

2ej 197



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA - U.N.A.M.

CARRERA DE ODONTOLOGIA

**TESIS DONADA POR  
D. G. B. - UNAM**

PSICOLOGIA APLICADA A LA  
ODONTOLOGIA INFANTIL

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A :  
MA. ALMA DELIA MENDEZ BELLO

SAN JUAN IZTACALA, EDO. DE MEX. 1978



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# I N D I C E

## PROLOGO

### Capítulo I FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO.

#### A) Desarrollo Psicológico

1. Patrones de conducta a diversas edades

2. Actitud de los padres hacia el niño

a) Sobreprotección

b) Rechazados o No deseados

c) Hijo único o Adoptado

d) Repulsa

e) Celo excesivo

f) Autoridad excesiva

g) Ansiedad excesiva

h) Identificación

3. Preparación del niño para el tratamiento odontológico

4. Comportamiento de los padres en el consultorio dental

a) Instrucciones a los padres de familia

#### B) Ambiente Odontológico

1. Comportamiento del odontólogo

a) Conocimiento acerca del paciente

b) Conversación del Odontólogo y el Uniforme

c) Ordenes Versus Sugerencias

- d) Razonabilidad y Autocontrol del dentista
  - e) Uso de la Admiración, la Recompensa y el Soborno
  - f) Empleo de palabras Atemorizantes
2. Comportamiento de la Asistente Dental
- a) Cualidades y Requisitos fundamentales
  - b) Contacto con el paciente en la sala de espera
3. Sala de Recepción
4. Consultorio

## Capítulo II CARACTERÍSTICAS QUE ADAPTAN LOS NIÑOS EN EL CONSULTORIO DENTAL.

### A) Conducta del niño en el Consultorio Dental

1. Tímido y Vergonzoso
2. Temperamental
3. Ansiedad
4. Incorregibles
5. Temor - Miedo
6. Cooperadores o Sociales
7. Otras conductas infantiles

## Capítulo III MENEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

### A) Modos de tratar al niño

1. El método del no hacer

2.El método de la aplicación frecuente del estímulo

3.El método del ridículo

4.El método verbal

B) Técnicas para el manejo del niño

1.Estructuración

2.Tranquilización

3.Control de voz

4.Restricción o Terapia de Sorpresa

5.Premedicación y Postmedicación

6.Anestesia General

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

## PROLOGO

## P R O L O G O

El fin de esta tesis es la de explicar ciertos conocimientos acerca de las adecuadas relaciones que deben existir entre el cirujano dentista-niño-padres, y dar a conocer los problemas emocionales de los niños durante las sesiones de trabajo y ofrecerle al odontólogo una visión profunda de las influencias paternas que pueden producir ansiedades infantiles desfavorables.

También presento algunos de los aspectos más comunes = sobre el comportamiento del niño y su manejo en el consultorio de acuerdo a diversas situaciones de parentesco, emocionales y = de edad.

Pienso que el conocimiento de la psicología aplicada a la odontología infantil es vital para obtener una buena relación dentista-niño-padres. Así como una buena orientación odontológica de los padres hacia el niño es fundamental para su buen comportamiento como para una buena atención dental.

Conocer la psicología del niño nos conducirá a un buen == ejercicio de la misma y, saber que en la etapa infantil se inte== gran las bases o fundamentos de una buena salud dental para los subsecuentes años de la vida, se debe tomar en cuenta que el ni ño de hoy es el adulto del mañana y que un tratamiento adecua= do y exitoso redundará en beneficio del paciente, pues en trata== mientos posteriores no existirá temor ante el dentista. En la ==

misma forma será benéfico a la comunidad y al prestigio de la =  
profesión odontológica.

Al tratar al niño en forma honesta como una persona, co  
mo un ser que piensa y siente será la base de poder rehabilitar  
odontologicamente a nuestros pequeños pacientes.

En mi experiencia adquirida por trabajos realizados en ==  
odontología infantil me he dado cuenta que el verdadero niño pro=  
blema es la excepción, pero si habrá casos en donde encontremos  
niños que requieran una atención especial por parte del odontólo=  
go.

Pocos padres són los que comprenden que el mentirle al  
niño respecto a la odontología presentan una desventaja al odontó  
logo, así como presentar un niño ansioso, asustado o temeroso. =  
Los padres esperan que atendamos a sus hijos sin entender que =  
un niño en esas circunstancias sólo le estamos provocando un da  
ño psicológico.



