odontólogo que gufa con éxito a los niños por la experiencia odontológica se da cuenta de que un niño normal pasa por un crecimiento mental además del físico. Comprende además que el niño está adquiriendo constantemente hábitos, dejándolos y modificándolos. Este cambio es quizás una razón para que la reacción del niño pueda diferir en el consultorio entre una visita y otra. Es un hecho reconocido que el niño tiene un ritmo y un estilo de crecimiento. No hay dos niños, ni siquiera en la misma familia, que sigan exactamente el esquema.

Todos los que trabajan con niños deben comprender que la edad psicológica del niño no siempre corresponde a su edad cronológica.

Esta, en verdad, no tiene importancia para el dentista. Sin embargo, en el diagnóstico de los problemas de conducta y también en la planificación del tratamiento debe considerar ambas edades, fisiológica y psicológica.

Yarrow afirmó que existen datos suficientes para sugerir que aún antes del nacimiento operan mecanismos simples de aprendizaje.

Es un hecho establecido, sin embargo, que el aprendizaje asociativo simple progresa desde el instante del nacimiento. Mediante el aprendizaje, la criatura se sensibiliza a experiencias específicas y se condiciona a los fenómenos del medio.¹⁰

Dos años:

A veces el odontólogo deberá examinar o tratar a un niño de dos años. Por lo tanto, es conveniente prestar atención al esquema de la conducta y el grado de desarrollo que puede esperar a esa edad, y debe procurar determinar si el niño se está desarrollando según la norma.

A los dos años los niños difieren muchísimo en su capacidad de comunicación sobre todo porque existe una diferencia considerable en el desarrollo del vocabulario a su edad.

Según Gesell, a los dos años el vocabulario varía entre doce y mil palabras. Si el niño tiene un vocabulario limitado, la comunicación será difícil. Por esta razón se puede terminar con éxito el trabajo en algunos niños de dos años, mientras que en otros la cooperación es limitada.¹¹

A menudo se dice del niño de dos años que está en la "etapa pre-cooperativa", prefiere el juego solitario, pues no aprendió a jugar con los otros niños. Es demasiado pequeño para llegar a él con palabras solamente y debe tocar y manejar los objetos con el fin de captar plenamente su sentido. A esta edad, el odontólogo debe permitir que el niño sostenga el espejo, huelga la pasta dentrífica o sienta la tacita de goma. Al hacerlo tendrá una mejor idea de lo que el dentista intenta hacer.

Al niño de dos años lo suele intrigar el agua y el lavado. Se lleva bien con los miembros de su familia.

Sin embargo, el padre parece ser en muchos casos el favorito.

Puesto que a esta edad el niño es tímido ante la gente extraña y los lugares y le resulta difícil separarse de sus padres, casi sin excepción debe pasar acompañado al consultorio.

Se puede enseñar a los padres que la edad es un determinante importante del miedo, y modifica la eficacia del condicionamiento.

Los temores de un niño y la manera con que los maneja cambian con la edad. El comportamiento emocional, como cualquier otro comportamiento, sufre un proceso de maduración que depende del crecimiento total del individuo.

Un estudio realizado por Hess, muestra la edad temprana en la que acontecimientos y experiencias emocionales pueden influir en el individuo. Ha demostrado admirablemente que se puede imprimir una

experiencia u objeto en un ave de 16 horas de edad de manera que después reaccione al objeto impreso.

Por ejemplo, un ave masculina que fue condicionada a edad muy temprana, y estuvo apartada de su especie por espacio de un mes, incluso después de cinco años pasados en su mayoría con su propia especie, corteja a los seres humanos con comportamiento típico, pero no corteja a las hembras de su propia especie.¹²

La impresión es una forma rígida de aprendizaje, ocurre incluso antes de que se presente el miedo, y tiene efectos duraderos. Las experiencias dolorosas aumentan su eficacia. El aprendizaje por asociación normal, según Hess, se desarrolla posteriormente en la vida, después de la época de impresión.

Es bien conocido el papel de la madre en la superación de temores tempranos. Arsenian¹³ ha demostrado el papel de la madre como fuente de bienestar y seguridad para niños incluso un año de edad.

Harlow y Zimmerman¹⁴ demostraron con monos huérfanos de corta edad, que una madre falsa pero satisfactoria, podía vencer temores inducidos en poco tiempo, mientras que una madre falsa insatisfactoria producía disturbios emocionales definidos que persistían un tiempo indefinido cuando se exponía a los monos al objeto que les producía temor.

La posible relación que existe entre la impresión de mimos y cuidados y la atención maternal en la personalidad del niño, y su reacción al miedo posteriormente en la vida, puede tener más importancia que la que se le concedía anteriormente.

Un niño que presiente una amenaza a la seguridad de su patrón rutinario de vida al ser llevado a una nueva situación, responderá con miedo si es demasiado joven para comprender la razón del cambio. A medida que el niño crece y se desarrolla su capacidad de razonar, uno por uno va descartando estos miedos adquiridos, a medida que la experiencia y la inteligencia le enseñan que hay poca cosa que temer. Lo que asusta a un niño a los

2 años de edad puede no hacerlo cuando tenga 6. Por lo tanto, la edad es un determinante importante de lo que produce o no miedo, al niño. El padre y el dentista deben estar conscientes de estas variaciones con la edad, e interpretar todas las reacciones a estímulos considerando la edad emocional, mental y cronológica del niño.

Puesto que el momento adecuado de presentar la odontología al niño es cuando tiene de dos a tres años, es importante estudiar los estímulos de importancia dental y que producen miedo, desde esta edad hasta la adolescencia. Obviamente, no se puede esperar de un niño reacciones y comprensión que sobrepasen su capacidad mental en cualquier edad determinada.

Los primeros temores que el niño asocia con la odontología son los producidos por lo inesperado y lo desconocido. Cualquier estimulación precipitada o intensa de los órganos sensitivos, produce miedo en el niño porque es inesperada. El ruido y vibración de la fresa y la presión que se ejerce al usar instrumentos de mano al preparar cavidades, producen miedo en un niño de corta edad. A menos que el dolor sea intenso, teme más el ruido de los procedimientos dentales que al dolor que lo acompaña.

Como el niño de corta edad también teme caerse a movimientos súbitos e inesperados, sentir que sin avisarle lo están bajando o inclinando en la silla dental puede causarle miedo. Movimientos de la mano rápidos y enérgicos también atemorizan. Las luces muy fuertes, especialmente la luz intensa de la unidad operatoria, produce miedo si se deja que brille en los ojos del niño.

Los niños que todavía no van al colegio pueden temer al separarse de sus padres. Si el niño se ve empujado a una situación nueva, en la que debe separarse de sus padres, de quienes ha aprendido a depender para obtener seguridad, siente que se le ha abandonado, que le han dejado solo. Además del miedo por estar abandonado, siente temor de no haber satisfecho a sus padres. Cree que esto puede ser la razón de su abandono. Puede creer que la odontolo-

gía es su castigo.

Como hay niños que temen separarse de sus padres, si el niño es muy joven puede ser preferible que el padre lo acompañe a la sala de operaciones. Durante la primera visita la madre siempre deberá estar en la sala de operaciones. Ver la silla o la unidad dental tan poco familiares, con sus extrañas proyecciones, puede inspirar miedo a los muy jóvenes.

Hace varios años Frankl¹⁵ demostró en un estudio cuidadosamente controlado, que los niños de menos de 50 meses de edad se beneficiaban con la presencia de la madre en la sala de operaciones durante el tratamiento dental. Los niños de más de 50 meses de edad no mostraban diferencias en comportamiento, estuviera o no presente la madre en la sala de operaciones. Es interesante observar que en ninguno de estos grupos de edades resultó perjudicial para el comportamiento del niño la presencia de la madre en la sala de operaciones, y era muy conveniente para el grupo de niños de menos de 4 años. Si la madre puede estar con el niño sin transmitirle sus sentimientos, no existe razón para que no sea admitida en la sala de operaciones. Esto supone que los niños están bien centrados.

Frecuentemente, los padres traen a sus hijos de corta edad al consultorio inmediatamente después de que han sufrido accidentes que dañaron las piezas anteriores. Como su presencia da seguridad y reduce el miedo, deberá pedírsele a la madre que tenga al niño en sus brazos mientras que el dentista realiza el tratamiento de urgencia.

Aunque posiblemente el niño siga llorando, el dentista deberá seguir realizando el trabajo necesario rápidamente y con el mínimo dolor.

Personas poco familiares que lleven uniformes blancos inspirarán miedo, especialmente si el medio recuerda experiencias dolorosas del pasado. Para el niño de muy corta edad, acostumbrado a la actividad y ruido de una familia, puede resultarle extraño y tur-

bador el silencio extremado de la sala de espera. Un entusiasmo excesivo despierta sospechas y miedo, a medida que el niño se familiariza más con el consultorio dental, deberá desaparecer su miedo a lo desconocido.

Tres años:

Con el niño de tres años el odontólogo puede comunicarse y razonar con más facilidad durante la experiencia odontológica. Tiene un gran deseo de conversar y a menudo disfrutará contando historias al dentista y sus asistentes. En esta etapa, el personal odontológico puede comenzar a servirse de un abordaje positivo. De todos modos, a cualquier edad es conveniente señalar los factores positivos antes que los negativos. En particular para el más pequeño es cierto que tenderá a hacer las cosas que se le dice que no haga.

Hymes informó que niños de tres años y menos, en situaciones de stress o cuando se los lastima, están fatigados o asustados, automáticamente se vuelven a su madre o sustituto para consuelo, apoyo y seguridad. Tienen dificultades para aceptar la palabra de nadie por nada y se sienten más seguros si se permite que el padre permanezca con ellos hasta que conozcan bien al personal y los procedimientos.

Cuatro años:

El niño de 4 años por lo común escuchará con interés las explicaciones y, normalmente, responderá bien a las indicaciones verbales.

Los niños de esta edad suelen tener mentes vivaces y ser grandes conversadores, aunque tiende a exagerar en su conversación. En algunas situaciones el niño de 4 años, puede tornarse demasiado desafiante y puede recurrir al empleo de malas palabras. En general, sin embargo, la criatura de 4 años que haya vivido una vida familiar feliz con un grado normal de educación y disciplina será un paciente odontológico muy cooperador.

A los cuatro años de edad se llega a la cumbre de los temores, y de cuatro a seis años disminuyen gradualmente los temores antiguos como a caerse, al ruido y a los extraños. A medida que el niño adquiere capacidad para evaluar situaciones que producen miedo, ya sea por experiencia personal o por capacidad de apreciar la seriedad del peligro, se pierden y olvidan muchos de los miedos primitivos.

El miedo a los extraños, que alcanza mayor intensidad entre los 2 y 3 años, se pierde a consecuencia de amplias asociaciones con otros extraños. Por esta razón, los niños que asisten a escuelas para niños de muy corta edad, se vuelven más sociables, y están más dispuestos a relacionarse con extraños, mientras que los niños que crecen en granjas, o que no tienen muchos contactos sociales pueden ser muy tímidos y desconfiados, hasta que se identifican con el dentista. Jersild y Holmes¹⁶ exponen que el promedio de temores a los 3 años de edad es de 5.5, mientras que a los seis años de edad ha disminuido a 3.2. La disminución de temores puede deberse a: a) darse cuenta de que no hay nada que temer; b) presiones sociales que le fuercen a ocultar su miedo; c) imitación social y d) gufa por parte de adultos.

Se ha observado que los niños inteligentes muestran más miedo que los demás, tal vez por ser más conscientes del peligro y mostrarse más reacios a aceptar seguridad expresada verbalmente, sin presencia de pruebas. A esta edad, los niños suelen tener espíritu agresivo y aventurero y actitudes amistosas. Las niñas, por el contrario, tienden a ser mucho más reservadas.

El temor al daño físico puede volverse general. A veces un niño quedará hecho pedazos a causa de un daño menor. Incluso el pinchazo de una aguja hipodérmica y la vista de su propia sangre después de una extracción puede producir reacciones completamente desproporcionadas con el grado de dolor. El miedo al daño se asocia a menudo con odontología porque el niño ha aprendido que el dentista puede dañarle. Muy a menudo, en la mente del niño se asocia el miedo al dolor con el ser malo, ya que en alguna oca-

sión, cuando fue malo, fue perjudicado con algún tipo de castigo. Puesto que el dentista puede hacerle daño, el niño puede interpretar su visita al consultorio como castigo por haber sido malo.

A esta edad, el niño está desarrollando miedo a su propia conciencia, que se está formando con la disciplina correctiva de los padres. Los "sí" y los "no" se vuelven parte de él y pueden llevarle a estados de ansiedad, si la disciplina ha sido defectuosa, o pueden conducirle a un buen comportamiento si la disciplina ha sido moderada y justa.

Cinco años:

El niño de 5 años ha alcanzado la edad en que está listo para aceptar las actividades en grupos y la experiencia comunitaria. A esta edad la relación personal y la social están mejor definidas, y el niño no suele sentir temor de dejar al padre en la sala de recepción. Si el niño ha sido bien preparado por sus padres no tendrá temor a experiencias nuevas, como las relacionadas con ir al jardín de infantes o al consultorio del médico o del dentista. Los niños de este grupo cronológico suelen estar muy orgullosos de sus posesiones y sus ropas y responden muy bien a los comentarios sobre su aspecto personal. Los comentarios sobre sus vestidos pueden ser usados eficazmente para establecer la comunicación con el nuevo paciente.

Seis años:

A los 6 años, la mayor parte de los niños se separa de los lazos muy estrechos con la familia. Es aún, empero, una época de transición importante y puede aparear una ansiedad considerable. Gesell se refiere al niño de 6 años como un niño cambiado.¹⁷

Las manifestaciones tensionales alcanzan a esta edad un pico, con lo que pueden incluir estallidos de gritos, violentas rabietas, y golpes a los padres. A esta edad suele haber un claro incremento en las respuestas temerosas. Muchos de los preescolares

tendrán miedo a los perros, a los elementos o aún a los seres humanos. Algunos niños de esta edad tienen temor a los traumatismos en su cuerpo. Un ligero rasguño o la vista de sangre pueden causar una respuesta desproporcionada con la causa. Con la debida preparación para la experiencia odontológica, se puede esperar, sin embargo, que el niño de 6 años responda de manera satisfactoria.

De los 4 a los 6 años el niño entra en un período de conflictos muy marcados y de inestabilidad emocional. El niño está en inquietud-constante entre su "yo" en evolución y su deseo de hacer lo que se le pide. A medida que su "ego" se desarrolla, se vuelve suficientemente fuerte para tolerar muchas tensiones internas desagradables, y suprimirlas hasta que logre satisfacción.

La fantasía en este período tiene un papel muy importante, por ser, tal vez, mecanismo de protección. Sirve como amortiguador de problemas emocionales. Los niños combaten las cosas que temen en la realidad a niveles imaginativos. Al hacer ésto, el niño no sólo gana bienestar, sino que también desarrolla el valor y la calma necesarios para enfrentarse a la situación real. En la fantasía, los niños harán con placer lo que les disgusta hacer en la realidad; la situación puede llevarse al reino de los juegos. Puesto que se puede vencer al miedo sometiendo al individuo a la situación que le produce este miedo, hacer ésto por juego imaginado y por medio de la fantasía puede ayudar a vencer temores indebidos. En casa, donde el niño experimenta temores subjetivos intensos a la odontología, hacer un teatro de cómo se va al dentista y se realizan trabajos en sus dientes puede ser muy eficaz para desvanecer el miedo indebido, e infundir valor en el niño para afrontar la visita dental. A esta edad, la válvula de seguridad que es la fantasía es importante, y el dentista puede usarla como instrumento para manejar a niños de corta edad. Incluso en estas edades, el niño no está seguro de su capacidad para hacer frente a los peligros potenciales, y tiende a ser algo tímido, aunque los niños de esta edad obedecen órdenes con más prontitud que los que tienen tres años.

Cuando el niño llega a la edad escolar, la mayoría de los miedos a la odontología, que fueron provocados por sugestión, imitación o experiencias desagradables, se han vuelto fáciles de manejar. Sólo unos cuantos conservan fobias definidas. El niño de esta edad demanda menos y se somete mejor. Está desarrollando una curiosidad marcada hacia el medio que le rodea.

El "ego" del niño alcanza su cénit cuando llega a edad escolar.

A los siete años:

El niño ha mejorado su capacidad para resolver temores, aunque puede reaccionar de manera que parezca alternadamente cobarde o valiente. Está en la edad de preocupaciones pero está resolviendo los miedos reales. El apoyo familiar es de enorme importancia para comprender y superar sus temores. El niño de esta edad puede generalmente resolver sus temores a los procedimientos operatorios dentales, porque el dentista puede razonar con él y explicarle lo que se está realizando. Si se produce dolor, se le puede instruir para que muestre su disconformidad ya sea levantando la mano o con algún otro gesto. A medida que los niños crecen, sus temores se vuelven más variables e individuales.

De 8 a 14 años:

El niño ha aprendido a tolerar situaciones desagradables y muestra marcados deseos de ser obediente. Maneja bien sus frustraciones, no tiene grandes problemas, y se ajusta fácilmente a las situaciones en que se encuentra.

Desarrolla considerable control emocional. Sin embargo, presenta objeciones a que la gente tome a la ligera sus sufrimientos. No le gusta que lo fuercen, que se hagan injusticias o que lo mimen, ya sean los amigos o el dentista en su consultorio.

Los adolescentes, especialmente las jóvenes, empiezan a preocuparse por su aspecto. A todas les gustaría ser lo más atractivas posible. Este interés por los efectos cosméticos pueden usarlo el dentista como motivación para buscar atención odontoló-

gica. Están dispuestas a cooperar para satisfacer su "ego". Los problemas de manejo ocurren tan sólo en las personas que están considerablemente mal ajustadas.

CAPITULO V

RELACIONES INTERPERSONALES

RELACIONES INTERPERSONALES:

Ya hemos considerado con cierto detenimiento la naturaleza del miedo. Aunque es una de las principales emociones que tiene que tratar el dentista, no explica totalmente el comportamiento del niño en la silla dental. Existe gran cantidad de interferencias interpersonales que alteran el patrón de comportamiento de todo niño que visita al dentista. Cada niño reaccionará al miedo de manera diferente, basándose en las influencias del medio y en su herencia, puesto que en la formación de personalidad básica, intervienen factores hereditarios, como informó Wenger. Las relaciones entre padres e hijos se cuentan entre las principales relaciones interpersonales. Daremos énfasis a las relaciones entre padre e hijo por ser las más potentes para determinar el comportamiento emocional del niño. Cuando se consideran el número y la variedad de factores emocionales que se manifiestan en actitudes de los padres, tales como afecto, indiferencia, hostilidad, rivalidad, dependencia, dominación, sumisión, es impresionante la gran variedad de factores que pueden modificar la personalidad individual del niño. Si las actitudes de los padres son defectuosas, el comportamiento del niño puede alterarse, hasta el punto de convertirlo en paciente dental insatisfactorio. Por otro lado, si los padres muestran actitudes saludables, hacia sus hijos, los niños serán bien educados, se comportarán bien y, por lo general, serán buenos pacientes. Las actitudes de los padres, por lo tanto, pueden determinar que un niño sea amigable u hostil, cooperador o rebelde. En la mayoría de los casos, el comportamiento del niño en el consultorio odontológico es un excelente indicador de las actitudes que tienen sus padres hacia él.

Nunca se dará suficiente importancia a la necesidad que tienen los niños de vivir con adultos emocionalmente maduros. Puesto que los niños adquieren madurez emocional de sus padres, no se puede esperar comportamientos emocionales maduros de niños que han sido educados por padres inmaduros emocionalmente.

No se puede esperar que los niños desarrollen personalidades aceptables por sí solos si sus padres están tratando de resolver conflictos emocionales propios a través de ellos. El niño en crecimiento y desarrollo aprende a través de ejemplos, si los padres no le proporcionan estos modelos necesarios, puede adquirir otros menos convenientes por otro lado.

Pero si los padres son emocionalmente maduros y viven una vida coordinada y feliz, el niño generalmente llegará a ser emocionalmente maduro.

Frecuentemente, los padres adoptan una actitud hacia sí mismos y otra hacia sus hijos. Esta falsedad no es eficaz. Los niños tienen poderes de observación muy agudos y no se les puede engañar mucho tiempo.

No hace falta ser perfecto para ser un buen padre. Si ambos padres muestran una perfección irreprochable el niño no tendrá oportunidad de observar equivocaciones y su rectificación. Si ambos padres son perfectos, el niño no tendrá experiencia para combatir las vicisitudes de la vida y será incapaz de alternar satisfactoriamente con los miembros de la tan no perfecta familia del "Homo sapiens".

Todo niño tiene necesidades fundamentales de amor, protección, aceptación, estimación propia, independencia, autoridad, limitaciones, consuelo y apoyo. Estas necesidades deberán satisfacerse para que cada niño llegue a la madurez como individuo bien centrado. Es necesario amor para darle al niño la sensación de que se le desea. Le da confianza en sí mismo y en su capacidad para hacer frente al medio que lo rodea. La disciplina, por otro lado, indica al niño hasta dónde puede llegar. Impone límites a los confines de su libertad, pero dentro de esos límites será completamente libre. El niño indisciplinado no tiene esa libertad de acción porque no sabe en qué punto sus actos pueden causarle problemas.

Cuando no existen restricciones al comportamiento de los niños,

a menudo se producen sentimientos de culpabilidad, se vuelven hoscos, temerosos y ansiosos. El primer contacto del niño con la autoridad son los padres. La manera en que es manejado determinará su comportamiento en general hacia la autoridad. La autoridad debe ser ejercida de manera protectora y amorosa, nunca de manera excesiva. La autoridad ejercida adecuadamente dará confianza. La autoridad consistente y cariñosa es muy preferible a la rígida, inconsistente o punitiva.

Cuando los padres satisface exageradamente las necesidades emocionales, el niño tiende a crecer con conflictos emocionales, y creará problemas a sus padres y a las personas con quienes entra en contacto.

Si el niño llega al consultorio dental con padres aturdidos y desaliñados, que se quejan de que su hijo no quiere cooperar, a pesar de que han sido padres ideales, se puede ver que gran parte de la dificultad se debe a la atmósfera emocional que existe en su casa. Todo niño que tiene derecho a tener en casa una atmósfera que le lleve a desarrollo emocional normal, ya que el comportamiento humano se determina más por factores emocionales que por intelectuales. Para que un niño crezca y se comporte de manera normal, el medio emocional que le rodea deberá estar dentro de los límites de la normalidad.

Existen razones definidas para explicar las actitudes extremadas que ciertos padres toman con sus hijos. Los padres toman ciertas actitudes dándose perfecta cuenta de que no están creando ambientes favorables para el niño, y sin embargo, no se preocupan demasiado por las consecuencias. Otros padres tienen estas actitudes defectuosas, pero sin darse cuenta de sus sentimientos hacia los hijos, y olvidan el hecho de que el niño puede resultar dañado emocionalmente por ellas. Baste decir que los padres pueden tener actitudes erróneas y pueden alterar el comportamiento de sus hijos haciendo que su manejo en el consultorio dental resulte difícil.

Las actitudes del niño hacia la gente y sus experiencias sociales y la forma como se llegue con los demás dependerán sobre todo de las experiencias de "aprendizaje" durante los primeros años formativos de su vida. Estas experiencias a su vez, dependerán de las "oportunidades" que tenga de socializarse, de su motivación para aprovechar dichas "oportunidades" y de la dirección y guía que reciba de sus padres, maestros y hermanos, respecto a los mejores métodos de establecer contacto social.

Cada año, el niño normalmente tiene más "oportunidades" de establecer contacto no sólo con niños de su propia edad y nivel de capacidad, sino también con adultos de edades distintas y orígenes diversos. Como resultado hay un aumento gradual de la participación social y de la interacción con los demás. Si se restringen las "oportunidades" de la participación social, por aislamiento geográfico, normas familiares o actitudes sociales desfavorables por parte del niño, las limitaciones no sólo tendrán por consecuencia una infelicidad inmediata, sino también dificultades ulteriores en las relaciones interpersonales.

Otro factor esencial para convertirse en una persona social es la "motivación". Que el niño tenga suficiente "motivación" para aprender a ser social, es algo que depende en gran medida de la satisfacción que obtenga en el contacto social.

El tipo de "contactos sociales" que tiene el niño es algo más importante que el número. Si disfruta de sus contactos con la gente, querrá repetirlos. Si no es así tenderá a rehuir de la gente.

Otro factor esencial para aprender a ser social consiste en que el "método" usado sea adecuado para conseguir los resultados deseados.

A largo plazo, el niño aprenderá más rápidamente cómo ha de ser sociable, y el resultado final será mejor si su aprendizaje es guiado y dirigido por personas más experimentadas que él. En

una palabra, aprenderá mejor si se le enseña.

Marshall ha llamado la atención sobre la importancia de la guía subrayando que:

"cuando los niños tienen demasiado pocas experiencias en casa que les proporcionen las técnicas y los intereses necesarios para la participación en el juego con sus compañeros, muchas veces fracasan en sus intentos de jugar y, en consecuencia, muestran una dependencia excesiva de los maestros".¹⁸

Corrientemente se dice que una persona "nace introvertida" o "extrovertida". Hay pocos datos que demuestren esta creencia por el contrario, todo apunta al hecho de que la persona se volvió "introvertida" o "extrovertida" por el tipo de las primeras experiencias sociales que tuvo. Como sus primeras asociaciones son casi exclusivamente con los miembros de la familia, las actitudes y la conducta del individuo en las situaciones sociales son, en sentido estricto, "de familia".

El "tipo de relaciones" que existe entre los padres del niño, entre él y sus hermanos y entre él y sus padres, y la posición del niño dentro de la familia según sea el primogénito, el del medio, el más pequeño o un hijo único, son factores que contribuyen a sus adaptaciones sociales.

La conducta y las actitudes sociales del niño reflejan el "tratamiento" que recibe en casa. Por ejemplo, el niño rechazado puede trasladar fuera de casa y aún a la vida adulta la actitud de víctima resultante.

De todos los factores del hogar que en los primeros años influyen sobre la conducta y las actitudes sociales del niño, quizá el más importante sea el tipo de "método de educación" aplicado por los padres.

Los niños pequeños criados democráticamente son activos y de tendencias sociales.

Aquellos niños consentidos presentan "miedo físico" y falta de habilidad en las actividades musculares. Se vuelven inactivos y retraídos en sus relaciones sociales. En resumen, se ve que el hogar puede considerarse como "la sede de aprendizaje" para el desarrollo de habilidades sociales y gran deseo de participar en actividades con otras personas.

Sólo cuando los niños tienen relaciones sociales satisfactorias con los miembros de su familia, son capaces de disfrutar las relaciones sociales con la gente fuera de casa, tienen actitudes sanas hacia las personas y aprenden a comportarse con éxito dentro del grupo de sus compañeros.

La cooperación social aparece primero en el juego del niño con los adultos. Como el adulto no tiene inconveniente en ceder, la cooperación tiene éxito; pero con otros niños de la misma edad aproximada el juego en cooperación no suele durar más que unos pocos minutos cada vez.

Un estudio sobre niños pre-escolares ha revelado que conforme aumentan en edad, también lo hacen los avances amistosos y disminuyen las interacciones hostiles.

Por ejemplo, entre los muchachos varones, los de dos años y medio a tres años y medio establecen una asociación y un avance amistoso con otros niños cada dos minutos.

Las niñas de dos y medio a tres y medio años de edad hacen una asociación con otros niños cada seis minutos, y un avance amistoso cada tres o cuatro.

Durante los años pre-escolares, el niño se halla "autocentrado" en su conducta social. Le gusta jactarse de lo que hace e incluso de su familia. Coopera cuando le conviene, siempre y cuando no menoscaben sus intereses o actividades.

EL NIÑO DE SIETE Y OCHO AÑOS:

Su sensibilidad frente a las actitudes de los demás aumenta

constantemente. Comienza a ver a su madre desde un nuevo punto de vista. Conquista cierto grado de separación respecto de ella, desarrollando nuevas adhesiones a otras personas.

Con frecuencia, ansía tener un hermanito (a). Revela un nuevo interés por su padre y por los compañeros de juegos mayores que él.

Y por lo general, se encariña con su maestro.

En su casa, en el patio de juegos y en el aula escolar podemos observar cómo se profundizan sus relaciones personales-sociales.

En la escuela es donde resulta más transparente esta susceptibilidad a la actividad social.

El desarrollo de la "personalidad" es de suma importancia a esta edad.

En la casa, como en la escuela, la conducta personal-social del niño revela una creciente conciencia tanto de sí mismo cuanto de los demás. Es más social que a los seis años y son menos probables las intensas refriegas con la madre. Emplea el pronombre plural "nosotros" cuando se refiere a sí mismo y a su madre.

Le agrada hacer cosas para ella y para el padre, si ello no le obliga a mantenerse demasiado tiempo y en forma estricta ocupado en tareas solitarias. Se adapta mejor a las tareas breves y necesita el apoyo repetido de un lenguaje amistoso. Con este apoyo, se convierte en feliz ayudante y mandadero toda una tarde.

Quiere complacer.

A pesar de ello, su independencia se profundiza. En consecuencia, en algunas ocasiones se opondrá a la madre con un demostrativo. "Pero mamá, . . .". Algunas veces, se concentra a sí mismo y murmura como sugiriendo que no quiere pertenecer a la

familia y que ésta no lo quiere. Puede estar "furioso con la madre" y adoptar un aire malhumorado. Podemos suponer que este "espíritu de contradicción", si no es llevado a un extremo, forma parte de un proceso normal de alejamiento evolutivo -de autodestete- .

Es una forma de conducta más duradera que la agresividad verbal y los ataques físicos de un año atrás.

El niño de siete años comienza a ser un verdadero miembro del grupo familiar, listo para aceptar algunas de las responsabilidades domésticas.

La agresión es un acto de hostilidad verdadero o en forma de amenaza, generalmente sin provocar por otra persona. Generalmente, es una reacción a una frustración, que predispone al niño a atacar a la persona o al objeto que se pone en su camino cuando él quiere hacer algo.

Un niño puede reprimir su agresividad cuando sus padre u otros adultos están cerca, por miedo al castigo; pero esta represión sólo sirve para producir más frustraciones, las cuales, a su vez, originan una mayor agresividad cuando no hay adultos presentes.

Por la conducta antisocial en la pubertad, a veces se llama a la pubertad "fase-negativa" y se dice que es un "período de desequilibrio".

Estas etiquetas sugieren que la actitud del niño frente a la vida es "anti", que está negando algunas de las características sociales desarrolladas tan lenta y laboriosamente durante los años de la infancia.

EXTREMOS DE COMPORTAMIENTO EN LOS PADRES:

Entre los extremos de comportamiento que los padres muestran hacia sus hijos podemos mencionar los siguientes:

Protección excesiva;

Todo niño necesita amor y afecto. Sin embargo, a causa de ciertos factores emocionales, relacionados con experiencias o dificultades presentes, el impulso protector de los padres puede volverse excesivo e interferir en la educación normal del niño. Generalmente, el niño que está excesivamente protegido, no puede utilizar iniciativa propia o tomar decisiones por sí mismo. Se presta ayuda al niño en cada tarea, incluso mínima, que trate de hacer. La madre ayuda al niño a vestirse y alimentarse, y toma parte activa en sus actividades sociales. Juegos y trabajo se ven restringidos por "miedo a daño físico", "enfermedades" o "adquisición de costumbres indeseables" de sus compañeros de juegos.

Este exceso de protección maternal puede manifestarse por dominio externo o indulgencia excesiva. Según Bakwin y Bakwin, parece que no existen términos medios. El que la madre se vuelva demasiado indulgente o demasiado dominante depende de la disposición innata del niño y de cómo reacciona al comportamiento anterior de la madre hacia él. Parece que hay una reacción de comportamiento inversa a las actitudes de los padres.¹⁹

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

Como puede imaginarse, estos niños constituyen pacientes ideales, si no son excesivos en su actitud, porque son obedientes, educados y reaccionan bien a la disciplina.

Sin embargo, frecuentemente, a causa de la timidez del niño, el dentista, tiene que romper la "barrera de timidez" haciendo que el niño confíe en su capacidad para ser un buen paciente dental.

Los padres que son demasiado indulgentes, o que dan demasiados

lujos a sus hijos, presentan niños que tienen dificultades para adaptarse al medio social que les rodea. A estos niños no se les pide que se enfrenten a realidades morales, de manera que demandan gran atención, afecto y servicio.

Como les hacen creer que son superiores a los demás, se vuelven desconsiderados, egófstas, y tiránicos. Si no se les da lo que piden, se impacientan, tienen ataques de mal genio e incluso tratan de golpear a las personas que no ceden a sus deseos. Con un dentista extraño pueden tratar de usar encanto y persuasión e incluso forzarle, para evitar el tratamiento y hacer lo que quieren; y si ésto falla, hacen alarde de ira extremada y pueden resistirse, incluso con fuerza física, a los intentos de manejo del dentista. Son niños muy mimados, y aunque no incorregibles, son muy difíciles de manejar en el consultorio dental. En un gran porcentaje de los casos debe usarse algo de disciplina como medio para obtener su cooperación. Una vez que comprenden el significado de la docilidad, se vuelven excelentes pacientes.

No es raro que los padres demasiado indulgentes traigan a su hijo al dentista en forma hostil, insistiendo en que se les permita acompañarlo a la sala de operaciones.

No habrá razones que hagan desistir a la madre. Ya dentro de la sala de operaciones, interpretará cualquier intento disciplinario del dentista como brutalidad. Generalmente, son estos niños los que más necesitan la disciplina del consultorio. Es conveniente que el dentista tenga en cuenta, al aconsejar a padres de niños mimados, que éstos consideran a sus hijos mucho mejor educados de lo que en realidad están, por lo que habrá que usar mucho tacto.

Exceso de mimos es defecto común de los abuelos, quienes, habiendo educado ya una familia, quieren volver a experimentar el placer de ser amados por niños pequeños, sin tener la responsabilidad de disciplinarlos. El comportamiento de un niño educado en una casa en donde viven los abuelos es generalmente

el de un niño mimado. Esto se verifica especialmente si el padre y la madre están ausentes de la casa todo el día.

Rechazo:

Existen varios grados de rechazo, desde ligera indiferencia a causa de trabajo u otros intereses, hasta rechazo completo a causa de problemas emocionales. El padre que es algo indiferente tiene hijos que se sienten inferiores y olvidados. No están seguros de sí mismos y de su lugar en la sociedad. Desarrollan resentimientos, se vuelven poco cooperadores, se retraen en sí mismos sin amar ni interesarse por nadie.

Los niños no deseados o rechazados no sólo sufren falta de amor y afecto, sino que pueden ser tratados con desprecio y a veces con brutalidad. Puede que a estos niños se les critique constantemente, se les moleste y atormente continuamente con demostraciones abiertas de desagrado. Puede que estén tristemente descuidados y severamente castigados. No es de extrañar que estos niños desarrollen carencias de estimación propia y sentimientos de incapacidad que les lleven a ansiedades profundas.

Puesto que el niño no tiene seguridad en casa, se vuelve suspicaz, agresivo, vengativo, combativo, desobediente, poco popular, nervioso y demasiado activo. A causa de esta actitud, los miembros del grupo de su edad lo encuentran poco agradable, y ésto le hace buscar la compañía de otros parecidos a él.

En el consultorio odontológico, este niño puede ser difícil de manejar. Está claro que habrá de tratarse cualquier desobediencia manifestada por el niño, no con rechazo, sino esforzándose en ser amigable y en comprenderlo. Estos niños generalmente demandan mucho, y deberán respetarse sus peticiones en lo posible, porque están necesitados de atención y bondad. En muchos casos, el niño rechazado se porta mal para atraer la atención. Este niño deberá recibir la atención deseada cuando se porta bien, y no cuando se porta mal. Debe enseñársele que

cuando se porta bien el tratamiento dental es mucho más agradable.

Ansiedad excesiva:

Esta actitud se caracteriza por preocupación excesiva, por parte de los padres por el niño, como resultado de alguna tragedia familiar anterior, que fue consecuencia de alguna enfermedad o accidente. Se asocia generalmente con excesos de afecto, protección y mimo. No se le permite al niño que juegue o trabaje solo. Se exageran mucho las enfermedades de poca importancia y frecuentemente se le hace guardar cama sin necesidad. Estos niños son generalmente tímidos, huraños y temerosos. Se preocupan cada vez más por su salud, y les falta capacidad para tomar decisiones por sí mismos.

Son generalmente buenos pacientes si se les instruye para que lo sean. Sin embargo, es posible que el dentista tenga algo de dificultad en vencer sus temores. Pero si se alienta y asegura al niño, éste reaccionará generalmente de manera satisfactoria.

Dominación:

Los padres que son dominantes exigen de sus hijos responsabilidades excesivas que son incompatibles con su edad cronológica.

No aceptan al niño como es, sino que lo fuerzan a competir con otros niños mayores o más avanzados. Al entrenarlo, fuerzan al niño, y son por lo general extremadamente críticos, estrictos, y a veces incluso lo rechazan. Estas molestias y críticas constantes desarrollan en el niño resentimiento y evasión, sumisión e inquietud. Puede ser común el negativismo. Puesto que tienen miedo a resistirse abiertamente, obedecerán las órdenes despacio y con el mayor retraso posible. Si se les trata amable y consideradamente, estos niños generalmente llegan a ser buenos pacientes odontológicos. Su reacción es parecida a la producida por niños con padres exigentes.

Identidad:

En ciertos casos, los padres tratan de revivir sus propias vidas en los hijos. Al hacerlo, quieren dar al niño todas las ventajas que les fueron negadas. Si el niño no reacciona favorablemente, los padres muestran abiertamente su decepción. El niño observador siente esta desaprobación paterna y tiene sentimientos de culpa que se reflejan en timidez, inseguridad y retraimiento.

Llora con facilidad y no tiene confianza en sí mismo, trata de hacer poco por miedo al fracaso. Estos niños reaccionan en el consultorio dental de la misma manera que los niños de padres dominantes, y deberán ser manejados análogamente.

Al considerar las actitudes de los padres se considera que, en general, es necesario cierto grado de dominación por parte de los padres y de sumisión por la de los hijos para que éstos se ajusten a los patrones culturales actuales. Los niños que sufren algo de supresión en casa parecen aceptar las experiencias exteriores con más animación e interés. Si la dominación de los padres es justa y se administra adecuadamente, el niño tenderá a ser un buen paciente dental y encajará en un mundo en el que los ajustes son siempre necesarios. Es claro que el grupo que carece de presión paterna crecerá con deficiencias para adquirir la capacidad de ajustarse a las situaciones de la vida, de las cuales el tratamiento dental es sólo una.

Si el dominio es más evidente en el padre o en la madre, el más severo es el que debería traer al niño al consultorio odontológico. A causa del miedo que pueda experimentar, ningún niño muy joven deberá venir al consultorio odontológico sin compañía. El consultorio es una experiencia nueva para él. Por lo tanto, necesita la confianza y seguridad que sólo un padre o una madre puede dar.

Las actitudes que unos niños tiene hacia otros están formadas principalmente por los padres. Estas actitudes pueden variar

según el número de hijos y su posición en la familia. El hijo más joven es que comúnmente presenta dificultades con las actitudes de los padres.

El hijo mayor, por el contrario, ha nacido para una posición de mando, porque aunque los padres pueden carecer de experiencia, tienen el entusiasmo y el aguante juvenil que es a veces tan necesario para administrar una disciplina adecuada y justa. El hijo mayor, es a menudo conservador y de comportamiento moderado. Se portará bien si sus padres son inteligentes y comprenden sus propias actitudes. Si el hijo más pequeño nace con varios años de diferencia, tendrá tendencia a ser mimado por sus padres o hermanos mayores.

El hijo único o adoptado puede recibir demasiada indulgencia de sus padres, tiende a ser antagonista, desobediente, egoísta y dado a ataques de mal genio. Esto no es necesario. Si las actitudes de los padres hacia él son moderadas, el niño puede estar bien centrado.

Las relaciones entre hermanos, aunque no son tan importantes como las relaciones con los padres, también influyen en el comportamiento del niño. Entran a formar parte de la personalidad del niño la dominación de un hermano mayor o el dominio del niño sobre un hermano más pequeño. La rivalidad que puede existir entre hermanos por el afecto de sus padres o de algún otro miembro de la familia puede influir en el patrón de comportamiento del niño.

Existen muchos factores, además de las relaciones con padres y hermanos, que forman la personalidad del niño. Entre éstos podemos mencionar cualidades de personalidad innatas, relación con la familia, juegos, esparcimiento, moralidad, etc.

Todos ellos tienen influencia sobre el modelo final de personalidad. Pueden constituir la diferencia entre un niño feliz y uno confundido.

Los hogares deshechos pueden ser dañinos para una buena personalidad. Pueden llevar a sentimientos de inseguridad, inferioridad, apatía y depresión. Sin embargo, los hogares deshechos son menos destructivos para la formación del carácter que los hogares con conflictos crónicos y desajustantes completos. Un hogar armonioso es aquel en donde los hijos son queridos. Un hogar excelente para la formación de carácter y personalidad es cálido y amistoso, donde se busca continuamente la felicidad y donde la sociabilidad recibe énfasis.

A medida que el niño crece y va a la escuela, los maestros, al igual que los compañeros de juegos, tienen un importante papel en la formación de la personalidad. A los niños les gusta dramatizar situaciones, especialmente si los hace más heroicos a los ojos de los otros niños. Exageran los dolores de una extracción o de operaciones dentales, lo que producirá efectos negativos en el niño que está escuchando y que aún no ha ido al dentista para su primera visita.