## CAPITULO I

### FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO

## FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO

### A) Desarrollo Psicológico

Desde hace muchos años se sabe de la importancia de la boca y los dientes en el desarrollo psicoemocional del individuo y la vigencia permanente de las emociones y fantasías vinculadas a estos órganos como causa de fondo en el rechazo y resistencia al odontólogo y sus procedimientos. No es difícil aceptar esa prioridad y singularidad de la boca si pensamos que sólo por ella puede el ser humano superar la tremenda conmoción psicológica del nacimiento. Viene ya dotado de un mecanismo de succión que le permitirá, con todas las adaptaciones necesarias, volver a unirse con su madre. El recién nacido tardará meses en reconocer el seno materno como algo separado de su propio ser y a su madre como adulto diferenciado. Si sus tensiones internas (hambre) son calmadas prontamente, la imagen de la madre buena, gratificadora, será introyectada junto con el alimento.

La aparición de los dientes plantea una nueva separación de la madre; Arminda Aberastury realizó valiosos aportes con el estudio de las fantasías destructivas estructuradas durante la fase oral sádica del desarrollo emocional y la influencia que pueden tener los llamados "trastornos de la dentición" como una forma de liberar las tensiones que dificultan la elaboración de la pérdida del pecho materno.

No cabe duda que la confusión de sentimientos hacia los dien

tes, hacia la madre que retira el seno tiene que dejar una huella == profunda.

No nos extrañe que la proyección en el odontólogo constitu= ya la base de muchas tensiones y ansiedades "inexplicables" en el = sillón dental.

Todo cuanto llevamos dicho no significa que el odontólogo de= ba dejar de serlo y convertirse en psicólogo. La psicología pro== funda viene a reforzar el sentido común no a reemplazarlo. Todo = este conocimiento sirve para que aprendamos a aceptar al niño tal = como es, a respetar sus sentimientos, a comprender que su conducta puede estar motivada por factores no superficiales.

El modelo de comportamiento de un niño esta regido por su = herencia física y mental, y a medida que se desarrolla, por el con= dicionamiento que recibe al entrar en contacto con el medio. La = herencia no es posible modificarla, el comportamiento consecuen= cia del medio sí puede alterarse, se puede controlar y desarrollar= de manera que el niño crezca y llegue a tener una personalidad bien encajada, adecuada para la sociedad en que se encuentra.

Uno de los ajustes necesarios que todos los niños deben lo= grar es el de generar un modelo de comportamiento que sea social= mente aceptable y que satisfaga sus necesidades físicas y emocionales. Una de las necesidades físicas podría ser su atención odontológica.

El que los niños acepten tratamientos dentales de buen grado o lo rechacen totalmente dependerá de la manera en que han sido condicionados. El condicionamiento emocional de los niños hacia la odontología, al igual que hacia las otras experiencias que forman la niñez, se forma primordialmente en casa y bajo guía paterna.

Cuando el desarrollo ha sido exitoso culmina bien la madurez individual.

#### 1. Patrones de conducta a diversas edades.

A continuación mencionaremos diferentes etapas del desarrollo psicológico en condiciones normales de un niño:

##### A-Periodo Prenatal, el Nacimiento y Periodo Neonatal, .

El niño desde el momento en que nace trae consigo un pasado que puede dividirse en tres partes:

##### 1. Un pasado distante.

Por medio de sus genes adquiere características de sus generaciones pasadas, los cuales le van a determinar su carácter o temperamento.

##### 2. Un pasado reciente.

Nueve meses dentro del cuerpo de la madre, del cual no sabemos la importancia en su vida emocional.

### 3. Más reciente.

El periodo de longitud variable, que lo pone libre, pero débil en sus respuestas a determinados estímulos.

#### B-Primeros Meses

El desarrollo en los primeros meses es más rápido que durante cualquier otro período de la vida.

La indulgencia de la madre en esta edad constituye un aliciente contra las muchas impresiones nuevas y extrañas y le ayuda en su asimilación o adaptación.

Una mujer que recibe el apoyo necesario de su medio ambiente o externo, en el cual muy marcadamente influye su pediatra, intuitivamente acelerará el equilibrio, estímulo y la no interferencia requerida por su niño.

#### C.-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 conducta y grado de desarrollo que puede esperar a esa edad, y procurará determinar si el niño se está desarrollando según la norma.