Pero el hogar es, sin duda alguna, el factor más importante para modelar la personalidad del niño. Es el hogar el que gobierna el destino del niño en su medio social.

COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO:

No podemos terminar un capítulo sobre las responsabilidades de los padres en el manejo del niño sin decir unas palabras sobre el comportamiento de los padres en el consultorio. Se puede hacer que los padres comprendan que, una vez en el consultorio, el odontólogo sabe mejor cómo 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 como para seguirlo o para llevar al niño, a menos que el odontólogo les invite a hacerlo.

Algunos niños en edad escolar se portan mejor en ausencia de sus padres, especialmente si el trato de éstos ha sido deficiente. Sin embargo, hay casos en que la sola presencia de los padres infunde confianza en el niño, especialmente si tiene menos de 4 años de edad. Si se invita al padre de un niño mayor para que pase a la sala de tratamiento, deberá desempeñar el papel de un huésped pasivo y permanecer de pie, o sentarse alejado de la unidad. No deberá hablar al dentista o al niño, a menos que aquél se lo pida, ni deberá tomar al niño de la mano ni mirarle con simpatía y expresión asustada.

No hay nada que trastorne más el éxito del manejo de un niño que una situación en que la madre está comunicando información falsa al niño, o le está transmitiendo su simpatía.

Esta división de obediencias llevará a desconfiar del dentista y también creará temor a los procedimientos dentales. La American Dental Association tiene carteles muy agradables que pueden enmarcarse y colocarse en la sala de recepción; en ellos se avisa a la madre que no deberá acompañar a su hijo a la sala de recepción si el dentista así lo prefiere.

INSTRUCCIONES A LOS PADRES:

Es muy raro encontrar una madre que lleve a su hijo al consultorio dental sin aprensiones ni desconfianza sobre cuál será su reacción al tratamiento. El dentista puede hacer mucho en la educación de los padres, para que éstos se aseguren de que su hijo no llegue al consultorio con dudas y miedo. Para los padres, será de gran consuelo saber que no serán necesarias medidas extremadas de disciplina y que el niño participará gustoso en la nueva experiencia. La madre se tornará más entusiasta sobre el bienestar dental del niño, y tenderá cada vez menos a esperar hasta que le duelan los dientes para traerlo al consultorio dental.

De esta manera existirá una relación más satisfactoria entre el

dentista y la familia. Si se informa a los padres de ciertas reglas sencillas a seguir antes de traer al niño al dentista por primera vez, será de gran ayuda para ellos y para su hijo.

La guía a los padres sobre el tratamiento dental deberá empezar de preferencia antes de que el niño tenga la edad suficiente para ser impresionado adversamente por influencias externas.

Se puede facilitar esta guía a gran escala por varios medios e individualmente.

- 1.- Pida a los padres que no expresen sus miedos personales enfrente del niño. La causa primaria del miedo en los niños es oír a sus padres quejarse de sus experiencias personales en el dentista. Además de no mencionar sus propias experiencias desagradables, pueden evitar el miedo explicando de manera agradable, y sin darle mucha importancia, qué es la odontología y lo amable que va a ser el dentista. Para los padres que aún temen los servicios dentales, se les puede explicar con anestesia moderna, la mejor comprensión del manejo del niño y técnicas operatorias mejoradas, no hay necesidad de que el niño tema al tratamiento dental. Se ha avanzado enormemente en el alivio del dolor en odontología. El padre que educa a su hijo para que sea receptivo al tratamiento dental, encontrará que nada divididos, va que el niño apreciará más la odontología. Generalmente, se encuentran dificultades cuando los padres u otras personas han inculcado temores profundos en el niño.

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

- 2.- Instruya a los padres para que nunca utilicen la odontología como amenaza de castigo. En la mente del niño se asocia castigo con dolor y cosas desagradables.

- 3.- Pida a los padres que familiaricen a su hijo con la odontología llevándolo al odontólogo para que se acostumbre al consultorio y para que empiece a conocerlo. El odontólogo deberá cooperar plenamente, saludándolo al niño con cordialidad y llevándolo a recorrer el consultorio, explicando y haciendo demostraciones con el equipo. Algún pequeño regalo al final del recorrido, hará que el niño sienta que acaba de hacer un amigo.
- 4.- Explique a los padres que si muestran valor en asuntos odontológicos ésto ayudará a dar valor a su hijo. Existe una correlación entre los temores de los niños y los de sus padres.
- 5.- Aconseje a los padres sobre el ambiente en casa y la importancia de actitudes moderadas por su parte para llegar a formar niños bien centrados. Un niño bien centrado es generalmente un paciente dental bueno.
- 6.- Recalque el valor de obtener servicios dentales regulares, no tan sólo para preservar la dentadura, sino 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.
- 7.- Pida a los padres que no sobornen a sus hijos para que vayan al dentista. Este método significa para el niño que puede tener que enfrentarse a algún peligro.
- 8.- Debe instruirse a los padres para que nunca traten de vencer el miedo al tratamiento de sus hijos por medio de bur-las, o ridiculizando los servicios dentales. En el mejor de los casos tan sólo crea resentimientos hacia el dentista y dificulta sus esfuerzos.
- 9.- Los padres deberán estar informados de la necesidad que existe de combatir todas las impresiones perjudiciales sobre odontología que pueden llegar de fuera.

10.- El padre no debe prometer al niño lo que va a hacer o no el odontólogo. El dentista no debe de ser colocado en una situación comprometida donde se limita lo que puede hacer para el niño. Tampoco deberán prometer los padres al niño que el odontólogo no les va a hacer daño. Las mentiras sólo llevan a decepción y desconfianza.

11.- Varios días antes de la cita, debe instruirse a los padres, que comuniquen al niño de manera natural que han sido invitados para visitar al dentista.

Los padres nunca deberán forzar las cosas, mostrar al niño exceso de simpatía, miedo o desconfianza.

12.- Los padres deberán encomendar al niño a los cuidados del dentista al llegar al consultorio, y no deberán entrar a la sala de tratamiento a menos que el odontólogo así lo especifique. Cuando lleguen a la sala de tratamiento, deberán actuar tan sólo como espectadores invitados.

CAPITULO VI

MANEJO DEL NIÑO EN EL
CONSULTORIO DENTAL

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL:

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 relativamente pequeño de niños de cualquier edad, por miedo provocado en casa o por actitudes defectuosas de los padres, no se adaptarán a la rutina y a las molestias que acompañan a los tratamientos dentales. Illingsworth declaró sucintamente que "los niños-problema son niños con problemas". El odontólogo tendrá éxitos más duraderos al manejar al paciente si trata de reconocer estos problemas y ajusta su enfoque psicológico de acuerdo con estos conocimientos.²⁰

Es interesante observar que el comportamiento del niño puede fluctuar en periodos de tiempo muy pequeños. Puede que a los dos años el niño coopere y sea bien educado, mientras que a los dos años y medio se vuelva difícil y contradictorio. A los tres años es amigable y tiene buen dominio de sí mismo, mientras que a los cuatro ó cuatro y medio puede volver atrás en su comportamiento y ser dogmático y difícil de controlar.

El comportamiento poco cooperativo de un niño en el consultorio odontológico está generalmente motivado por deseos de evitar lo desagradable y doloroso, y lo que él puede interpretar como una amenaza para su bienestar. Puesto 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. El odontólogo tiene a veces dificultades para comprender esta actitud, a veces es incluso difícil para el niño dar cuen-

ta 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 en la razón tan solo.

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. Su lógica se basa totalmente en sus sentimientos. El condicionamiento total del niño recibirá su comportamiento emocional en el consultorio dental.

Se puede seguir razonando por esta línea y declarar que el niño se comportará en el consultorio dental de una manera que en el pasado le sirvió para liberarse de algo desagradable. Si en casa puede evitar lo desagradable con "negativismo" y ataques de mal genio, tratará de hacer lo mismo en el consultorio dental. Si, cuando resiste con fuerza a sus padres, logra que se satisfagan sus deseos, tratará de evitar los trabajos dentales del mismo modo. Sin embargo, el comportamiento de un niño puede, a veces, ser modificado. Si se hace que no le resulten sus ataques emocionales, cambiará su comportamiento.

Cuando el niño aprenda que en el consultorio no va a lograr nada con mala conducta, perderá motivación para seguir comportándose así. No se pueden hacer tratos con un niño de corta edad acerca de su comportamiento. En estas situaciones, es mejor ser autoridad benévola que darle al niño a elegir sobre la acción.

Ya hemos discutido la importancia de traer al niño al dentista desde un principio para que se familiarice con el doctor y con el medio dental. Cuando el niño llega para que se haga una corrección dental, su comportamiento dependerá no tan sólo de su condicionamiento anterior, sino también de la capacidad que tiene el dentista para manejarlo. Si se maneja al niño adecuadamente, es muy raro que no se pueda obtener cooperación. Mucho depende de cómo impresiona el odontólogo al niño y cómo va a

ganar su confianza. Cuando se ha establecido la relación, deberán realizarse los trabajos correctivos sin retraso.

Este puede ser un buen momento para dar énfasis de que los niños son muy extremados.

Los sentimientos de un niño no pueden ser ambivalentes. Si está asustado, realmente tiene miedo. No puede temer a alguien y sentir cariño por la persona. Por lo tanto, si se está tratando con un niño asustado y temeroso, deberá primero eliminarse el miedo, y substituirlo por sensaciones agradables y afecto al dentista. Incluso si solo puede usted eliminar el miedo hasta un punto en que quede algo de excepticismo y reservas, puede que sienta suficiente afecto por usted como para confiar. Cuando se llega a esta etapa, podemos decir que la batalla de manejo del niño está ya casi ganada.

Si es posible, el odontólogo debería establecer buenas relaciones con el paciente antes de separar al niño de su madre, porque de otra manera el niño puede sentir que lo están forzando a abandonarla. En un niño de corta edad el miedo al abandono es crítico.

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. Citemos un caso hipotético: se trae al niño al consultorio cuando es muy joven y necesita que le hagan algunos trabajos dentales. Empieza a llorar, a veces con fuerza, cuando le sientan en la silla dental. El dentista, algo desconcertado y sin saber bien qué hacer en esta situación, despide al niño y se excusa con la madre sugiriéndole que traiga a su hijo cuando sea algo mayor. Seis meses después el niño vuelve, y se repite la escena con igual patrón de comportamiento. Puesto que los miedos subjetivos en los niños pequeños no disminuyen por voluntad propia, los temores del niño, y por consiguiente su comportamiento, no ha mejorado. Incluso puede haberse intensificado el miedo a la odontología, ya que una imaginación muy activa exagera la necesidad de huir.

Posponer situaciones así pueden seguir indefinidamente y será nefasto para sus dientes. Cuando existen dientes dolorosos el dolor puede causar que se creen auténticas fobias a la odontología. Si el odontólogo hubiera utilizado un enfoque más positivo durante la primera visita, no hubiera ocurrido retraso y descuido de los dientes. En este caso, el miedo del paciente aumenta con el miedo que tiene el odontólogo a manejarlo, porque el niño piensa precavidamente que, si el odontólogo teme realizar el trabajo, es porque debe haber alguna razón para retrasarlo.

Cualquier razón no explicada inspira miedo a los niños. No espere que un niño venza actitudes inadecuadas con la edad; puede tardar años. Aunque no es conveniente dejar el tratamiento para después, sí es bueno que el niño venga de visita al consultorio antes del día en que va a empezar el tratamiento.

Puesto que los niños temen excesivamente a lo desconocido y se sienten mal preparados y aprensivos para afrontar nuevas situaciones, visitar al odontólogo antes del tratamiento puede hacer que lo desconocido se vuelva más familiar y tal vez mitigue temores y necesidades futuras de huir. Este método de resultados con niños que aún no van a la escuela, y en menor medida, con niños mayores. Aunque una visita preliminar al dentista es valiosa, la continua repetición del procedimiento puede no ser eficaz, a menos que tenga que realizarse algún trabajo dental en alguna de las visitas siguientes.

Mostrar actitudes sarcásticas y desdeñosas con el niño para que por vergüenza se porte bien en el consultorio no es conveniente.

Aunque muchos odontólogos emplean el ridículo como medio de mejorar la conducta del niño en el consultorio, es una pérdida de tiempo y tiene poco valor. El método no sólo es inadecuado, sino que lleva consigo peligro cuando se aplica a los niños. El niño que se sienta en la silla dental, desea ganar la aprobación del dentista. Sin embargo, si el mecanismo del miedo es tan

fuerza que le resulta imposible cooperar, su buen juicio pierde toda fuerza y su comportamiento se vuelve indeseable. El ridículo puede producir frustraciones y resentimientos al niño, y de ello puede resultar un aumento de aversión a dentistas y tratamientos dentales. El producto final del ridículo no es disminución del miedo, sino aumento del resentimiento.

A los niños no les gusta ser diferentes y desean conformarse a patrones sociales. A los niños les gusta hacer las cosas que hacen otros niños o personas. Aman participar en competiciones. Si se permite que un niño observe cómo se realizan trabajos dentales en otros, le servirá de reto. Observar a un hermano o a uno de sus padres en la silla dental le dará más confianza que observar a un extraño, pero, como Ghose y sus asociados declaran, puede ser poco eficaz para niños de menos de 3 años.²¹

Si el niño ve que se realiza el trabajo sin dolor evidente frecuentemente querrá, e incluso deseará intensamente que realicen en él los mismos procedimientos. Muy a menudo saltará a la silla sin que se lo hayan pedido. "En este entusiasmo existen peligros". Si no observó expresiones de molestia en la persona que le precedió, pero descubre con sorpresa que a él le están haciendo daño, puede que su entusiasmo se convierta en desilusión y tal vez pierda completamente la confianza de un niño afectado de esta manera.

Si el procedimiento tiene que producir dolores, aunque sean mínimos, 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 eficaz. Puesto que los temores se desarrollan a nivel emocional, las llamadas verbales a nivel intelectual son generalmente ineficaces. Cuando el niño está en contacto con la situación que produce miedo, la ayuda verbal es inútil. Decirle al niño que no debe sentirse como se siente indica carencia de conocimientos sobre problemas emocionales, porque el niño no puede evitar el

sentirse así.

En situaciones atemorizantes, el deseo de huir domina a la razón, y las seguridades verbales caen en oídos sordos. No gaste energía diciendo al paciente que no debe tener miedo sin darle primero razones para creerle.

TECNICAS DE RECONDICIONAMIENTO:

A través del reacondicionamiento realizado con la ayuda del dentista, el niño aprende a aceptar los procedimientos odontológicos y a gozar de ellos. Pierde su miedo a la odontología, porque aprende que lo desconocido no representa un peligro para su seguridad. Con simpatía y tacto, se establece la relación, y los procedimientos operatorios se vuelven interludios agradables esperados con placer por el dentista y por el niño.

Como se ha comprobado que este método tiene gran éxito, describiremos las técnicas empleadas para reacondicionar las actitudes del niño hacia la odontología.

En el primer paso del reacondicionamiento es saber si el niño teme excesivamente la odontología, y por qué. Este se puede descubrir preguntando a los padres acerca de sus sentimientos personales hacia la odontología, viendo sus actitudes y observando al niño de cerca. Cuando ya se conoce la causa del miedo, controlarlo se vuelve un procedimiento mucho más sencillo.

El siguiente paso es familiarizar al niño con la sala de tratamiento dental y con todo su equipo sin que produzca alarma excesiva.

Por este medio se gana la confianza del niño y el miedo se troca en curiosidad y cooperación. Puede uno acercarse a la mayoría de los niños si se despierta su curiosidad.

A todos les encantan los instrumentos nuevos.

Cualquier equipo o mecanismo les interesa y les llena de gozo. Y ¿qué mejor lugar que la sala de tratamientos para encontrar instrumentos que estimulen el interés del niño?

Puede disminuirse el miedo permitiendo y alentando al niño sutilmente para que pruebe cada pieza del equipo. El dentista deberá explicar cómo funciona cada pieza, de manera que el niño se familiarice con los sonidos y acciones de cada accesorio. Se hace rodar el motor sobre sus uñas, para que pueda sentir la inofensividad de una copa bulidora de caucho. Se hace demostración con la jeringa de aire, y después, como por descuido, se deja en el regazo del niño para que la pruebe. Se explica el control a pie del motor, de manera que el niño sepa que la fresa no está descontrolada, sino que, cuando sea necesario, "puede ser detenida en cualquier momento".

Después de familiarizar al paciente con el equipo, la siguiente meta será ganar completamente su confianza. Si se eligen con cuidado las palabras e ideas de la conversación, podrán llegar a comprenderse sin perder mucho tiempo. Al establecer esta confianza, el dentista debe transmitir al niño que simpatiza con sus problemas y los conoce. Cuando se está estableciendo la relación, la conversación deberá alejarse de problemas emocionales y dirigirse a objetos familiares al niño. Hable de amigos, de animales o de la escuela. Cuénteles lo triste que está usted porque su perro no puede acompañarlo diariamente al consultorio. Si el niño ama a los perros, pronto florecerá entre ambos una comprensión compasiva. Si el niño tiene problemas con alguna asignatura de la escuela, observe que también usted encuentra ese tema muy difícil. Explique que puede comprender sus problemas porque también los tuvo cuando iba usted a la escuela. De esta manera, empezará a haber comprensión y confianza. El odontólogo tiene que humanizar sus relaciones con los niños. No puede salir de escena y seguir siendo su amigo. Ha llegado el momento de esbozar el tema del tratamiento dental. El odontólogo puede observar que cuando era niño tuvo que ir al dentista porque era necesario "componer" los dientes. Y que descubrió

que la mejor manera de hacerlo era, por lo general, la más fácil, pero que no podía usted saber cuál era la manera más fácil a menos que el dentista se lo dijera. En este momento, el niño estará generalmente receptivo para su primera adoctrinación de tratamiento dental.

En la primera visita deberán realizarse sólo procedimientos menores e indoloros.

Se obtiene la historia. Se instruye sobre el cepillado dental. Se informa al paciente que van a cepillársele los dientes con la cepita de caucho con la que jugó antes. Se limpian los dientes y se los recubre con solución de fluoruro. Se pueden tomar radiografías. Si se le permitió al niño que tocara y sintiera el motor, no debería haber grandes dificultades.

Se puede explicar la unidad de rayos X como una enorme cámara fotográfica, y la película como el lugar por donde aparecerá la fotografía. Cuando el niño vea las radiografías reveladas, se enorgullecerá de lo que logró.

Es buena táctica pasar de operaciones más sencillas a las más complejas, a menos que sea necesario tratamiento de urgencia. El odontólogo puede trabajar con el padre o la madre en la sala de operaciones, o le puede pedir que no esté en ella, según prefiera.

Generalmente, se invita a los padres en la primera visita a que pasen a la sala de operaciones para comprender el papel tan importante que tienen en la adquisición de hábitos de higiene de su hijo y de conocimientos de control dietético para prevenir enfermedades dentales. Se puede demostrar en este momento cómo se tiñen los dientes con eritrosina u otros agentes reveladores de placa antes y después del cepillado. Se podrá dar al niño y sus padres un período de adoctrinación más extenso si se dispone a este efecto una sala de educación con ayudas visuales y material de lectura.

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 puede explicársele que si avisa cuándo le duele demasiado, el dentista parará, o lo arreglará de manera que no le duela tanto, o lo hará con más suavidad.

Esta sinceridad deberá permanecer constante a través de todas las visitas dentales futuras, y deberá recordarse al niño esto antes de cada operación dental.

Si se manejan niños demasiado pequeños para comprender explicaciones difíciles, debe intentarse llegar a relacionarse con ellos por medio de conversaciones sobre objetos o acontecimientos de la experiencia personal del niño. Hable con voz agradable y natural. También muestre actitud natural y comprensiva. Sin embargo, es posible que tenga que trabajar con el niño llorando.

A veces, los niños de edad preescolar gritan con fuerza y largamente en la silla dental. Es muy difícil hacerse comprender cuando el niño grita continuamente. La amenaza de sacar a los padres fuera de la sala puede ser suficiente para que se calle. En otros casos, puede dar resultado darle tiempo al niño para que se desahogue. Sin embargo, todo odontólogo experimenta ciertos casos, cuando la actitud de los padres ha sido defectuosa o cuando se han inducido miedos indebidos, en los que estos métodos no sirven y el niño gradualmente va llegando a la histeria.

En este momento, hay que usar medios físicos para calmar al paciente lo suficiente para que pueda escuchar lo que usted tiene que decirle.

La manera más sencilla de hacer esto es colocar suavemente la

mano sobre la boca del niño, indicando que ésto no es un castigo, sino un medio para que el niño siga lo que usted va a decir. No debe intentarse bloquear la respiración bucal. Mientras que el niño llora, háblele al oído con voz normal y suave, diciéndole que quitará la mano cuando pare de gritar. No deberá de haber malicia en su voz. Puede que la admonición surta efecto, aunque crea que el paciente no le oye. Cuando ha dejado de llorar, quite la mano y hable con el niño sobre alguna experiencia sin relación alguna con la odontología. Es sorprendente lo eficaz que ésto puede ser y cómo estos niños se vuelven pacientes ideales. No guardan resentimiento y se dan cuenta de que lo que se hizo fue para su propio bien. Generalmente, se convierten en los pacientes más cooperadores, e incluso en sus amigos. Colocar la mano sobre la boca del paciente es medida extrema y sólo deberá usarse como último recurso en un paciente ya histérico, cuando hayan fallado todos los demás medios. Puede ser necesario usar esta técnica con niños demasiado mimados. Como explica Craig, esta técnica requiere considerable habilidad.²²

Procedimientos disciplinarios como este pueden requerir mucho tiempo. Los odontólogos muchas veces observan que no tienen suficiente tiempo para adiestrar a los niños. Si utilizar una hora para adiestrar al niño a ser buen paciente le va a asegurar que ese niño será paciente suyo toda la vida, esa hora le habrá resultado muy productiva.

Paciencia y consideración ayudan enormemente a establecer su consultorio.

Brevemente el método de reacondicionamiento engloba varios de los aspectos de la técnica usada por Addehsten, de "decir. . . mostrar. . . hacer".²³ El autor estima que utilizando este método no se producirán traumas psicológicos y que el niño, a medida que pasa el tiempo, estará esperando su visita dental con alegre anticipación.

Tan sólo se presenta un procedimiento que resultará satisfactorio y servirá de guía para que los odontólogos formulen sus propios procedimientos, ya que cada niño reacciona de manera diferente.

Es muy importante que el niño sienta que todas las personas del consultorio le infunden confianza. Esto habrá de verificarse con la ayudante del consultorio, la recepcionista y el higienista dental, así como el dentista.

Los niños son muy sensibles a emociones ocultas, e identificarán rápidamente cualquier falta de entusiasmo hacia pacientes infantiles y esto les desalentará aún más. Si un odontólogo va a tratar a pacientes infantiles, deberá asegurarse de tener los suficientes conocimientos psicológicos para manejar a niños sin producir traumas. El dentista también deberá asegurarse de que el personal que emplea ama a los niños y los trata bien, y que sabe cómo manejarlos. Si los auxiliares tratan de forma inadecuada al niño, las oportunidades de éxito que tiene el odontólogo disminuyen enormemente.

Que el dentista reciba al niño en la sala de espera el día de la primera visita es de gran ayuda.

Cuando trata usted por primera vez a un paciente infantil, siempre llámelo por su nombre de pila. Si no lo sabe, pregúnteselo.

Nunca le llame "muchachito" u otro nombre poco familiar. Cuando sea posible, debe dirigir la conversación hacia el niño. Cuando teme el historial, pregunte de cuando en cuando algo para que el niño le conteste.

Si fuerza usted al niño a permanecer callado en una conversación que no le interesa, pensará naturalmente en lo que le va a pasar en la silla dental. Si el niño no ha tenido experiencias dentales, lo que va a pasar puede resultarle siniestro. El trato con el niño deberá hacerse de manera normal y familiar.

No demuestre nunca exceso de entusiasmo ni sea demasiado insistente. No le de la mano a la fuerza ni le salude con voz demasiado elevada. Trate al niño con confianza en la voz y en los actos, pero de manera natural y cálida. Recuerde que los niños temen a las caras desconocidas, especialmente si parecen surgir de repente.

Actitudes y voces amistosas y naturales dan mucha seguridad, porque no sugieren nada desagradable en el futuro.

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 lo 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 control del niño y se le puede recoger y llevar a la sala de tratamiento sin temor a que sus pies y manos dañen a nadie. Haga que el niño sienta que es usted suficientemente fuerte para llevarlo y protegerlo, pero no lo suficiente para herirlo. Cuando el niño está en la sala de tratamientos, puede tratarlo de la manera que antes describimos.

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. No existen en el manejo del niño fórmulas misteriosas o secretos para entablar contacto. El manejo correcto se basa en conocimientos, sentido común y experiencia.

Momento y duración de la visita:

Cuando se trata a niños, son importantes la hora y duración de la visita. Ambas pueden afectar al comportamiento del niño. Cuando sea posible, los niños no deben permanecer en la silla más de media hora. Si la visita tarda más, los niños pueden

volverse menos cooperativos, si se cansan con visitas demasiado largas, pueden llegar a un punto de saturación en el que empiecen a llorar. Una vez que el niño pierde su compostura, por muy tranquilo y deseoso de cooperar que esté, difícilmente podrá volver a hacerlo.

También la hora de la visita del niño tiene relación con su comportamiento. Estudios recientes han indicado que ni la hora ni la duración de la cita tienen importancia crítica en el comportamiento del niño. Sin embargo, no debe darse horas de visita a los niños que todavía no van a la escuela durante el período normalmente dedicado a la siesta. Los niños que vienen a la hora de la siesta están generalmente adormilados, irritados y son difíciles de manejar. Lloran con facilidad y tienen reducidas sus capacidades de soportar molestias.

Un niño que niega totalmente su cooperación cuando viene en la hora de su siesta, y puede cambiar radicalmente su actitud si se le trae a otra hora. Es conveniente que cuando los padres llaman pidiendo una cita, se especifique la hora de siesta del niño y no se le de cita a esa hora. Los niños no deberán ser traídos al dentista poco tiempo de una experiencia emocional seria, como puede ser el nacimiento de un hermano (a), o la muerte de alguien cercano a ellos. El niño está experimentando en este momento traumas emocionales, y la visita al dentista sólo añadiría más ansiedades y desconcierto. En estos momentos, será muy difícil lograr cooperación, y pueden encontrarse dificultades emocionales.

La conversación del dentista:

Cuando hable a los niños el odontólogo deberá ponerse a su mismo nivel en posición y conversación, en palabras e ideas. No tiene ningún valor usar palabras demasiado difíciles que el niño no puede comprender.

Hablar demasiado confundirá al niño, y le producirá desconfianza y aprensión, como cualquier otra cosa que no comprende. Uti-

lice palabras sencillas y cotidianas que usan los niños de la edad de su paciente. Al seleccionar temas de conversación, elija temas y situaciones que le sean familiares. Si, por ejemplo, habla de fútbol con un niño pequeño, no discuta las reglas complicadas del juego, sino hable de las experiencias personales del niño en el campo de juego. Deje que el niño lleve la conversación. Si el niño es muy pequeño, es conveniente añadir algo de fantasía para dar más interés. También debe evitarse hablar a los niños como si fueran más pequeños de lo que en realidad son.

Esto es una ofensa mayor que si les habla como si fueran mayores. No utilice palabras de bebé con niños de 4 ó 5 años. Los niños se sienten halagados si los adultos los consideran mayores de lo que son. Hábleles como si fueran ligeramente mayores. Nunca subestime la inteligencia del niño. A casi todos les gusta que el odontólogo hable de algo que les resulta interesante. Aleje su mente de los procedimientos dentales, ya que están interesados en lo que se está diciendo.

Siempre que se está trabajando con un niño, no le haga preguntas que requiera respuestas si tiene ambas manos y algunos instrumentos en su boca. Los niños tienden a utilizar su pregunta como excusa para interrumpir por unos cuantos minutos el tratamiento.

Hay adultos que prefieren silencio cuando se está trabajando en ellos. Sin embargo, a la mayoría de los niños les gusta oír hablar al dentista. Se sienten menos ignorados y olvidados. A veces, en tono monótono y repetición constante inducirán a un niño temeroso a someterse a inyecciones si no cambia el tono ni la inflexión de la voz al pasar de un monólogo sobre algo interesante al proceso de la inyección. La técnica tendrá especial éxito si se continúa el tono monótono cuando se administra la inyección. Si los niños hacen preguntas, trate de responderlas con la mayor exactitud posible. Sin embargo, no deje que los niños usen las preguntas como técnica dilatoria.

CAPITULO VII

METODOS PARA CONTROLAR EL
DOLOR Y EL MIEDO EN NIÑOS

MÉTODOS PARA CONTROLAR EL DOLOR Y EL MIEDO EN NIÑOS:

Parece razonable sugerir que, en los seres humanos, el dolor y el miedo son complementarios. Si esto es así, las medidas que reducen el miedo deberán traer consigo elevación del umbral del dolor y reducción de las reacciones al mismo. Del mismo modo, la reducción de percepciones al dolor deberá reducir la ansiedad y las reacciones de temor.

Estas son las metas conjuntas de las medidas empleadas para controlar el miedo y el dolor en los niños pacientes.

Algunos odontólogos y padres, creen que los niños deben ser protegidos contra todo dolor, salvo el accidental e inevitable; que sus ansiedades deben ser minimizadas o evitadas y que el llorar u otro tipo de objeciones al tratamiento dental deberá de ser tratado con sedación. Por otra parte, existen otros odontólogos y padres igualmente conscientes que creen que el dolor es parte necesaria de la experiencia humana, y que el individuo se fortalece al vencer el dolor, el miedo y otras adversidades. La verdad probablemente está en un punto medio entre estos dos puntos de vista.

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

Estos pueden ser clasificados como sigue:

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

El método de premedicación "psicológica" es importante para el manejo de cualquier paciente, niño o adulto.

Es relativamente fácil, no requiere de equipo especial y puede ajustarse a las necesidades individuales del paciente y cuando es empleado correctamente, carece de efectos secundarios indeseables o efectos posteriores. Su uso en casos debidamente seleccionados da por resultado la aceptación de la inyección y el tratamiento propiamente dicho. Aunque hemos clasificado esto como premedicación, se trata en última instancia de buen manejo del paciente. El manejo inteligente del niño requiere una apreciación de su estado mental.

Debemos conocer las manifestaciones más sutiles del miedo y la ansiedad, así como los cambios en el comportamiento más obvios. Las alteraciones en el habla, la expresión facial, el ritmo cardíaco, el ritmo respiratorio, la sudación y la respuesta vascular periférica deberán despertar nuestro interés.

El buen facultativo deberá adquirir la habilidad para conocer estos cambios y otros, así como el grado de miedo y ansiedad que posee para establecer comunicación y eliminar el temor del niño. En muchos casos, el hábil uso de esta modalidad bastará. La colocación de la anestesia podrá realizarse y el tratamiento concluirá. "Aliviar el temor del niño", mediante la palabra, posee una larga y honorable tradición.

En los casos en que el buen manejo del paciente lleve a cabo este objetivo, está contraindicado el uso de fármacos.

Hay casos, sin embargo, en que la interacción psicológica por sí sola no es capaz de alcanzar este objetivo. Aún llevando a cabo procedimientos apropiados, el niño reacciona negativamente a la experiencia y hasta al pensamiento de la inyección y al tratamiento dental. Los motivos de esta reacción, causada por el miedo al tratamiento dental, son varios; la consideración de estos factores, sin embargo, no tiene limitaciones.

El resultado final, es una situación negativa tanto para el facultativo como para el niño. En estos casos, la utilización de fármacos anónidos permite el establecer la comunicación

necesaria entre el niño y el dentista, permite llevar a cabo los procedimientos dentales con rapidez y seguridad y redundar en la creación de un buen "paciente".

Existen muchos fármacos para premedicar al niño aprensivo;

Sedantes, agentes gaseosos, tranquilizantes y antihistamínicos con efectos sedantes representan varios tipos de drogas útiles a este respecto. Consideraremos las vías por las cuales se administran estos fármacos, logrando la sedación del niño atemorizado para que pueda llevarse a cabo la inyección del anestésico local y realizarse el tratamiento con fluidez. Opinamos que la administración de una mezcla de óxido y oxígeno por inhalación constituye una forma ideal para llevar a cabo estos objetivos.

Vía Bucal:

De las posibles vías para la penetración de un fármaco a la sangre, la vía bucal es la más frecuentemente empleada. La absorción del fármaco a través de las membranas del conducto gastrointestinal puede ocurrir teóricamente en toda su extensión. Sin embargo, el nivel de absorción real es afectado por diversos factores, incluyendo la naturaleza del contenido gástrico e intestinal, así como las secreciones, tiempo de vaciado del estómago y motilidad del conducto. Otras variantes son los factores químicos relativos a la solubilidad del fármaco, , magnitud de la partícula y estructura.

En el niño atemorizado, muchos de estos factores hacen que la administración por vía bucal sea poco eficaz. El niño puede rechazar el medicamento en forma líquida por su sabor, o puede negarse a tragar tabletas y cápsulas. El padre puede resistirse a administrar el medicamento, o puede administrarlo sin fijarse en dosis y tiempo. El miedo y las emociones intensas disminuyen la motilidad gástrica y aumentan el tiempo de vaciado gástrico, retrasando así la entrada del fármaco

al intestino. Por la variación en el ritmo de absorción, el tiempo en el que el fármaco ejerce su máxima acción farmacológica fluctúa. Para lograr nuestros propósitos, es importante que el efecto máximo de la droga coincida con el tiempo en que se realiza el tratamiento dental.

Si no, la premedicación sólo tiene éxito parcial. La mayor parte de las veces habrá fracasado totalmente. La absorción variable puede conducir a un efecto prolongado, eliminación y recuperación lentas. Es muy frustrante que en el momento del tratamiento exista poca o ninguna sedación, seguido por el informe de la madre de que el niño se mostraba somnoliento horas después.

Vía Rectal:

Los sedantes también pueden administrarse por vía rectal. Los mecanismos de absorción de esta vía son similares a los de otras porciones del conducto gastrointestinal, sin embargo, la absorción, generalmente es más lenta que por la vía bucal.

Aunque el recto posee abundante riego sanguíneo, su área superficial para la absorción es limitada. Además, las propiedades físicoquímicas del fármaco o su vehículo desempeñan un papel importante en la absorción de este sitio. Una vez más, la absorción lenta y el efecto imprevisible, así como la variación en el tiempo máximo de acción farmacológica, hacen que esta vía de administración sea poco útil para uso sistemático en odontología. A esto puede añadirse la reacción negativa del niño; por lo que podemos apreciar que este método deberá ser reservado para casos excepcionales.

Vía Parenteral:

La administración endovenosa del fármaco supera muchos problemas que presentan otras vías. El efecto es rápido, la dosificación puede controlarse con precisión, los niveles sanguíneos

son conocidos y los efectos del sedante pueden ser "titulados" para corresponder a las necesidades precisas del niño. Sin embargo, existen ciertos problemas que anulan las ventajas de esta vía para administrar sedantes sistemáticamente a los niños. No existe una forma de "enmascarar" el hecho de que está ocurriendo la punción de la vena.

En un niño ya atemorizado y agitado, puede ser necesario utilizar fuerza física para controlarlo. Aún en el niño dócil, las maniobras preliminares para la administración entovenosa pueden elevar su temor a alturas intolerables.

Otros problemas que debemos considerar son la inyección intraarterial inadvertida, filtración de la solución hacia los tejidos circundantes, inyección demasiado rápida y reacciones alérgicas a las drogas. Debemos poner especial cuidado en la dosificación. Una vez inyectada, una droga no puede ser "sacada", por lo tanto, una sobredosis se convierte en una complicación molesta y frecuentemente peligrosa.

Los fármacos también pueden administrarse por las vías intramuscular y subcutánea. Aunque la absorción es generalmente más rápida y previsible que por la vía bucal, la absorción variable aún constituye un problema.

La solubilidad de las sales de diversas drogas afecta marcadamente a la absorción. Además, el fármaco indicado en el sitio de la inyección, y en casos graves necrosis tisular.

Inhalación:

La sedación por inhalación de agentes gaseosos puede ser considerada como variante de la administración intravascular. Las membranas alveolares pulmonares presentan una gran área superficial para la difusión de las moléculas de gas hacia los capilares pulmonares. Oxido nitroso, el fármaco más frecuentemente empleado como agente por inhalación; se difunde rápidamente

en la sangre. Como no es metabolizado por los tejidos y es eliminado sin cambio (principalmente por los pulmones) la eliminación es rápida; por lo tanto, el nivel de óxido nitroso en el cuerpo y su efecto sedante pueden ser controlados con precisión. El tiempo de recuperación es mínimo comparado con otros métodos de premedicación. Esta forma de sedación es aceptada por el niño mucho más fácilmente que cualquier tipo de inyección. También se eliminan los factores de tiempo y dosificación precisa respecto al paciente.

El método por inhalación presenta algunos problemas que debemos considerar. El costo del equipo es alto. Para ser eficaz, el sistema por inhalación requiere un sistema respiratorio completo y funcional. Sin embargo, las ventajas de esta técnica son tan superiores a las desventajas que juzgamos que este método para la sedación del niño antes de la inyección es aceptable.

Medidas psicológicas:

Cuando el odontólogo y sus auxiliares parecen amables, competentes, con confianza en sí mismos e interesados apropiadamente en el bienestar de sus pacientes, sus acciones crean confianza y reducen el miedo del paciente. Pueden ser especialmente eficaces en esto cuando conocen las diferencias culturales, educacionales y sociológicas entre los niños pacientes y sus familias. Estas diferencias serán cada vez más importantes en los consultorios dentales en el futuro, a medida que los pacientes provengan de grupos más diversificados de nuestra sociedad. Un ejemplo de estas diferencias podrá verse en la reacción de las madres a la sedación preoperatoria, que puede ser considerada necesaria para sus hijos por algunas madres, pero otras la considerarán una amenaza para su hijo, porque esta madre, estará preocupada por el abuso de narcóticos.

Chambers (1970) ha señalado los peligros de interpretaciones simplistas del comportamiento humano, particularmente en relación con el niño paciente dental. Ha recomendado enfáticamente que se usen precauciones extraordinarias al utilizar drogas para sedar a niños, y ha explicado que existen buenos y malos aspectos en la ansiedad. Ha descrito varias técnicas para guiar el aprendizaje de los niños. Incluyen el modelado, o establecer un buen ejemplo, refuerzo positivo y negativo que alienta el comportamiento deseable y desalienta el comportamiento indeseable y finalmente asociación positiva que puede usarse para distinguir las asociaciones negativas que producen miedo.²⁴

Haciendo uso de estas técnicas y de otras similares, el dentista puede llegar a crear una sensación de comunidad y confianza con el niño, y seguir el tratamiento hasta donde sea necesario y aceptable. Si continúa su instrucción, a medida que pasa de una etapa a la siguiente, mantendrá al paciente compenetrado con él, de manera que podrá reforzar la buena conducta y alentar los sentimientos positivos asociados.

Para la mayoría de niños y odontólogos estos enfoques son satisfactorios. Son sencillos de usar una vez que se han aprendido. Tienen el beneficio adicional de efectos posteriores positivos en visitas subsecuentes.

Los niños generalmente son muy susceptibles a la instrucción y sugestión de los adultos. A menudo, es posible hacer uso de esta característica para ayudar a los niños a controlar sus reacciones al dolor y al miedo en el tratamiento dental. Esto puede hacerse distraendo su atención o aumentando su nivel de sugestibilidad, que supone el uso de técnicas que también se emplean en la hipnosis. Incluso los procedimientos dolorosos pueden llevarse a cabo sin molestias en algunos niños muy sugestionables. A causa de esto, algunos autores, según Finn (1961), creen que la sugestión es una fase de la hipnosis. Es posible que en ocasiones algunos niños altamente sugestionables, puedan deslizarse a un estado hipnótico sin que nadie lo intentara y sin que nadie se de cuenta de que esto ha ocurrido; sin embargo, los niños generalmente no logran estados de trance hipnóticos profundos, y se utilizan raramente al tratarlos. Muchas de las frases tranquilizantes que se usan para calmar a los niños durante el tratamiento dental y la idea de subsistir términos desagradables por eufemismos agradables, tales como decir, "modelar" en vez de "rebajar" o "pinchar" en vez de doler han sido consecuencia de experiencias hipnóticas. El uso eficaz de este vocabulario especial, es considerado por algunos autores (Bartlett) (1970) como una contribución directa a muchos pacientes de conocimientos obtenidos de estudios sobre hipnosis.

Debido en parte a su sugestibilidad, casi siempre es posible conservar la atención normal del niño, e incluso algo de cooperación.

De principios tan escasos, el dentista consciente, que ha tomado su propia ansiedad, podrá obtener mucha cooperación. Pero cuando es imposible lograr aunque sea un poco de atención y un principio de cooperación de un niño normal, el odontólogo no

deberá dudar en usar las restricciones físicas apropiadas, lo que puede incluir mantener al niño firmemente en posición inclinada en la silla, mientras pone una mano sobre su boca cuando está llorando, al mismo tiempo que le instruye firmemente; este procedimiento es de último recurso.

Medidas farmacológicas:

Obviamente, la mayoría de los niños que son sometidos a tratamiento dental lo aceptan con poca o ninguna dificultad, pero existen algunos que requieren de ayuda especial.