A los dos años, los niños difieren muchísimo en la capacidad de comunicación, sobre todo porque existe una diferencia consi

derable en el desarrollo del vocabulario a esa 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.

El niño de dos años esta en la etapa precooperativa; prefiere jugar con sus padres, pues no ha aprendido a jugar con los otros niños. Goza de toda clase de maniobras corporales: Ser balanceado de un lado a otro, cabalgar en las rodillas en los momentos más tranquilos, le gusta sentarse en el regazo del padre, a menudo investigan los rasgos de los mayores, su cabeza y sus orejas, pueden mirar con susto dentro de la boca de la madre y tocar sus labios y dientes de manera cautelosa; pues esta zona es especialmente terrible, porque através de ella las cosas se despedazan y desaparecen.

Al niño de dos años el odontólogo le debe permitir que sostenga el espejo, sienta la tacita de hule. Al realizarlo tendrá una mejor identificación de lo que el dentista intenta hacerle.

Puesto que a esa edad el niño es tímido con la gente y los lugares extraños, casi sin excepción deberá pasar acompañado al consultorio.

D-Tres años.

El niño de esta edad está bien equilibrado; el odontólogo suele comunicarse y razonar con más facilidad durante la experiencia odontológica.

Sus relaciones personales son más flexibles, a menudo disfrutará contando historias al dentista y sus asistentes. En esta etapa, el personal odontológico puede comenzar a servirse de un abordaje positivo.

Hymes informó que un niño de tres años y menos, en situaciones de stress o cuando se le 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 alguien y se sienten más seguros si se le permite que el padre permanezca con él hasta que conozca bien al personal y los procedimientos.

E-Cuatro años.

El niño de cuatro años entra en un período de conflictos muy marcados y de inestabilidad emocional. A esta edad, la válvula de seguridad que es la fantasía es importante por ser un mecanismo de protección.

A esta edad los niños se hacen cada vez más expresivos, alegres y vivarachos, hablan de sus piruetas imaginativas como si fueran reales, su vocabulario al igual que sus intereses, aumenta.

Más o menos para esta época comienzan a preguntar y pe=

dir explicaciones. Es la edad de la curiosidad innata del "como y por qué" de las cosas. Estas preguntas pueden ser extremadamente tediosas y cansadoras, pero están, en verdad, motivadas por ingenuidad y deseos de conocer. El niño escuchará con interés las explicaciones y normalmente responderá bien a las indicaciones verbales.

En algunas situaciones, el niño de cuatro años puede tornarse bastante desafiante y recurrir al empleo de muchas y malas palabras. Sin embargo, la criatura de cuatro que haya vivido una vida familiar feliz, con un grado normal de educación y disciplina, será un paciente odontológico muy cooperador.

F- Cinco años.

Es una especie de edad de oro tanto para los padres como para los niños mismos.

Es un niño docil, obediente, cariñoso, le gusta ayudar. Las decisiones no son muy difíciles de tomar. Todavía pregunta el "como y por qué" de las cosas.

El niño de cinco 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 sociedad están mejor definidas y el niño no suele sentir temor de dejar al padre en la sala de recepción.



Durante esta etapa de su vida, se procurará quitársele todos aquellos "malos hábitos" que haya adquirido en las etapas pasadas. Al decir malos hábitos me refiero a: Morderse las uñas, chuparse = los labios, chuparse el dedo, etc., se le quitarán no por medio de = regaños o castigos, sino buscando las causas psicológicas que los == hayan originado.

#### G-Seis años .

La mayoría de los niños de esta edad, cambian completamen= te a como eran a los cinco años, se separan de los lazos muy estre= chos de la familia. Són niños irritables, rebeldes, peleadores y fácil= mente excitables.

Algunos niños de esta edad, tienen temor a los traumatismos de su cuerpo, producen una respuesta desproporcionada con la causa.

En esta etapa el niño sufre cambios tanto somáticos como == psicológicos; es una edad "transición" están desapareciendo los dien= tes de leche, aparecen los primeros molares permanentes, incluso = la química del cuerpo sufre cambios útiles que se refleja en un aumen= to de la susceptibilidad a las enfermedades infecciosas.

Con la debida preparación para la experiencia odontológica, = se puede esperar, sin embargo, que el niño de seis años responda = de manera satisfactoria.

#### H-Siete años

El niño ha mejorado su capacidad para resolver temores, aunque parezca alternadamente cobarde o valiente.