Aprender a identificarlos y aprender a seleccionar los medios eficaces para ayudarlos es de especial importancia para el odontólogo que trata al niño. Durante la primera visita, el odontólogo y el niño pueden evaluarse uno al otro. El dentista puede evaluar la reacción del niño a sus instrucciones y su funcionamiento emocional e intelectual.

Estas observaciones directas del niño, y también de la madre, ayudan al odontólogo a decidir cómo debe manejar el comportamiento del paciente durante el examen y las visitas posteriores para tratamientos. Puede decidir en este momento qué métodos de comportamiento y control del dolor se usarán.

Algunos dentistas olvidan el valor de esta observación y rutinariamente prescriben premedicación para nuevos pacientes, que deberán tomar antes de llegar al consultorio.

Stewart (1961) describe las ventajas de premedicar a 95 por 100 de los nuevos pacientes con 10 a 20 mg. de hidroxicina. Indica que la analgesia de óxido nitroso e hidroxicina resultó eficaz en todos los casos menos en 50 de los 1,500 que experimentó.²⁵

Esto representa una tasa de fracaso de 3 por 100. Es interesante observar que aproximadamente ocurre el mismo porcentaje de fracasos en clínicas y consultorios, en donde no se utiliza hidroxicina y óxido nitroso sistemáticamente. Es decir, 3 por 100 de pacientes por lo demás considerados normales necesitan algo de sedación para soportar una visita dental.

¿Cómo han desarrollado los odontólogos estos enfoques diferentes sobre manejo de la conducta?. Probablemente, surgen de cada una de las actitudes del dentista, de su educación y de su experiencia

práctica. De esta manera, vemos que a un dentista que no le afecta que el niño lllore por ansiedad espera que otros dentistas y personas acepten el llanto del niño como una conducta normal. Este odontólogo no considerará que su manejo del paciente ha fracasado si el niño lloró.

Otro dentista puede pensar algo diferentemente, como lo sugiere Kracke (1962), quien informó sobre la eficacia de la sedación preoperatoria sistemática usando una combinación de barbitúricos, meperidina y prometacina. Consideraba que el procedimiento había fracasado si el niño lloraba o estaba nervioso durante las largas visitas de tratamiento.²⁶

El odontólogo que no usa sistemáticamente la sedación encontrará ocasionalmente que sus pacientes necesitan alguna ayuda más fuerte que psicología pragmática y anestesia local. La identificación de estas ocasiones y la determinación del curso de acción a seguir puede lograrse por adivinación, pero se pueden obtener buenos resultados más consistentemente siguiendo unas guías como éstas:

1. Identificar claramente el tratamiento que se va a realizar.
2. Decidir cuánto tiempo se necesitará en circunstancias razonables.
3. Decidir cuánta molestia será causada y qué efecto tendrá ésta probablemente en el paciente.
4. Decidir cuánta conducta trastornadora se puede aceptar sin sacrificar la calidad del tratamiento.
5. Si se prevee que va a ocurrir demasiada conducta trastornadora, o si el procedimiento va a ser demasiado exigente para el paciente, decidir si el dolor o la ansiedad, o ambos, necesitan medidas especiales.
6. Escoger las drogas que proporcionarán el alivio necesario.

7. Escoger las dosis, vías de administración y horas de administración que probablemente lograrán la modificación deseada de la conducta.

La clasificación de Lampshire (1959) de niños pacientes en la que se les clasifica en cooperativos tensos, claramente aprensivos temerosos e hiperemotivos es una guía muy valiosa para el grado de trastorno de la conducta que se puede esperar en un niño determinado.²⁷

El odontólogo debe establecer los objetivos para el tipo de comportamiento que requiere de sus pacientes, para el tratamiento que debe hacer en un período de tiempo determinado. Casi todos los pacientes y odontólogos pueden soportar procedimientos dolorosos breves sin ayuda especial pero a medida que aumentan las demandas técnicas, la molestia y la duración del procedimiento aumentan también la necesidad de ayuda externa, para lograr la cooperación o la pasividad del paciente.

La elección de agentes o combinaciones 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 determinadas por las condiciones que rigen su uso eficaz y seguro con una consideración especial adicional. La mayoría de las recomendaciones de dosis que se facilitan en los paquetes, son las que habrán de usarse en circunstancias normales y no en tratamientos de situaciones dentales. De esta manera, la dosis normal de un barbitúrico para que se duerma un niño enfermo que está en la cama, sería demasiado pequeña para dar sedación al mismo niño que, estando sano, llega al consultorio dental para recibir tratamiento.

Puede estar sobreexcitado, en vez de sedado en la silla dental, si se le administra una dosis tan pequeña. La estimulación que

se proporciona en el tratamiento dental puede vencer los efectos normales de las dosis acostumbradas de analgésicos, sedantes y tranquilizantes que han sido recetadas para la mayor parte de los propósitos no dentales. De manera similar, 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 en la fisiología y la conducta.

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 reduce o retrasa la absorción de medicación administrada bucalmente. Los pacientes que están debilitados necesitan dosis más pequeñas. La tolerancia a la droga puede elevar los requerimientos de dosificación, o puede dar como resultado efectos nulos en cualquier dosis. El sinergismo reduce la dosis y puede ser considerado cuando se receta más de una droga a un paciente que está tomando otra medicación.

La guía más satisfactoria para la selección de dosis de drogas para niños es la superficie del cuerpo. Pugh (1963) ha descrito el uso de la regla de Augsberger como; 0.7 por el peso del niño en libras=porcentaje del adulto, por lo cual se calcula la dosificación de un niño como un porcentaje de la dosis del adulto. Usando esta fórmula, resulta una dosificación que es 7 por 100 demasiado baja para niños que pesan de 45 a 85 libras (20 a 38 kg.) Una lista de dosis más realista para niños ha sido preparada por Leach y Wood (1967).²⁸

Los efectos de la droga deben evaluarse y la dosis deberá corregirse según se necesite. Album (1961) recomienda lo que puede llamarse "titulación de la dosificación de una droga" que se lleva a cabo dando la dosis calculada de la droga, y después de una hora dando hasta la mitad de esa dosis otra vez, si no se

logra sedación satisfactoria. Es importante recordar que hay muchas variables que afectan a la reacción a analgésicos y sedantes, y por lo tanto, una dosis excesiva o escasa podrá darse de cuando en cuando. Si la dosificación está dentro del límite de seguridad, no existe peligro en ello, excepto la molestia.²⁹

En 1961, en su artículo, Album comprobó 10 reglas para administración de drogas:

Reglas para administración de medicamentos:

1. Un adulto deberá acompañar al paciente.
2. Deberá hacerse una supervisión estricta en el consultorio.
3. Esperar un tiempo razonable después de la administración.
4. Los padres deben supervisar a sus hijos de cerca después de administrar una droga.
5. Es esencial un medio ambiente tranquilo.
6. Los reflejos vitales no deberán ser abolidos.
7. No usar nunca premedicación durante alguna enfermedad aguda.
8. Habrá de explicarse a los padres las reglas posoperatorias.
9. El dentista debe conocer los efectos de la droga y sus efectos secundarios.
10. Debe de haber disponible medicación de urgencia.

Agentes farmacológicos usados para el control del dolor.

Analgésicos:

Los agentes para reducir el dolor sin afectar a la conciencia son llamados "analgésicos"

Actúan elevando 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.

Analgésicos Narcóticos:

El único de los muchos alcaloides del opio que se usa en cierta medida en odontología infantil es el "fosfato de codeína". Es sólo 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.

El uso más amplio de los opiáceos sintéticos es la meperidina, que frecuentemente ha sido usada, como premedicación para odontología operatoria, solo y en combinación con prometacina. Al igual que la morfina, es un depresor del sistema nervioso y presenta peligro de sobredosis, y estos peligros son "estimulación cerebral", "taquicardia", "desorientación", "espasmo muscular" y "depresión respiratoria". Es relativamente ineficaz cuando se toma por vía bucal. Se cree que los narcóticos actúan elevando el umbral del dolor por depresión de la corteza cerebral del hipotálamo y de los centros medulares.

Analgésicos no Narcóticos:

La aspirina y la popular combinación de aspirina, fenacetina y cafeína, conocida como APC son muy eficaces para analgesia bucal. Su acción analgésica se debe a un bloqueo periférico del efecto algésico de la bradicinina. Existe también un efecto central al nivel talámico.

El propoxifeno, que está disponible solo, en dosis de 32 v 55 mg., es algo más eficaz que la aspirina cuando se usa en una combinación de 65 mg. con aspirina, fenacetina y cafeína.

Todas estas drogas son eficaces pre y posoperatoriamente para control del dolor. Se ven potenciadas por sedantes particularmente barbitúricos.

Están enumeradas en el cuadro de abajo por orden decreciente de potencia:

NOTA: La dosificación para niños se calcula por la regla de Augsberger (0.7 por peso en libras = porcentaje de la dosis para adulto).

Dosificación básica para adulto de varios analgésicos comunes:

Droga	Vía de administración	Frecuencia diaria	DOSIS p/adulto
Morfina SO ₄	Intramuscular	4-6	10.0 mg.
	Bucal	4-6	15.0 mg.
Meperidina HCl	Intramuscular	4-6	50-100 mg.
	Bucal	4-6	50-100 mg.
Codeína PO ₄	Bucal	6-8	5-10.0 mg.
A.P.C.	Bucal	4-6	1-2 tbs.
Dextropropoxifene (HCl)	Bucal	4-6	32-65 mg.
Aspirina	Bucal	6-8	300-600 mg.

Otros analgésicos de interés en Odontopediatría:

El óxido nítrico y la analgesia relativa de oxígeno gozan actualmente de cierta aceptación.

Cuando se administran concentraciones de entre 40 y 80 por 100, el óxido nítrico proporciona analgesia y euforia. Se cree que produce anestesia general tan sólo en presencia de anoxia, y por esta razón no se recomienda su uso. Langa (1962) y Hogue y col., (1971) han obtenido experiencias muy satisfactorias con analgesia de óxido nítrico para niños pacientes. Se necesita entrenamiento especial para aprender el uso adecuado de este procedimiento. Everett y Allen (1971a) han informado recientemente que las mezclas de óxido nítrico y oxígeno producen muy poco o ningún efecto en la función cardiorrespiratoria a niveles analgésicos.*

Everett y Allen (1970, 1971b) han obtenido analgesia satisfactoria en adultos con combinaciones de pentobarbital, meperidina y escopolamina con anestesia local. No se utiliza mucho la analgesia intravenosa cuando se trata a niños normales.

Anestésicos:

La anestesia general tiene su lugar propio en el tratamiento dental de los niños. Generalmente, se usa como último recurso cuando todas las alternativas han sido ineficaces. La discusión de las propiedades y los usos de la anestesia general requieren de un entrenamiento especial por parte del odontólogo.

La anestesia local es "el medio" usado más comúnmente para controlar el dolor en odontología. Aunque se puede lograr anestesia por presión o por frío (Fritz, 1953), e incluso se asegura que por métodos eléctricos (Brooks y col., 1970) el medio más eficaz sigue siendo la inyección de una solución de un anestésico bucal a lo largo de un tronco nervioso para bloquear la conducción o periféricamente en la terminación del tronco nervioso por infiltración de tejidos.³⁰

Existen varios riesgos de bajo nivel en el uso de anestesia local para pacientes adultos, tales como inyecciones intravenosas accidentales, de las cuales Schiano y col., (1964) informaron que ocurrían hasta en 15 por 100 de inyecciones de anestesia por bloqueo en el área de los nervios mentales, esfenopalatinos y mandibulares. Se recomienda la aspiración antes de la inyección para controlar este tipo de complicación. Adicionalmente a este riesgo, con los niños existen dos problemas especiales. Primero, necesitan una preparación más cuidadosa para asegurarse su cooperación y seguridad durante la inyección. No deberá inyectarse a ningún niño a menos que sus movimientos corporales estén bajo completo control. En segundo lugar, se cree erróneamente que la inervación de la boca del niño difiere de la de los adultos, pero de hecho esto no es así.

Aunque las distancias entre los puntos de referencia son ligeramente menores y los puntos de referencia mismos son más pequeños, no puede en realidad considerarse que exista diferencia entre niños y adultos. Es muy común echar la culpa de un bloqueo mandibular fracasado a un canal mandibular mal colocado. Es mucho más probable que se deba a una aguja mal colocada y

una inyección que se hizo demasiado baja, demasiado lejos anterior o medialmente. Goldberg (1961) y Berns (1962) han mostrado radiográficamente, usando material radiopaco inyectado con anestésico local, que el anestésico se extenderá lo suficiente para producir anestesia, siempre que la solución no esté separada del nervio por una capa de músculo o un plano aponeurótico. De esta manera, no es esencial incidir en el nervio mandibular con la punta de la aguja para producir anestesia; tan sólo es necesario estar razonablemente cerca de él.³¹

Mink (1966) publicó un excelente artículo que describe las técnicas de administración de anestesia local a los niños. Una parte importante de su descripción trata el uso de anestésicos tópicos. Es muy buena práctica aplicar un anestésico tópico eficaz durante tres minutos antes de inyectar en los tejidos bucales del niño.³²

Mink dice que a los niños les disgustan las inyecciones. Desde temprana edad reciben inyecciones por diversos motivos cada vez que visitan el consultorio del médico.

Paulatinamente se vuelven temerosos y la inyección sucesiva parece dolerles más que la anterior.

Con frecuencia, se lleva al niño al dentista habiéndole advertido que se le introducirá "una aguja en la boca".

La atención total del niño se enfoca sobre la aguja y este estado de atención se expresa en su conversación y las preguntas que realiza. Estos comentarios con frecuencia son útiles para evaluar y seleccionar a los pacientes para sedación por inhalación de óxido nitroso y oxígeno. Durante el examen inicial del niño, aunque parezca estar calmado, puede repetir preguntas como:

"¿me va usted a inyectar?", "¿va usted a utilizar una aguja?"; o puede hacer declaraciones como: "doctor yo no quiero ser inyectado", "doctor, no me pinche usted con la aguja". En este

caso, el dentista deberá considerar el uso de sedación por inhalación de óxido nitroso y oxígeno. El niño le ha dado al dentista una clave, ésta puede ser considerada por este último.

El dentista deberá observar cuidadosamente a los padres y permitirles hablar sin interrupción en la primera cita. La actitud de los padres hacia la odontología con frecuencia se refleja en sus hijos. Si en presencia del niño el padre relata que tiene miedo a los dentistas y especialmente a la "aguja", el dentista deberá proceder cuidadosamente con el niño. Además, no es necesario que el padre exprese miedo frente al niño para que éste se torne aprensivo. El "miedo" es transferido rápidamente al niño en muchas formas sutiles, con frecuencia sin la intención de hacerlo.

Cuando el dentista observa temor o aprensión de los padres, el niño será un buen candidato para sedación por inhalación de óxido nitroso y oxígeno antes de la anestesia. Si los hermanos del niño por tratar también son pacientes del consultorio, podrán darnos alguna pista acerca del posible comportamiento del niño. Un niño pequeño con frecuencia se comportará de la misma manera que sus hermanos mayores. Si ellos expresan temor a la inyección, el niño menor también lo hará y deberá ser considerado para sedación por inhalación de óxido nitroso y oxígeno.

Enstein (1971) y Schmidt (1970) han logrado anestesia tónica muy satisfactoria con el uso de inyección de anestésicos locales por chorro a presión en adultos y en niños. Esto produjo anestesia tónica excelente e hizo posible inyectar sin dolor en el área con una aguja. En algunos casos se obtuvo anestesia suficiente para preparación indolora de cavidades cuando se hicieron varias aplicaciones con el inyector por chorro en los lados lingual y bucal del alveolo.³³

Algunos de los más recientes informes tratan de las propiedades de anestésicos locales y de drogas psicotomiméticas o tranqui-

lizantes (Bowles, 1971), y los antihistamínicos (Mattern, 1963).³⁴

Agentes farmacológicos que modifican la ansiedad y el miedo:

Sedantes e hipnosis:

Existen varias drogas que producen efectos sedantes. El término hipnótico se da sólo a drogas sedantes que favorecen el sueño natural. Los barbitúricos, junto con el hidrato de cloral, el paraldehído y drogas relacionadas, así como los derivados de los glutamíridos y otra media docena de drogas no descritas, constituyen la lista de las drogas hipnóticas.

Los barbitúricos y el hidrato de cloral comúnmente se usan como sedación de niños pacientes dentales. Inducen un sueño tranquilo del cual se despierta fácilmente a los niños. Algunas veces, se despiertan algo excitados.

Según Jones (1969), esta "reacción paradójica" a los barbitúricos, que es así como se denomina a esta excitación, ocurre en aproximadamente 3 por 100 de los pacientes a quienes se les dio 80 mg. de secobarbital antes del tratamiento dental.³⁵

El fenobarbital (Luminal), el amobarbital (Amytal), pentobarbital sódico (Nembutal sódico), el secobarbital (Seconal), y el tiopental sódico (Pentotal sódico), son los que se usan más comúnmente. Los barbitúricos tienen muchos usos y pocos efectos secundarios, que generalmente se producen con altas dosis. (Krantz y Carr, 1969). Comúnmente, se usan para preparar a niños poco manejables para exámenes de pediatría. Los barbitúricos tienen un amplio margen de seguridad, por lo que son excelentes para sedar a pacientes ambulatorios, puesto que la dosis no hipnótica es de tres a seis veces mayor que la dosis sedante. Generalmente, los barbitúricos de acción corta, como secobarbital, pentobarbital y amobarbital, son los preferidos, aunque también es común el fenobarbital. Estas drogas tienen la ventaja de ser moderadamente adictivas.³⁶

El hidrato de cloral, al igual que los barbitúricos, es una droga que tiene alto margen de seguridad. Se usa más a menudo en dosis hipnótica de menos de 1.0 g. para niños de edad preescolar. Produce menos efecto en dosis seguras para niños mayores que necesitan sedación para tratamiento dental.

Tiene sabor desagradable. No está indicada para los pacientes que sufren del corazón.

El paraldehído, que en ocasiones e inexplicablemente es mortal, no está indicado en procedimientos dentales.

Drogas tranquilizantes:

Como existe algo de discusión sobre la terminología de las palabras "tranquilizante" v "psicoléptico", las usamos en el mismo sentido, refiriéndonos a drogas que producen un efecto especial antipsicótico. Los diversos efectos de estas drogas no pueden explicarse con sencillez. Se cree que pueden actuar por inhibición de enzimas, para evitar la destrucción de transmisores químicos del cerebro, o pueden provocar cambios metabólicos, bioquímicos a niveles subcelulares.

Algunas de ellas también cambian la actividad eléctrica de regiones específicas del cerebro.

Un grupo de estas drogas, a las que se les llama "fenotiacinas" incluye tres de los tranquilizantes que han sido usados con éxito en niños pacientes dentales. Son la "clopromacina", "la proclorperacina" y la "promacina".

La "prometacina", que a menudo se usa con la "meperidina", se relaciona con las "fenotiacinas", pero generalmente está clasificada como un antihistamínico en vez de como un tranquilizante. Otro grupo de tranquilizantes, denominado grupo menor, contiene "fenotiacinas" v otras drogas. Dos de los tranquilizantes menores también se usan a menudo en la profesión dental. Son los derivados de los "difenilmetanos", la "hidroxicina", v una "ben-

zodjacepina", el "diazepam",

La distinción entre tranquilizantes mayores y menores radica en su capacidad para reducir las manifestaciones mayores o menores de ansiedad y tensión.

Las drogas que han sido usadas más frecuentemente para sedación dental son la "benzodjacepina", "Valium"; las "fenotiacinas", "Toracine", "Mellaril y Compacine; el derivado de propano, "Equanil", y los "difenilmetanos", "Atarax" y "Mistanil".

Todas son eficaces excepto las tres "fenotiacinas", "Toracine", "Mellaril" y "Compacine" (Brown, 1969; Kope, 1969; Lang, 1965; Rosenbaum, 1966; y Shamer, 1958).³⁷

Los tranquilizantes, sedantes, analgésicos y a veces otras drogas se usan en combinaciones que tratan de proporcionar medicación equilibrada, con alguna droga presente para afectar a la percepción del dolor por el paciente, sus reacciones al miedo e incluso para reducir la salivación y promover la euforia.

Buckman (1956) describió el acertado uso en los niños de la "clorpromacina" y la "escopolamina" o elixir de "pentobarbital", seguido de "meperidina" y "escopolamine". Enghelman (1960) también usó una combinación de "meperidina" y "escopolamina", pero añadió "prometacina" para tranquilizar, en vez de pentobarbital. Foreman (1970), que es una autoridad en medicación intravenosa, informó del uso eficaz de varias combinaciones de tranquilizantes, analgésicos y sedantes, barbitúricos en un procedimiento de anestesia intermitente.³⁸

Robbins, en 1957, informó del uso eficaz de "hidrato de cloral" y "prometacina" en niños temerosos.

Existe una enorme variedad de técnicas, agentes, drogas y criterios sobre el tratamiento del dolor y la sedación en los niños. El dentista que quiere hacer buen uso de la información se ve asediado por el problema de tratar de decidir por dónde va a empe-

zar. El mejor enfoque sería empezar usando sólo una droga para 40 ó 50 pacientes. De esta manera puede dominarse la variabilidad de dosificación y respuesta del paciente.

Es probable que la experiencia más valiosa venga de este enfoque y que ésto resulte mejor que utilizar gran número de drogas. Debería ser de utilidad seleccionar un analgésico, un sedante, y un tranquilizante para usarlo repetidamente, solo 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 esta experiencia sea útil deberán llevarse registros.

CAPITULO VIII

DOLOR Y SEDACION

DOLOR Y SEDACION:

El miedo y el dolor son dos de las influencias más poderosas que afectan a las actitudes sobre el uso de servicios dentales. Experiencias con dolores de dientes y miedo de tratamiento no calificado y doloroso sufridos en años pasados han dejado impresiones vívidas en las mentes de algunos padres sobre el tipo de odontología de la que quieren proteger a sus hijos hoy en día. Esta precaución por el bienestar de sus hijos motiva a algunos padres a buscar cuidados tempranos y preventivos para sus hijos. Sin embargo, hace que otros se muevan en dirección opuesta, a demorar los cuidados y hacia el desastre final. Si la profesión dental tiene que satisfacer las necesidades de ambos grupos, necesitará de todos los conocimientos y técnicas que pueda conseguir para desvanecer miedos y prevenir y controlar el dolor de enfermedades bucales, y también el dolor del tratamiento.

El tratamiento adecuado del dolor es esencial para cumplir la misión de una profesión que tiene por meta el beneficio del público, y para el éxito del facultativo individual. Sin embargo, aún está por probarse que las personas que no utilizan los servicios dentales se deciden a utilizarlos porque su miedo al dolor ha sido reducido al escuchar experiencias indoloras y satisfactorias en boca de otros. Existe alguna evidencia empírica de que sucede esto si se observa la cantidad de padres que al principio evalúan cómo un dentista nuevo trata a sus hijos, antes que le permita que los trate a ellos.

Comentarios del tipo de "delicado", "considerado", o "no lastimó nada", aplicados a ciertos odontólogos por sus pacientes agradecidos, producen gran efecto en el éxito del manejo emocional del niño.

Los dentistas se ven frustrados en sus esfuerzos por prevenir y controlar el dolor en tratamientos dentales de niños, cuando no pueden identificar y tratar bien dos hechos; el primero de estos hechos es que la percepción del dolor, y las reacciones del pa-

ciente al mismo, varían de un paciente a otro, y varían de una vez a otra en el mismo paciente. La percepción de sensaciones dolorosas y las reacciones a ellas son determinadas en gran parte por la ansiedad y el miedo, especialmente en niños, cuando existen circunstancias amenazadoras. La ansiedad y el miedo, como sombras, preceden y siguen a las experiencias dolorosas. El segundo hecho que debe ser considerado cuando se está tratando a niños es que éstos tienen capacidad limitada para describir claramente sus experiencias y sentimientos, y también se ven limitados para expresarlos objetivamente en especial cuando sufren o están atemorizados.

Las autoridades no están de acuerdo sobre qué es en realidad el dolor. Y el miedo, la aprensión y la ansiedad son enigmáticos, excepto en sus niveles más elementales. A pesar de estos problemas. Hardy, Wolff y Goodell (1967) han dado una descripción útil de la relación de emoción a dolor; rechazan la idea de que el dolor es un estado de sensación opuesto al de placer y opinan que es el resultado de intensidad excesiva de otras sensaciones.³⁹

Proponen que la sensación es el aspecto más importante del dolor para la persona que lo está sufriendo, la cual percibe éste por medio de un sentido especial con sus propias propiedades estructurales, funcionales y perceptivas. También declaran que el dolor está compuesto de sensaciones dolorosas y sensaciones asociadas de estados emocionales y afectivos (tales como miedo). Indican que la estimulación enervante de otras reacciones corporales, incluso a nivel subconsciente puede contribuir al dolor percibido, y han dado un papel importante, incluso dominante, a las emociones en experiencias dolorosas. Pero consideraron todas las otras contribuyentes secundarias a la sensación dolorosa en sí. Para expresarlo brevemente, el dolor duele. El dolor, para el niño que lo sufre éste es lo más importante.

Debe ser de gran importancia para el odontólogo también; pero, desde diferente punto de vista, el del terapeuta objetivo que va a aplicar preventivos y remedios apropiados. El dentista debe estar

preparado para tratar, basándose en la psicología y la fisiología, las aprensiones del niño y sus reacciones al dolor.

ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL DOLOR:

Vía sensitiva aferente:

El rostro humano, la boca y la faringe tienen gran cantidad de nervios sensoriales; estas neuronas se relacionan principalmente con el quinto nervio craneal, pero existen contribuciones importantes del séptimo, noveno y décimo. Algunas fibras también pasan del primero y segundo nervios cervicales a la parte inferior de la cara.

Las neuronas sensoriales son unipolares.

Los núcleos de sus células están situados en ganglios, como el ganglio gasseriano del quinto nervio craneal.

Un proceso de mielinización se extiende periféricamente del núcleo de la célula al órgano receptor o terminación libre de la neurona. El proceso central se extiende del núcleo de la célula al lugar en donde hace "sinapsis" con las células del núcleo de la raíz sensorial del nervio.

La transmisión de los estímulos empieza en el extremo receptor de la neurona aferente, y sigue a través del núcleo del ganglio, hasta la "sinapsis" del núcleo sensorial.

Se han identificado receptores especiales para estímulos como calor y tacto, pero generalmente no se acepta que haya receptores especiales para el dolor (Merkey y Spear, 1967; Lim, 1966).⁴⁰

Aunque se ha observado que las fibras de mayor diámetro tienen mayores velocidades de transmisión, no se sabe con seguridad de qué manera afecta esto la percepción del dolor, aunque es posible que el tamaño de la fibra sea selectivo para la transmisión específica de un estímulo doloroso.

No existe evidencia sólida de estructuras asignadas específicamente a recibir o transmitir estímulos dolorosos.

Es bueno observar que muchas de las neuronas aferentes de los nervios sensitivos de la cara, boca y faringe, expresamente los nervios craneales quinto, séptimo, noveno y décimo, y el primero y segundo nervios cervicales, terminan en el núcleo caudal trigeminal (núcleo trigeminal espinal). En ese lugar, estas primeras pasan al lado opuesto del tracto y ascienden al núcleo arqueado del tálamo, en donde las sensaciones son integradas, filtradas, organizadas y, por así decirlo, reciben tono emocional. Desde el tálamo, un tercer grupo de neuronas proyecta el estímulo a la corteza, en donde se percibe como dolor. A lo largo de esta vía de receptor a corteza, el sistema central nervioso es en alguna medida capaz de recibir, codificar, transmitir e interpretar información sobre la calidad, intensidad, localización y duración de los estímulos que se perciben como dolorosos.

Reacciones del paciente al dolor y al miedo:

Las estructuras y sus funciones que se han mencionado como constituyentes de la vía sensitiva aferente, por la cual se experimenta el dolor, son subjetivas y carecen de signos clínicos externos u objetivos. Si se percibiera sólo el dolor, y no existieran reacciones a él, no habría necesidad de considerarlo con mayor profundidad. Pero mientras que la percepción del dolor es de máxima importancia para el paciente, es en realidad la reacción del paciente al dolor lo que es de máxima importancia para el dentista. ¿Cuáles son esas reacciones considerables y concomitantes al dolor? Las reacciones al dolor dependen en gran número de factores mal entendidos de fisiología y psicología.

Los mejores medios de obtener hechos clínicos sobre el dolor y las reacciones a él incluyen observación del paciente, descripción del dolor por el paciente, o a veces, en el caso de un niño, valoración por los padres y finalmente examen clínico y valoración.

Muchos dentistas, acertadamente, permiten que los niños y los adultos detengan las preparaciones de cavidades, o cualquier tratamiento que esté en progreso, para descansar brevemente antes de continuar. La experiencia muestra que el paciente siente gran tranquilidad con esta medida, y raro es el caso en que abusa de ella. La frecuencia de las interrupciones va disminuyendo a partir de los primeros 5 a 10 minutos. Después de haber comprobado la eficacia de la práctica, el niño se siente satisfecho, porque su control es real, y generalmente no usa de este privilegio, incluso cuando se le dice que lo haga.

De la misma manera que el comportamiento puede mejorar durante una visita dental aislada, a medida que el paciente aprende, también se encuentra que mejora de una visita a otra, como informan Howitt y Stricker (1970), y Johnson y Koenigsberg (1971).⁴¹

Estos investigadores encontraron respuestas autónomas reducidas y comportamiento mejorado en los pacientes de 8 a 14 años que observaron.

Nasif (1971) sugiere que se observan los mismos resultados en pacientes de 3 a 6 años.⁴²

La superación de la conducta como resultado de aprendizaje se ve generalmente en niños cuando maduran y ganan experiencia. Algunos odontólogos consideran el aspecto de aprendizaje de experiencias dentales de los niños como una razón importante para evitar usar medicaciones, que pueden embotar sus percepciones y respuestas intelectuales a los valores de aprendizaje del tratamiento.

No existe evidencia de que ocurra aprendizaje en niños que deberían de haber recibido un tipo de medicación y no lo recibieron.

Aunque esta idea tiene atractivo para cierto punto de vista espartano, es dudoso que niños con gran preocupación aprendan algo valioso en la silla dental. Es más probable que el aprendizaje tenga lugar después de la visita dental, cuando reflexione sobre

sus experiencias y se prepare para la próxima visita. Si la visita ha tenido valor positivo, esto deberá reflejarse en el comportamiento subsecuente.

Causas de dolor en niños pacientes dentales:

Los estímulos que resultan en dolor se agrupan aquí de acuerdo con su origen como síntomas de enfermedad y lesión o como resultado de tratamiento dental.

Dolor bucal sintomático en niños:

Los dolores dentales que experimentan los niños más comúnmente son de abscesos pulvares y dentoalveolares. Este tipo de dolor, cuando es intenso, puede ocurrir en cualquier momento; pero parece ser más común durante la noche. Surge espontáneo, y normalmente va acompañado de signos de inflamación e infección avanzadas a piezas cariogénicas traumatizadas y restauradas. El dolor puede durar varias horas y puede evitar que el niño coma, duerma o realice cualquier otra actividad normal si es suficientemente intenso. Muchas piezas primarias e incluso algunas permanentes desarrollan abscesos sin que el niño lleve a quejarse del dolor.

El dolor dental más común es probablemente un dolor breve y agudo de intensidad variable que experimentan los niños de cuando en cuando, cuando comen y beben.

A veces, éstos son los dolores vasomotores que resultan del enfriamiento repentino de las piezas y otras estructuras bucales debido a grandes volúmenes de comida y bebida muy frías. El mismo tipo de dolor puede deberse a estimulación de la dentina que ha sido expuesta a la cavidad bucal por una fractura o por caries dental. Ocasionalmente, este tipo de dolor se produce en piezas permanentes jóvenes, en las cuales el esmalte hipoplásico deja áreas de dentina sin protección contra el medio bucal, las cuales rápidamente desarrollarán hipersensibilidad.

Estos espasmos de dolor desaparecen en cuanto se disipa el estímulo, a menos que el daño al diente y la pulpa sea intenso. En este caso puede producirse dolor prolongado. Este es el denominado "dolor segundo", un dolor sordo continuo que sigue al "primer" dolor vivo y superficial. Desafortunadamente, no hay medios seguros para determinar el estado de una pulpa dental a partir de sus síntomas. Pero, de manera muy general, mientras más profundo sea el dolor inicial, y mientras más largo sea el dolor secundario, más probabilidades habrá de que existan problemas serios. (Munford, 1967, Tyldesley y Mumford, 1967).⁴³

Otra causa común de dolor en los niños, que a menudo se confunde con pulpitis, es el dolor que causa la imprecisión de la comida en intersticios interdientales abiertos, donde lesiones cariogénicas han destruido los bordes marginales y los contactos normales. Puede ocurrir este tipo de dolor mientras el niño come. Puede no ocurrir hasta varias horas después. Es importante identificar la causa de este dolor, de manera que se pueda evitar tratamiento pulpar innecesario o extracción de una pieza que sólo está cariada.

El desbridamiento muy cuidadoso de la lesión cariosa y el emplazamiento de restauraciones correctamente contorneadas resolverán cualquier duda sobre el diagnóstico en ausencia de lesiones periodontales obvias.

En los niños, el trauma en los tejidos duros o blandos sorprendentemente produce dolor poco duradero. Las piezas y los tejidos lesionados generalmente no duelen ni causan dolor espontáneo, aunque serán muy dolorosos cuando se les manipule o desbride, especialmente si se utilizan astringentes en el tejido.

Otras afecciones patológicas en los niños que van acompañadas de dolor bucofacial incluyen parotiditis y otras inflamaciones o infecciones de las glándulas salivales, amigdalitis, tumores y subluxaciones de la unión temporomandibular. Las piezas en erupción ya sean primarias o permanentes, son a veces fuente de

dolor, especialmente si están impactadas o desarrollan una pericoronitis lo que a veces ocurre sólo por trauma debido a haber aplastado el opérculo durante la masticación. A veces traumas oclusales y bruxismo causan dolor en los niños.

Sensaciones de ardor en la lengua son generalmente síntomas de un trastorno general. La lengua, el tejido gingival y otros tejidos intrabucales y labiales se perciben muy dolorosos cuando existe gingivostomatitis herpética ya que las vesículas se rompen y dejan una superficie cruenta del corio expuesta a irritación. Este dolor dificulta mucho el comer y beber.

Un niño que dice que tiene dolor en los tejidos faciales y bucales deberá ser examinado con el mismo cuidado que cualquier adulto.

Si un examen profundizado no revela la causa del dolor, el dentista tiene justificación para pedir evaluación médica. Este tipo de vigilancia consciente ha logrado que se diagnostique a tiempo más de un caso de leucemia y tumores de la mandíbula y el sistema nervioso central (Macrae, 1959).⁴⁴

Es probable que ocurra más dolor fuera del consultorio que dentro de él. No hay mucho que pueda hacer el dentista sobre el dolor en los niños que no le son llevados para que los cuide. Otra persona tendrá que ocuparse de ellos. Esa otra persona puede ser otro dentista, un médico o uno de los padres. Pero quienquiera que sea, desempeñará un papel importante con relación a las sensaciones del niño sobre dolor y tratamientos dentales.

Los primeros dolores bucales experimentados por un número importante de niños, aparecen en el momento de la erupción de las piezas primarias. Los padres, los pediatras, los amigos y parientes tratan estos problemas con mucha más frecuencia que los dentistas. El tratamiento se dirige a producir analgesia local y sedación central y analgesia. Estas metas se llevan a cabo por aplicaciones directas repetidas de lociones especiales,

calmantes, whiskey, hielo, tabletas de aspirina, anillos para dentición o pan tostado en el área de las piezas en erupción. Las lociones y paregóricos son de gran ayuda si se aplican adecuadamente. Las lociones generalmente contienen un anestésico tópico y un contrairritante. La aspirina no deberá ser aplicada tópicamente, porque quema los tejidos. Algunas lociones para dentición contienen mercuriales y nunca deberán ser usadas (Day, 1963).⁴⁵

Se proporciona analgesia general y sedación con paregórico o fenobarbital, 16 a 32 mg., y ácido acetilsalicílico, 80 mg., por vía bucal cada tres o cuatro horas según lo necesite el paciente. De acuerdo con un excelente estudio realizado por Tasanen (1968), no existe evidencia clara de asociación entre la erupción de los dientes y otros síntomas generales, excepto salivación excesiva antes de un año y mayor inquietud durante el día. Sus hallazgos no apoyan las antiguas ideas de convulsiones, fiebres o estreñimiento debidos a la erupción de los dientes.⁴⁶

Otro tipo de dolor dental que los niños experimentan fuera del consultorio se ve asociado con un grupo de señales y síntomas que hemos denominado "síndrome de evitar el dolor".

Pueden haber usado cierto número de remedios para evitar el dolor y píldoras antes de buscar cuidados profesionales. La mayoría de las gotas que se venden en las farmacias contienen eugenol diluido o aceite de clavo. Algunas contienen benzocaína. Estos agentes son inocuos y razonablemente eficaces si se usan según las instrucciones.

Cuando un paciente con una historia del tipo mencionado llega al consultorio o a la clínica dental, percibe como una amenaza la pérdida del control de los estímulos que se le va a aplicar a sus dientes. Temen que el aire, el agua fría, los medicamentos y los instrumentos producirán el tan temido dolor que finalmente les llevó a visitar al odontólogo. Las reacciones del niño a esta amenaza están cargadas de emoción, e incluso llegan a una reacción de miedo y de huida caracterizada por llanto e

intentos de escapatoria, o de protenerse la boca o los dientes con las manos. En estas situaciones, el odontólogo deberá primero resolver esta reacción al dolor y al miedo antes de que examine o trate al niño eficazmente.

Esto generalmente se lleva a cabo muy suavemente, tranquilizando al niño. Cuando se logra la confianza del niño deberá conservarse dándole un grado de control sobre los procedimientos. Puede ser adecuado en este momento decirle al niño mientras se le levanta la mano: "Levanta esta mano cuando quieras descansar y me detendré un momento". Repetir esto en voz alta y amable ayudará a obtener la atención que se necesita para empezar.

El uso de un tipo de anestesia de bloqueo después de premedicación con un analgésico y un sedante aumenta el bienestar del paciente. La operación es muy corta, e incluso un niño que teme al dolor aceptará un dolor corto y agudo necesario para obtener el alivio que invariablemente se produce momentos después. Cuando exista analgesia relativa de óxido nítrico y oxígeno, deberá usarse, porque es casi ideal para este tipo de procedimientos. La anestesia de bloqueo a menudo sólo es parcialmente eficaz en estos casos, y deberá de ser complementada.

La extracción de estas piezas cariadas a menudo deja a un paciente poco cómodo, incluso cuando ha habido anestesia general y se ha contado con la ayuda de algún cirujano bucal.

La importancia de esta experiencia ha sido mostrada en los ensayos de Sosnow (1962), Baldwin (1964, 1966) y Shapiro (1967). Todos estos autores enfatizan la necesidad de dar cierta seguridad y apoyo psicológico al paciente infantil. Nadie sabe cuál es la duración de las secuelas indeseables de estas experiencias tempranas, pero algunos adultos las recuerdan vivamente y con detalle.⁴⁷

Si es necesario posponer el tratamiento de una pieza de este tipo, el paciente deberá recibir algún antibiótico; la penicili-

lina es la primera elección, para controlar la infección, y adicionalmente deberá administrársele algún analgésico potente.

Dolor asociado con tratamiento dental:

El dolor, como sugieren Hardy, Wolff y Goodell, es más que una sensación. Tiene componentes de comportamiento emocionales y autónomos, conscientes e inconscientes.⁴⁸

Es importante que el dentista establezca una relación con cualquier paciente, antes de empezar un procedimiento que probablemente vaya a ser doloroso. Los niños quieren respuestas concretas a las tres preguntas relativas al dolor: ¿Va a doler? ¿Cuánto va a doler? ¿Cuánto tiempo dolerá tanto?. No hay nada que les altere tanto como un dolor inexplicable e imprevisto. "¿Cesará, empeorará o durará permanentemente?". Por otra parte, al inyectar anestesia a pacientes, a veces hay que recordarles que cesen de llorar cuando ya no les duela.

La sedación de un niño para procedimientos conservadores en el tratamiento odontológico normal no es una práctica recomendada en la actualidad. Si se da una dosis suficiente para que sea verdaderamente eficaz, entonces el paciente no está en condiciones de volver a su hogar por varias horas, y debe ser mantenido bajo adecuada supervisión.

Es más correcto hacerlo internándolo por un día en el hospital, con todas las facilidades a disposición. Este enfoque puede cambiar, sin embargo, cuando se disponga de drogas más adecuadas.

Hay acuerdo general en que uno de los aspectos más importantes en la orientación de la conducta del niño es la eliminación del dolor. Si el niño siente dolor durante nuestros procedimientos operatorios, su futuro como paciente dental será dañado. Por lo tanto, es importante en cada visita que el malestar quede reducido al mínimo y evitar toda situación real de dolor.

Olsen piensa que el enfoque psicológico adecuado es de una importancia primordial en el manejo de la conducta del niño como paciente odontológico. Este enfoque aliviará las ansiedades del niño y promoverá una buena relación entre el niño y el odontólogo. La premedicación a veces puede ser una ayuda para el manejo del niño. No obstante, tan pronto como el niño aprenda los procedimientos odontológicos por la técnica del "cuenta-muestre-haga", el odontólogo necesitará cada vez menos las premedicaciones. Si bien no se condena la premedicación del paciente niño, se pide un uso conservador de ella.⁴⁹

La mayoría de los niños que han sido bien guiados en sus hogares, con una vida de hogar feliz y con una experiencia previa satisfactoria en el consultorio del odontólogo serán pacientes sin inconvenientes.