Está en la edad de las preocupaciones, pero esta 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 le está realizando.

Al niño de siete años le agrada que se le reconozca su buen comportamiento.

#### I-Ocho años

El niño ha aprendido a tolerar situaciones desagradables y muestra marcados deseos de ser obediente.

Presenta objeciones a que la gente tome a la ligera sus emociones. No le gusta que lo fuercen, que se hagan injusticias o que lo mimen.

#### J-Nueve años

Ya razona y colabora mejor, hay un campo más amplio de intereses y podemos platicar con él.

K-Diez años.

Es cuando ya empiezan a imitar la actividad de los adultos y aceptan el tratamiento dental.

## 2. Actitud de los padres hacia el niño.

A continuación se explicarán las actitudes de los padres a hijos siendo las más íntimas y, las más potentes en la determinación del comportamiento emocional del niño.

Si las actitudes de los padres no son las apropiadas, el comportamiento del niño puede alterarse para convertirlo en un paciente dental poco satisfactorio. Por otra parte, si las actitudes paternas ha sido sanas, sus hijos estarán adecuadamente criados, se portarán bien y serán buenos pacientes dentales, por lo tanto las actitudes son las que van a determinar el comportamiento emocional del niño.

Lo primero que un niño necesita es cariño; la disciplina y la rigidez les impedirán desarrollarse. Un exceso de control no hace que el niño sea más disciplinado o tranquilo. Un exceso de control, de mal llamada disciplina provoca reacciones negativas en los niños.

Un niño tratado con agresividad se vuelve retraído, puede que se aisle y eso no es sano, aunque aparentemente sea menos mo

lesto que el niño que responde con igual o mayor agresión.

No se puede esperar que un niño forme una responsabilidad = aceptable propia si los padres están tratando de resolver sus pro= pios conflictos a través de él.

Algunas de las actitudes extremas del comportamiento pater\_ no hacia el niño son las siguientes:

#### a) Sobreprotección .

Como se sabe todo niño tiene necesidad de amor y protección.

Sin embargo, a causa de una cantidad exagerada de factores = emocionales, la actitud protectora de los padres puede tornarse exce\_ sivas e interferir en la educación normal del niño.

Por lo general, el niño sobreprotegido no puede usar su pro= pia iniciativa ni tomar decisiones por sí mismo.

Esta excesiva protección materna puede manifestarse ya por un dominio extremado, ya por una extremada indulgencia.

Según Bakwin y Bakwin pareciera que no existe el feliz medio entre ambas actitudes. Que un padre sea dominante o indulgente en = exceso depende de la disposición innata de la criatura y de cómo == reaccione a los primeros comportamientos de la madre con él.

Los hijos de padres dominantes suelen ser de voluntad débil, mientras que los hijos de padres débiles e indulgentes se tornan hós\_ tiles e intratables.

Los padres dominantes suelen presentar hijos que son muy tímidos, sumisos, temerosos, humildes, no son agresivos pero tienen muchos temores y angustias.

Son pacientes ideales, pues son obedientes, educados. Sin embargo, el odontólogo debe romper y traspasar la "barrera de la timidez" para lograr la confianza del niño en que será un buen paciente dental. Los padres en exceso indulgentes suelen hacer que a sus hijos les resulte difícil adaptarse al medio social, puesto que se les hace sentir superiores a los demás se vuelven desconsiderados, egoístas y tiránicos, son niños malcriados y, aunque no incorregibles bastante difíciles de manejar en el consultorio dental, en la mayoría de los casos es preciso utilizar la fuerza para lograr su cooperación.

#### b) Rechazados o No deseados.

Estos niños no sólo sufren por la falta de amor sino también por ser tratados con evidente burla y aun con violenta brutalidad. No es raro que estos niños generen entonces una falta autoestima y un sentimiento de desolación que los lleve a profundas angustias. No tienen seguridad en su hogar y, por lo tanto, se tornan desconfiados agresivos, desobedientes y sobreactivos; indeseables para los demás niños de su edad y tratan de buscar la compañía de los que se les asemejan.

En el consultorio dental puede resultar difícil de dominar este niño. En muchas ocasiones el niño rechazado se porta mal para llamar la atención sobre sí mismo y por las atenciones deberá recibir las sólo cuando se esté portando bien y deje de comportarse incorrectamente. Se les debe enseñar que en condiciones de buen comportamiento el tratamiento dental les resultará mucho más grato.

c)Hijo único o Adoptado.