Pero hay unos pocos niños que llegan al consultorio mal adaptados, o física o mentalmente incapaces de encarar la situación. Este último grupo de niños debe ser considerado para la premedicación.

La premedicación a menudo es útil para los procedimientos operatorios y quirúrgicos prolongados y para los niños temerosos, nerviosos y ansiosos. Con limitaciones, la premedicación puede estar indicada para el niño problema o desafiante. Sin embargo, hay que recordar que la premedicación no enfoca técnicamente el problema de educar al niño desafiante para que acepte la situación odontológica que deberá encarar varias veces por año o por el resto de su vida. El odontólogo debe establecer la frecuencia con que usará premedicación para un niño con plena comprensión de que con ella no resolverá todos los problemas.

Tanto Album como Lapshire apoyaron la afirmación de que la dosis de medicamento debe estar basada sobre factores distintos de edad y el peso.⁵⁰

Por lo tanto, se deben considerar los siguientes puntos para determinar la dosis de un medicamento empleado como premedicación

en el niño:

1. Edad del niño; en general, el niño menor requiere menos medicamento.
2. Peso del niño; cuanto más pesado, naturalmente necesitará más medicamento.
3. Actitud mental del niño; un niño nervioso, excitable y desafiante suele requerir una dosis mayor del medicamento.
4. Actividad física del niño; un niño hiperactivo y de pronta respuesta es candidato para aumentar la dosis.
5. Contenido estomacal; si prevee la necesidad de medicación, el niño deberá ingerir una comida liviana o se le dará la premedicación con el estómago vacío.
6. Momento del día; en general, es necesario una dosis mayor para el niño en las horas de la mañana que en las vespertinas o en cualquier momento que sea considerado de descanso para el niño.

Barbitúricos:

El secobarbital (Seconal) y el pentobarbital (Pembutal) son medicamentos que han sido muy usados en el pasado con grados variables de éxito. Ambos medicamentos son depresores del Sistema Nervioso Central, y la experiencia ha demostrado que hay una probabilidad de que estimulen reacciones impredecibles.

El período de excitación inducida o de depresión profunda es observado con frecuencia con el uso de barbitúricos de corta duración. Es muy difícil determinar la dosis correcta de un barbitúrico para un determinado niño con el fin de proporcionarle un grado predecible de sedación, y por tal razón muchos odontólogos abandonaron el uso rutinario de los barbitúricos para premedicación del tratamiento odontológico.

Meperidina (Demerol), clorhidrato de:

La meperidina es un analgésico preparatorio, espasmolítico y sedante. También tiene un ligero efecto anestésico local. Se lo absorbe con rapidez cuando administrado por vía muscular o bucal: por la primera, hace efecto en unos 15 minutos; pero la tableta puede demorar hasta 40 minutos para ser eficaz.

Hay relativamente poca contraindicación para el uso de la meperidina, como en los pacientes con lesión hepática. Una desventaja es que crea hábito. El paciente puede crear una dependencia psíquica de la droga. Se considera que la dosis está alrededor de 1 mg. por libra de peso corporal. No obstante, no es aconsejable emplear más de 100 mg. La meperidina puede ser considerada el medicamento de elección para el paciente tenso pero que coopera, para el demostrativamente aprensivo, para el miedoso, para el que tiene una cardiopatía congénita en la cual es conveniente aliviar la angustia, y para los niños física y mentalmente disminuidos.

Los efectos secundarios de la meperidina pueden incluir escozor de la piel y náuseas.

La vía más eficaz es la inyección en el músculo deltoides. Para el caso ocasional de una depresión respiratoria que podría producirse por el empleo de la meperidina, el odontólogo debe tener a su alcance clorhidrato de nalorfina (Nalline), que también es un narcótico, y administrarle de 5 a 40 mg. por vía intramuscular.

CAPITULO IX

TRANSTORNOS EMOCIONALES DEL
NIÑO CON SINDROME DE DOWN
EN EL CONSULTORIO DENTAL.
SU TRATAMIENTO DENTAL.

TRASTORNOS EMOCIONALES DEL NIÑO CON SÍNDROME DE DOWN EN EL CONSULTORIO DENTAL. SU TRATAMIENTO DENTAL:

Los niños mongoloides son todos mentalmente retardados en alguna medida. Están demorados en sus mojones, para sentarse, pararse, caminar y hablar, y se desarrollan a un ritmo más lento que lo normal, de manera que continúan perdiendo terreno. Son niños contentos, afectuosos, y quizás traviosos, aunque ocasionalmente pueden ser agresivos.

El grado de retardo mental es muy variable. Algunos están afectados tan severamente como para ser totalmente dependientes y estar internados en instituciones. La mayoría son imbeciles y se les puede adiestrar, pero hay un grupo, más elevado al que se puede educar en medida variable. Debe notarse, no obstante, que muchos de los clasificados sólo como adiestrables se les puede ahora enseñar a hacer mucho más de lo que se suponía, y con el ambiente correcto (consultorio dental) pueden pasar al grupo educable.

Los trastornos genéticos son responsables de gran parte de la morbilidad y mortalidad del hombre, y muchos de ellos son de esencial importancia para el odontólogo.

Otras enfermedades genéticas afectan a diversos sistemas orgánicos, y los problemas dentales pueden asumir importancia secundaria con relación a otras facetas más incapacitantes de la enfermedad.

Algunos de los hallazgos dentales encontrados en pacientes afectados por el síndrome de Down son erupción tardía de piezas caducas, exfoliación temprana de las mismas, incisivos laterales superiores defectuosos o ausentes, anomalías en la forma dental, enfermedades periodontales, maloclusión y prognatismo. Las enfermedades periodontales son el problema principal en pacientes con el síndrome de Down, en mayor grado que la caries dental.

El mongolismo es una de las anomalías congénitas en las cuales

La erupción retardada de los dientes es un hecho frecuente. Los primeros dientes temporales pueden no aparecer hasta los 2 años y la dentición puede no quedar completa hasta los 4 ó 5 años.

La erupción sigue, con frecuencia, una secuencia anormal y algunos de los dientes temporales pueden quedar en la boca hasta los 14 ó 15 años.

Aunque la causa permanece algo oscura, el defecto aparentemente se iniciaría entre la sexta y octava semana de desarrollo, como lo evidencian otras condiciones anómalas, incluidos defectos cardíacos congénitos y anomalías oculares y del oído externo. Al parecer, el mongolismo está relacionado, en cierta medida, con la edad de la madre.

Benda informó que la frecuencia del mongolismo es de aproximadamente 1,5 por mil en madres de 18 a 29 años. La frecuencia aumenta después de los 30 años y más, hasta por fin llegar al 91 por mil después de los 44 años.⁵¹

Le Jeune proporcionó una visión más profunda de la etiología del mongolismo cuando un cuidadoso análisis de los cromosomas de estos niños demostró un cromosoma extra autosómico, llegando a los 21 cromosomas.

De todas las teorías de la etiología del mongolismo, la trisomía del vigésimo primer cromosoma es la más sólida (trisomía es la presencia de un complemento diploide de un miembro extra de un par cromosómico particular).

El diagnóstico de un niño mongoloide no es difícil de hacer, debido al patrón facial característico, las órbitas son pequeñas, los ojos se inclinan hacia arriba y el puente de la nariz está más hundido de lo que es normal.

Landau efectuó una comparación cefalométrica de niños mongólicos y de sus hermanos normales. Fue evidente el retardo en el cre-

cimiento de ambos maxilares.

Ambos maxilares estaban ubicados hacia adelante bajo la base craneana.⁵²

La altura facial superior fue hallada significativamente inferior en los niños mogoloídes. La cara media también resultó menor en sentido vertical y horizontal.

Muchos niños mogoloídes tienen inflamación crónica de la conjuntiva y una historia repetida de infección respiratoria. El empleo de antibióticos ha reducido la incidencia de infecciones de tipo crónico y se produjeron menos muertes por infección. Los tejidos gingivales de los niños mogoloídes con frecuencia permanecen crónicamente inflamados y la enfermedad periodontal es común en los niños mogólícos mayores. Brown y Cunningham informaron que hasta un 90% de los mogoloídes padecían la periodontopatía por lo menos en la región anterior.⁵³

El retardo mental es una característica; son pocos los mogoloídes con un CI de más de 50. La susceptibilidad a la caries dental suele ser escasa en ellos. Esto fue comunicado por Johnson y asociados, quienes hallaron una experiencia de caries muy inferior en ambas denticiones.⁵⁴

Brown y Cunningham, en un estudio de niños mogólícos hallaron que un 44% estaba libre de caries. Aunque algunos de ellos con escasa mentalidad no son manejables en el consultorio dental, en su mayoría son agradables, animosos, cariñosos y de buen comportamiento.

Pueden ser manejados en el consultorio dental tal como los niños normales. Hay que tener en cuenta la posibilidad de una resistencia reducida a la infección al tratar a un niño mogoloíde.

ESTADO BUCAL:

Anomalías:

Casi un tercio o más de estos pacientes pueden tener dientes congénitamente ausentes, siendo los más frecuentes uno o ambos laterales superiores. La morfología dentaria también puede estar afectada. Son más pequeños que lo normal y tienden a ser redondeados o bulbosos. Los patrones fisurales pueden ser variados y tienden a ser más superficiales. Los incisivos pueden ser de una forma más simple, con menor desarrollo de los mamelones laterales.

Hay algún retardo de erucción.

Caries dental:

Los niños mogoloides tienen una notable resistencia a la caries y por lo menos la mitad de ellos están libres de caries. En quienes desarrollan caries, el número de cavidades es aún mucho menor que lo que se esperaría en un niño normal.

Esto puede relacionarse en parte con la forma más simple de los dientes con menor fisuras profundas, pero esto no es la razón principal de que las cavidades intersticiales sean infrecuentes.

Estado Periodontal:

Casi todos los niños mogoloides sufren de un grado moderado o severo de enfermedad periodontal. Es muy frecuente en la zona incisiva inferior y aún a la edad de 3 años puede haber desmoronamiento tisular y pérdida temprana de los incisivos centrales primarios, y la de sus sucesores permanentes, antes de premediar la pubertad es común.

Hay una separación del borde gingival insertado con formación de bolsas y pérdida progresiva del hueso de soporte.

Maloclusión:

El tamaño pequeño del maxilar superior con su falta de desarrollo

hacia adelante y abajo suele resultar en una maloclusión de Clase III de Angle, en un tercio o más de estos niños.

Hay un número cada vez mayor de informes en la literatura que se refieren a anomalías de los dientes y de las encías en el Síndrome de Down.

Uno de los primeros informes fue el de Jones (1890), quien comentó el irregular desarrollo de los dientes. Una revisión global ha sido publicada hace poco por SHAPIRO en 1970.

Los dientes de leche son frecuentemente tardíos en su erupción y el patrón puede ser diferente del que se produce en los normales (BROUSSEAU Y BRAINERD, 1928). Los primeros incisivos pueden no aparecer hasta los nueve meses, mientras que, en los niños normales, suelen aparecer hacia los seis meses. La erupción del primer diente puede estar retrasada hasta los 20 meses o más. La dentición de leche puede no completarse hasta los 4,5 años de edad. El patrón de erupción puede estar también perturbado, de manera que los molares aparecen antes de que hayan hecho erupción todos los incisivos. En algunos casos, el patrón de erupción es peculiar, porque ciertos dientes de leche y algunos permanentes faltan.⁵⁵

OSTER (1953) observó la edad de erupción del primer diente en 267 personas con Síndrome de Down.

Encontró que solamente 19 habían tenido su primer diente antes o durante el sexto mes de la vida, mientras que en 161 no se había producido la erupción hasta el duodécimo mes o más tarde. En un estudio más reciente, ROCHE Y BARKLA (1964) encontraron que el intervalo de edad en el cual hacía erupción el primer diente era más corto del que había sido publicado. El niño más joven con Síndrome de Down en el cual había hecho erupción un diente tenía 8,5 meses de edad y el mayor en el cual no había hecho aún erupción ningún diente tenía 13,9 meses. Entre los niños normales, las edades correspondientes fueron 4,4 y 15,5 meses. Se observó también una frecuencia anormal de la erupción.⁵⁶

Los dientes permanentes tienden a aparecer más regularmente que

los temporales. Sin embargo, numerosos observadores han notado una erupción retardada o irregular de los dientes permanentes. (BROUSSEAU Y BRAINERD, SILIMBANI, 1962; KACKZMARCYK, 1964; BARKLA, 1966a; ORNER, 1973). BARKLA encontró que, en menos del 5% de los casos de Síndrome de Down examinados, había hecho erupción algún diente dentro del margen normal de edad.⁵⁷

En el estudio de ORNER, los niños con Síndrome de Down mostraron también una tendencia constante a un promedio de edad más tardío en la erupción del tipo de diente, mientras que sus hermanos se parecían en este aspecto a otros niños normales.⁵⁸

La ausencia congénita o la fusión de dientes de leche no es insólita en los niños con Síndrome de Down (BARKLA, 1963). En la segunda serie de BARKLA, estos hallazgos implicaron siempre los incisivos laterales. Una caída precoz de los dientes de leche, especialmente los incisivos laterales y centrales es muy corriente. Además, se ha denunciado la ausencia congénita de ciertos dientes permanentes (GREIG, 1927; INGALLS Y BUTLER, 1953; BARKLA, 1966b; ORNER, 1971). Los incisivos permanentes laterales superiores están a menudo afectados. INGALLS Y BUTLER observaron que estos dientes estaban congénitamente ausentes en el 25% y no desarrollados en el 10%.⁵⁹

Señalaron que en un tercio de los niños con Síndrome de Down tienen incisivos permanentes laterales superiores congénitamente ausentes o defectuosos. Esto fue interpretado como una evidencia de lesión de anclaje (PRIMORDIUM).

Los dientes del Síndrome de Down se consideran microdónticos y que muestran anomalías de forma, tales como en "clavija" o con malformaciones de la corona. Las mediciones de la anchura mesiodistal de los dientes permanentes ha demostrado, en general, una reducción de tamaño en comparación con los controles (KISLING, 1966; GERIAUSKAS Y COHEN, 1970).

El examen de los dientes extraídos indicó que las raíces eran mucho más cortas de lo que podría esperarse (MC.MILLAN Y KASH-GARIAN, 1961). Sobre la base del examen radiológico de los dientes, SPITZER Y ROBINSON (1955) denunciaron aplasia del esmalte. Más tarde SPITZER Y COLS. (1961) observaron que el 86% de un pequeño grupo de pacientes con Síndrome de Down tenía alteraciones de la estructura dental.⁶⁰

En términos generales, la enfermedad periodontal destruye los tejidos circundantes y de sostén de los dientes. Estos son la membrana periodontal que está localizada entre la raíz del diente y la pared ósea del alvéolo, la apófisis alveolar, que es una proyección del hueso que forma un encaje para la raíz del diente, y la encía (DOW, 1951).

La enfermedad periodontal, que puede empezar ya a los 3 años de edad puede producir la pérdida de los incisivos de leche antes de la edad de 5 años (BROW Y CUNNINGHAM, 1961). La gravedad del proceso parece aumentar uniformemente con la edad, y los incisivos inferiores suelen ser los primeros en ser afectados. Más adelante, el proceso se propaga a los otros dientes. En los pacientes jóvenes la primera indicación de su iniciación suele ser una "gingivitis intensa", con "ulceraciones" y "escaras" en las papilas interdientales y en los márgenes gingivales.

BROWN Y CUNNINGHAM comunicaron que el 64% de los pacientes con Síndrome de Down de más de 11 años de edad tenían maloclusión de clase III, y que casi todos ellos tenían una oclusión cruzada en la región posterior con los incisivos inferiores por delante de los superiores.

Se considera que los afectados por el Síndrome de Down tienen una personalidad y unos rasgos de conducta que son, en algunos aspectos, estereotipados. La personalidad fue descrita por los autores primitivos. Langdon Down (1865) hizo las observaciones siguientes: "Tienen considerable poder de imitación,

incluso bordeando la burla. Tienen sentido del humor y un vivo sentido del ridículo, que colorea a menudo sus imitaciones".

Otra característica es su gran obstinación -sólo puede guiárselos con un tacto consumado-. Ninguna coacción les inducirá a hacer lo que han decidido en sus mentes no hacer. Algunas veces, inician un esfuerzo por aprender, y el día antes determinarán lo que quieren o no hacer al día siguiente. A menudo, hablan consigo mismos, y puede oírseles repetir las disputas que piensan van a ser la característica del día siguiente. De hecho, entran en un juego en el que el paciente, el médico, y las enfermeras son *Dramatis Personae* un juego en el cual el paciente se representa como desafiando y contraviniendo los deseos de los que tienen autoridad sobre él.

Son siempre amistosos, tanto con sus compañeros como con los animales. No se apasionan ni sienten grandes afectos. El niño recién nacido con Síndrome de Down se describe, no infrecuentemente como un "niño hermoso", que no se perturba con facilidad y que causa muy pocas molestias a su madre. Es dudoso si estos atributos en el niño muy pequeño son o no rasgos de la personalidad, o bien si son simplemente reflejos de una respuesta reducida a los estímulos externos y una intensa hipotonía. Más adelante, los niños se describen, a menudo, como felices y alegres y se considera que tienen buen temperamento y se divierten con facilidad. POGUE (1917) se refirió a ellos como nacidos optimistas. Tienden a imitar y pueden ser traviosos. En la literatura, hay descripciones de pacientes que muestran otros rasgos de personalidad (STICKLAND, 1954), y una minoría son juzgados como agresivos y hostiles (WUNSCH, 1957), o que presentan otras variedades de conducta mal adaptada (MOORE Y COLS, 1968).⁶¹

Se han usado diversos métodos para describir la personalidad y los rasgos de la conducta en el Síndrome de Down (BLACKETER/SIMMONDS, 1953; SILVERSTEIN, 1964; DOMINO Y COLS., 1964; DOMINO, 1965; MOORE Y COLS. JOHNSON Y ABELSON, 1969b, FRANCIS, 1970;

BARON, 1972). SILVERSTEIN practicó tests a pacientes con Síndrome de Down, utilizando los Programas de Determinación del Comportamiento de Peterson. En cuanto al "agente general" resultaron con cifras muy elevadas, sin embargo, en cuanto al factor "introversión" y "extroversión" no hubo cifras significativas. #62

BARON, sobre la base de un cuestionario dirigido a las madres de niños con Síndrome de Down entre 6 y 18 meses de edad y que vivían en su casa, no encontró ninguna prueba de conducta "estereotipada". Las cifras asignadas a estos niños por aspectos tales como adaptabilidad, el humor, la capacidad de distracción y la persistencia, fueron comparables a los alcanzados por niños normales de edades mentales similares. #63

Aunque el niño con Síndrome de Down no es generalmente adecuado para un tipo de educación que implique gran cantidad de conceptos abstractos, él o ella suele poder beneficiarse de una enseñanza apropiada de la lectura, la escritura y la aritmética sencilla y de muchas habilidades útiles. Los programas orientados prácticamente en estas esferas pueden contribuir muchísimo a una cierta medida de independencia y a una sensación de bienestar que a menudo acompaña a esto. En los niños afectados, como en los normales, una amplia variedad de actividades de tipo juego (CARLSON Y GINGLEMD, 1961) ofrecen un vehículo atractivo para aprender muchas cosas útiles. El estímulo de habilidades motoras (GRATTY, 1969) contribuye también al proceso educativo. Otros procedimientos tales como la "logoterapia" son también aplicables en circunstancias especiales. Molloy (1972) ha proporcionado información valiosa sobre el planeamiento y la evaluación de los programas de aprendizaje y sobre la aplicación de las técnicas básicas de enseñanza para niños con niveles de retardo del grado que se encuentra a menudo en el Síndrome de Down.

Tratamiento odontológico:

El grado de cooperación depende mucho del nivel de inteligencia. El mongoloide más inteligente puede ser tratado en el sillón dental en forma razonablemente normal para procedimientos conservadores.

Para los de grado más bajo el tratamiento debe ser adaptado a las necesidades inmediatas y puede limitarse a extracciones en el caso de niños internados. No hay contraindicación para la anestesia local.

Los niños con enfermedad cardíaca congénita necesitan un plan de tratamiento especial que tome en cuenta esta condición.

En esos casos, las extracciones y los raspajes profundos deben hacerse bajo cobertura antibiótica y la terapia de conductos radiculares está contraindicada. Esto y la susceptibilidad a la infección torácica influirán cualquier decisión para usar un anestésico, ya sea para extracción o para conservación.

El estado periodontal constituye la dificultad principal en el logro de la salud dental.

La enfermedad es progresiva y aún en el mongoloide de alto grado, la extracción puede ser inevitable. El tratamiento gingival se hace de acuerdo a los principios generales, pero habitualmente debe ser de tipo sencillo.

Hay que tener en mente la posibilidad del desarrollo de una leucemia.

C A P I T U L O X

T R A S T O R N O S E M O C I O N A L E S D E L
N I N O C O N P A R A L I S I S C E R E B R A L .

TRASTORNOS EMOCIONALES DEL NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL (Su tratamiento dental).

El dentista que acepta a un paciente con parálisis cerebral, tiene el deber de saber ciertos aspectos básicos médicos con el objeto de poder comprender a su paciente y proporcionarle un tratamiento adecuado.

Muchos de estos niños padecen retraso mental.

Para obtener éxito en el tratamiento de los mismos, el dentista tendrá que tratarles según su edad mental y no según su edad cronológica.

Será necesario que el dentista posea los conocimientos necesarios para aplicarlos en estos casos tan peculiares.

Comportamiento emocional y problemas de personalidad:

Las emociones del niño con parálisis cerebral no difieren mucho de las del niño normal, excepto que los cambios emocionales dan lugar a una mayor tensión muscular, espasmos, etc.

Rosenstein opina que estos niños tienen reacciones usualmente parecidas a las de los niños normales.⁶⁴

El temor es desde luego una emoción que da problemas en la situación del consultorio dental, aún cuando se trata de personas normales. La psicología Freudiana enseña que la experiencia oral durante la primera infancia afecta el desarrollo psicológico del niño. Las etapas oral receptiva y oral agresiva con sus residuos, la succión del dedo y el bruxismo, son ejemplos de esto. Se cree que el tratamiento de los dientes en los años posteriores puede despertar temores inconscientes relacionados con estas experiencias orales tempranas, y más en el caso de estos niños cuya vida psíquica es muchas veces más primitiva que la del niño normal.⁶⁵

Se puede comprender muy bien que el temor en estos niños es mayor ante circunstancias y ruidos desconocidos que el niño normal cuya percepción no está alterada. Si el niño no entiende qué es lo que se le hace, con más razón sentirá miedo. Aún el niño normal tiene el concepto de que la cirugía (la extracción de dientes principalmente) es destructora, y por consiguiente se produce el "stress".

Los niños con parálisis cerebral por su falta de madurez emocional, son menos capaces de soportar una situación de "stress".

En un estudio en que los niños con parálisis cerebral dibujaron figuras humanas, exageraban el tamaño de la nariz, ojos y boca, que puede significar que cualquier amenaza a la boca, representa para ellos una amenaza al cuerpo entero.

En cuanto a la personalidad, se ha notado cierta tendencia hacia tipos característicos de personalidad según el tipo de parálisis que tiene el niño.

Generalmente los niños espásticos y rígidos, por ser inhibidos en su actividad social, responden lentamente a los estímulos exteriores, se vuelven introvertidos, dirigen sus pensamientos dentro de sí mismos, se disgustan con ruidos fuertes, plática, emoción y reuniones de gente. El niño con atetosis es todo lo contrario. Es extrovertido, le gusta el contacto con mucha gente, y no le importa mucho su aspecto.

El estudio de los aspectos psicológicos en el niño con parálisis cerebral están relacionados con su inteligencia y aspectos relacionados con las emociones, éstas ya han sido planteadas.

Trataremos problemas de deficiencia o retraso mental, problemas de aprendizaje, y el manejo de estos problemas en el consultorio:

Hay discrepancia de opinión entre los autores en cuanto a la incidencia de retraso mental entre los niños que padecen parálisis cerebral y no es difícil entender el motivo por esta diferen-

cia de opinión.

Debemos diferenciar entre el verdadero retraso mental con la incapacidad de recibir correctamente los estímulos exteriores cuya causa son trastornos sensoriales. También es necesario distinguir entre el retraso mental y los trastornos emocionales debidos a múltiples causas.

Aparentemente los odontólogos que tienen experiencia con estos niños están bien impresionados con su grado de inteligencia. Leonard dice que mentalmente son normales usualmente, a veces anormales y ocasionalmente subnormales.^{#66}

Mc Knight y Lloyd consideran a la mayoría de estos niños inteligentes.^{#67}

Phelps y Mc Intyre calcularon que dos tercios a tres cuartos de ellos eran normales.

Phelps da unos datos muy interesantes sobre el procedimiento de aprendizaje en estos niños.

La percepción, el primer paso en el aprendizaje, se lleva a cabo de un modo distinto al del niño normal.

Tobis aplica los conocimientos sobre el modo de aprender de estos pacientes a la situación en el consultorio. Cita que el procedimiento de aprendizaje siempre abarca aparatos sensorial y motor. Los estímulos llegan al cerebro, allí están organizados y se expresan en una función motora. Por lo tanto, es necesario evaluar en cada paciente su:

- A) Percepción sensorial;
- B) su capacidad de organizar lo que percibe y;
- C) su función motora en relación a su organización sensorial.

Para trabajar con un niño con parálisis cerebral es necesario determinar su coeficiente de inteligencia (I.Q) y saber cómo percibe el mundo que le rodea para saber el desarrollo de las téc-

nicas de trabajo que se utilizarán en su atención.

Da el ejemplo de un niño que aparentaba tener un retraso mental severo, y no respondía a ningún estímulo vocal. Sin embargo, en un cuarto semiobscuro obedeció todas las instrucciones. Al suprimir los estímulos visuales, se fortalecieron los auditivos. Una clave es reducir el número de estímulos que llegan al cerebro de estos niños. Eichenbaum considera que una de las primeras desviaciones de la rutina normal en el tratamiento del niño retrasado, es la presencia de la madre. Considera que aunque a la madre no se le permite estar presente durante el tratamiento del niño normal, en estos casos, es de gran ventaja su presencia para orientar al niño con el menor número posible de situaciones nuevas.^{#68}

Muchas veces si el niño está asustado, sólo la madre sabe anticipar lo que hará en seguida, y muchas veces solamente ella sabrá traducirle al niño los mandatos sencillos. Considera que con paciencia y seguridad algunos de estos niños llegan a tener suficiente confianza para poder tratarlos en circunstancias casi normales.

Kleiser desde un punto de vista psicológico considera que la madre no debe estar presente durante el tratamiento, ya que existe un ambiente de "stress" entre estos niños y sus padres. Prefiere que algún pariente o maestro (no la madre) debe traer al niño al consultorio.^{#69}

Antes de ver al niño por primera vez, el odontólogo debe buscar información del médico sobre su condición. Necesita conocer el tipo de complicación neuromotora y su gravedad, historia de convulsiones, terapia con drogas, otros defectos sensoriales, visuales o auditivos, y una estimación de su nivel de inteligencia. Con este conocimiento el odontólogo puede adecuar su actitud a las necesidades de cada paciente en especial. El acercamiento debe ser amistoso y simpático, pero firme y siempre con plena confianza. Cualquier falla de seguridad es percibida por el niño y produce una actitud adversa. Paciencia y persistencia son de capital importancia, y si es necesario hay que establecer varias visitas para lograr una relación amistosa y de confianza, con exámenes y explicaciones sencillas, antes de iniciar el tratamiento. El objetivo debe ser un trabajo en equipo entre el odontólogo y el niño, haciendo éste su parte y dándose cuenta total de ello.

POSTURA:

Muchos de los pacientes paráliticos cerebrales pueden sentarse en el sillón dental, pero éste debe inclinarse algo hacia atrás, de manera que haya una sensación de mayor seguridad en cuanto a no caerse hacia adelante. En algunos casos puede necesitarse de la ayuda de una asistente junto al sillón para controlar los movimientos de la cabeza cuando el odontólogo puede habitualmente lograr este control sosteniendo la cabeza entre su brazo izquierdo y el cuerpo, quedando libres su muñeca y su mano.

El uso de tiras de retención para soporte es aconsejado firmemente por algunos, pero condenado por otros. Un soporte así debe ser útil siempre y cuando el niño entienda que es para soporte y no para restricción, y no lo considere con aversión.

Hay pacientes quienes pueden ser controlados más fácil y completamente si se sientan en el regazo de un padre o de la asistente. Si el padre es sensible y cooperador y entiende verdaderamente qué se está haciendo, entonces resultará una persona adecuada

para brindar control y seguridad.

Si se considera que el padre no es la persona indicada, tal soporte puede brindarlo la asistente. El niño se sienta en las rodillas de la persona, con sus piernas entre las de ella, para controlarlas si es necesario. Se inclina hacia atrás con su cabeza apoyada en el hombro de quien le ayuda, o en un cabezal, y es sostenido tranquilamente con los brazos de la asistente alrededor del cuerpo y brazos del niño. Puede necesitarse otra asistente para mayor soporte o control de la cabeza.

ESTADO BUCAL:

CARIES DENTAL:

La mayoría de los estudios que se han efectuado sobre la experiencia de caries de estos niños muestra que es sólo ligeramente más elevada que en los controles normales.

HIPOPLASIA DE ESMALTE:

Hay una incidencia más elevada de hipoplasia de esmalte en la dentición primaria sobre todo en aquéllos pacientes con una historia de prematurez o "kernicterus".

ENFERMEDAD PERIODONTAL:

Un estudio de 253 pacientes da el resultado como 15% bueno, 45% regular y 40% pobre. Ello indica que la higiene bucal en los paralíticos cerebrales suele ser bastante pobre.

MALOCCLUSION:

Los pacientes paralíticos cerebrales tienen una más elevada incidencia de maloclusión que lo habitual, debido a la actividad muscular anormal. Así, el tipo espástico, con hipertonicidad del labio y la musculatura facial, tiene preponderancia de "maloclusión de Clase II de Angle división 2", con apiñamiento y, a veces, una "mordida cruzada unilateral". El niño con atetosis, por otra parte, tiene labios hipotónicos, a veces baheo, y tiende a presentar una "maloclusión de Clase II división 1, con un paladar angosto y alto y empuje lingual, produciendo una mordida abierta anterior".

Además, cada caso puede complicarse por la pérdida temprana de dientes primarios y permanentes.

Tratamiento Odontológico:

El buen cuidado dental en los niños con parálisis cerebral, y especialmente en aquellos con complicaciones en la cabeza o el cuello, es de vital importancia porque:

1. Tienen dificultades masticatorias que aumentan con la pérdida de dientes. Esto contribuiría más a deficiencias nutricias.
2. Muchos de estos pacientes nunca podrán usar dentaduras por su incapacidad muscular.
3. Los problemas fonéticos aumentan por la pérdida de dientes.
4. Los aspectos emocionales no deben ser pasados por alto. Un niño cuyas necesidades dentales son dejadas de lado o descuidadas, estará más frustrado que aquél cuya estética dental y tratamiento conservador se cuidan en la misma medida que sus hermanos normales.

Desafortunadamente, el tratamiento odontológico completo para estos pacientes aún no es asunto de rutina en todas las áreas, pero el odontólogo puede contribuir mucho a su servicio.

Problemas de tratamiento:

A un niño afectado tan ligeramente que puede concurrir a la escuela es posible tratarlo como a un paciente normal en el consultorio, mientras que aquellos tan severamente impedidos, física y mentalmente, como para estar internados en instituciones, sólo son adecuados para extracciones y un buen cuidado con relación a su higiene bucal. Es a quienes se encuentran entre esos dos extremos que debe dirigirse la atención odontológica especial. Si un niño está en condiciones de asistir a una escuela o centro especial, entonces se le puede ayudar.

El niño con algún grado de complicación en la cabeza o el cuello, presenta problemas para su atención odontológica y quizás las dificultades sean de orden mental, físico y dental.

EXAMEN:

Debe estimularse al paciente para que se relaje, explicando y demostrando primero todas las acciones propuestas.

Los movimientos repentinos pueden precipitar una acción muscular y por eso es esencial un acercamiento suave. En el caso del niño espástico, el intento de abrir la boca puede producir una contracción muscular intensa, pero si el odontólogo le enseña a hacerlo con presión suave, a veces se puede vencer esa contracción. No hay que poner los dedos entre los dientes en los casos en que los maxilares pueden contraerse, salvo que se use un protector digital metálico. Un dedal puede ser útil, pero debe ser de acero y no de algún metal más blando. Es aconsejable agregarle un trozo de cadenita o un cordón, perforando un pequeño orificio con una fresa cerca del borde, de manera que si se sale del dedo no hay peligro de que se trague. En esos casos, un espejo de vidrio puede resultar peligroso para el paciente, porque si se astilla, puede no ser posible recobrar los trozos de vidrio sin hospitalizar al niño y sin anestesia general. Es aconsejable un espejo de acero.

Hay que tener cuidado en la colocación de un explorador agudo para que, si se cierra la boca intempestivamente, la punta no constituya un riesgo para los tejidos blandos. Las películas radiográficas son difíciles de ubicar y mantener sin movimiento, y quizás habrá que omitirlas, aunque posiblemente las interproximales puedan tener mejor éxito. De ser así se puede simplificar mucho el descubrimiento de caries intersticiales.

ENFERMEDAD PERIODONTAL:

El tratamiento de la enfermedad periodontal se basa en métodos

normales, y los niños que están tomando dilantin sódico pueden presentar uno de los problemas más grandes en virtud de la gingivitis hiperplástica resultante.

En los casos graves, la consulta con el médico puede significar la posibilidad de un cambio de la droga. Algunos de esos pacientes pueden haber tenido una dieta mal balanceada, especialmente con exceso de carbohidratos. Si existe enfermedad periodontal marcada, habrá que considerar con el médico una suplementación vitamínica.

ORTODONCIA:

El tratamiento ortodóncico sencillo debe realizarse siempre que sea posible dentro de los límites de la tolerancia del paciente, y no olvidando los riesgos de roturas en algunos de los casos. La consulta con un ortodoncista sobre tratamiento de compromiso suele ser útil.

PROTESIS:

Cuando se considera necesario y aconsejable colocar una prótesis su diseño quizás deba ser un compromiso, tanto a nivel de eficacia como de aspecto. El odontólogo también debe tomar en cuenta el manejo y la posibilidad de reemplazo frecuente.

El odontólogo puede ser invitado a ayudar en la rehabilitación de un paciente cuadripléjico con la construcción de una pieza bucal para sostener una herramienta.

Se hace de acrílico y se parece a un aparato de Andresen. Después de las impresiones en algimato y un registro de la mordida, se hacen los modelos en yeso piedra y se articulan en oclusión. Se eliminan las retenciones y se tallan en cera bloques de mordida con una cubierta oclusal plana pero delgada. Se procesan en acrílico por separado y luego se ajustan en la boca adaptándolas según necesidad. Las superficies oclusales se desgastan

hasta que la separación vertical de los dientes se reduzca aproximadamente a 1,0 mm. Se juntan con cera dura y se retiran de la boca. Se completa la unión de los bloques de acrílico con acrílico de curado en frío. Las superficies anteriores del aparato entre los labios puede construirse ahora con acrílico de curado en frío, como un sostenedor para el instrumento requerido.

Se puede hacer en forma de un prisma para presionar las teclas de una máquina de escribir, en cuyo caso se perfora con fresa la extensión de acrílico en la angulación requerida, habitualmente a unos 45° debajo de la horizontal, para insertar el prisma. Otra posibilidad consiste en perforar el acrílico por completo para pasar una pajilla, de manera que el paciente pueda alimentarse solo, además de entrenar y ejercitar los músculos en la succión y el soplido.

PREVENCION:

La prevención de la caries en estos pacientes es tan importante que debe recomendarse el aporte de tabletas con fluoruro en las áreas no fluoradas comenzando tan pronto como el síndrome es evidente. Pueden tomarse fácilmente en la dosis recomendada cuando se las disuelve en determinada bebida como en jugo de naranja.

CONCLUSIONES:

Es de suma importancia el considerar que el "miedo" representa para el odontólogo el principal problema en el manejo del niño; la influencia de los padres y del medio en que se desenvuelven son determinantes para que los pacientes infantiles sean o no cooperativos.

La percepción de sensaciones dolorosas y las reacciones a ellas son determinadas en gran medida por la ansiedad y el "miedo", especialmente en niños, cuando existen circunstancias de apremio. La ansiedad y el "miedo", preceden y siguen a las experiencias dolorosas.

Está aceptado que la preparación anticipada del niño antes de la primera visita con el odontólogo da por resultado un mejor comportamiento en el consultorio.

Los temores objetivos pueden ser de naturaleza asociativa: Temores dentales pueden asociarse con experiencias no relacionadas, es decir, un niño que ha sufrido dolores infligidos por personas de blanco -en un hospital-, puede desarrollar un miedo intenso a los uniformes de los dentistas, y por consiguiente temer al tratamiento dental.

El miedo hace descender el umbral del dolor, de manera que cierto dolor producido durante el tratamiento resulta aumentado y lleva a aprensiones mayores.

El niño deberá conocer de manera general los procedimientos que se le harán, así como el equipo antes de la primera visita dental. En la odontología actual, no se debe infligir dolor innecesario.

Un niño que está físicamente sano, con funciones endócrinas normales, responderá de manera más activa que el niño con hipofunciones glandulares.

El niño mentalmente alerta, responderá más inteligente y de manera rápida que individuos retrasados mentalmente.

El odontólogo que atienda a niños, debe tener presente en primer término:

Que la edad cronológica del niño no corresponde en ciertos casos con la edad mental, de ahí que la capacidad emocional de cada individuo es diferente ante situaciones particulares -como la visita al dentista- y también difiere con la de otros niños.

En términos generales, el manejo correcto del niño en el consultorio odontológico se basa en:

Conocimientos, sentido común y experiencia.

El conocimiento emocional en el manejo correcto del niño es un requisito básico para atenderlo en forma adecuada ya que de ello dependerá que no se produzcan trastornos emocionales que repercutan en aversión a la Odontología o a otros odontólogos.

El odontólogo debe valorizar que el método psicológico utilizado para el control de la conducta en el consultorio, debe ser considerado antes que la premedicación, ya que esta medida se utiliza en casos especiales.

Hacer énfasis en que uno de los aspectos más importantes en la orientación de la conducta del niño el miedo al dolor es muy objetivo.

En caso de emplear la premedicación en el niño habrá que considerar ciertos factores:

La edad, peso, actividad física y mental y otros como su alimentación.

El niño con síndrome de Down que se considera con un coeficiente de inteligencia aceptable puede ser tratado en el consultorio en forma adecuada para procedimientos conservadores.

El estado periodontal constituye la dificultad principal en el logro de la salud dental, en estos niños con Síndrome de Down.

El odontólogo que acepta a un paciente con parálisis cerebral en su consultorio:

Debe poseer ciertos conocimientos básicos médicos relacionados con el tipo de retraso, así como sus patrones de conducta, esto se lo proporciona el médico general que está tratando posiblemente al paciente.

Las emociones del niño con parálisis cerebral no difieren mucho de las del niño normal, excepto que los cambios emocionales dan lugar a una mayor tensión muscular y espasmos en los espásticos.

Los niños con parálisis cerebral por su falta de maduración emocional, son más propensos a sufrir un "stress" que los niños normales.

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

1. FINN Sidney, B.
Odontología Pediátrica.
1976.
2. Mc. DONALD.
Odontología para el niño y el adolescente.
1971.
3. WATSON Robert, I.
Psicología Infantil.
1974.
4. JERSILD, Arthur T.
Psicología del niño.
1968.
5. JERSILD Arthur, T.
El niño en la escuela.
1964.
6. GESELL, A.
El niño de cinco a diez años.
1946.
7. GESELL, A.
El niño de siete a ocho años.
1946.
8. YARROW, L.J.
El período de la infancia.
1960.

9. HURLOCK, E.B.
Desarrollo psicológico del niño.
1978.
10. RAND, Sweeney y Vincent.
Crecimiento y desarrollo del niño.
1963.
11. HOBERBOOM, F.E.
Odontología Infantil e Higiene Odontológica.
12. SAYTOS y Sotres, Jesús L.
Psicología aplicada a la odontología.
1966.
13. SILVA Muñoz, Beatriz.
Aspecto general sobre odontología infantil.
1958.
14. MINK, John R.
Odontología Pediátrica. (En clínicas odontológicas de Norteamérica).
Ene. 1973.
15. FOX, Lawrence A.
Odontología para el niño incapacitado.
Jul. 1974.
16. GOTH, Andrés.
Farmacología médica: principios y conceptos.
1973.
17. PEYROSE, Lionel Sharples.
Síndrome de Down (mongolismo).
1978.

18. SMITH, David W.
El niño con síndrome de Down. (mongolismo).
1976.
19. SMITH, G.F. y BERG, J.M.
Síndrome de Down (mongolismo).
1978.
20. WEYMAN, Joan.
Odontología para niños impedidos.
1976.
21. BUSH, Thrasher Carole.
La odontología infantil en parálisis cerebral.
1962.
22. Apuntes y experiencia personal en Odontopediatría.
Clínica Padierna Contreras.
1981/1982.