Este niño es tratado con excesiva indulgencia y son contenciosos, desobedientes, egoístas, tendientes a los accesos de mal humor.

Si estos niños son tratados con actitudes paternas moderadas, pueden resultar hijos con buen ajuste.

d)Repulsa.

Los padres de moderada indiferencia tienen hijos que se sienten inferiores y descuidados, se sienten inseguros de sí mismos y de su ubicación en la sociedad, no quieren cooperar, no demuestran amor a nadie, ni interés por lo que lo rodea.

e)Celo excesivo.

Esta actitud se caracteriza por una preocupación excesiva por el niño, suele estar asociada a exceso de afecto, de protección

y de indulgencia. Estos niños suelen ser tímidos, vergonzosos y miedos e incapaces de tomar decisiones por sí mismos.

Por lo general son buenos pacientes odontológicos cuando se les exhorta a que así lo sean.

#### f) Autoridad excesiva.

Los padres que presentan esta actitud a sus hijos exigen de ellos una responsabilidad excesiva que es incompatible con su edad cronológica. Son incapaces de aceptar al niño tal como es, sino que lo colocan sobre una base de competencia con otros, mayores o más adelantados. Fuerzan al niño en un intento de educarlo, siendo por lo general demasiado críticos, estrictos y aún manifestando una repulsa.

Es usual encontrar que un padre es sobreautoritario mientras que el otro porta un papel más pasivo.

Debido a esta actitud suelen provocar en los niños sentimientos de evasión y resentimientos, sumisión e inquietud.

Son buenos pacientes dentales siempre y cuando se les brinde bondad y consideración.

#### g) Ansiedad excesiva.

Se establece más frecuente cuando ha habido serias enfermedades o muerte entre los miembros de la familia.

Es usualmente asociada con sobreafección, sobreprotección y sobreindulgencia, pero también puede ocurrir sin éstos.

Como esta condición es un resultado de una inquietud parental sobre salud y bienestar, el niño es generalmente tímido, miedoso, vergonzoso y cobarde.

#### h) Identificación.

Algunos padres procuran vivir sus propias vidas a través de sus hijos.

En la niñez el niño es considerado casi perfecto y procuran brindarle todas las cosas que a ellos les fueron negadas. Si el niño no responde en forma favorable el padre manifiesta un abierto disgusto, y el niño como observador notará y experimentará sentimientos de culpa que reflejará en timidez, aislamiento e inseguridad y lloran con facilidad. Estos niños en el consultorio dental se portan del mismo modo que los hijos de padres dominantes y deben ser tratados de igual manera.

### 3. Preparación del niño para el tratamiento odontológico.

El adoctrinamiento sobre odontología consiste esencialmente en enseñar al niño a encarar una situación nueva y a seguir las instrucciones del personal odontológico.

Uno de los obstáculos más grandes para el tratamiento den



tal es la imagen falsa que tiene el niño respecto del ambiente de la práctica odontológica y la manera del tratamiento. El odontólogo deberá permitirle al niño que vea con "sus propios ojos" cómo es un consultorio y el medio, como por casualidad; pero al mismo tiempo tratando de gravar en el niño la necesidad y la importancia de la situación. Tal visita debe ser muy atractiva para el niño, y llena de impresiones agradables. El primer objetivo consiste ante todo en liberar al niño de la angustia ante el tratamiento odontológico, mediante una charla sobre diversiones, deportes que interesen al niño, creando a la vez un ambiente de confianza, y hacerle sentir que el odontólogo y sus asistentes son sus amigos y están interesados en ayudarlo.

Si la visita no resultó desagradable sino interesante y atractiva, el niño, la próxima vez, ya vendrá más interesado y tranquilo a la cita con el dentista.

Todo niño recibe mucho antes de que pise por primera vez un consultorio, informaciones sobre el tratamiento odontológico; estas experiencias transmitidas, indirectamente son por lo regular desfavorables porque la mayoría de la gente tiene miedo al tratamiento odontológico.

Más deprimente aún, es el resultado cuando los niños intercambian sus impresiones entre sí. Sus descripciones son adornadas

a veces con detalles fantásticos, de modo que las "torturas" del =  
tratamiento dental adquieren contornos terroríficos en la mente del  
niño todavía no tratado.

Los factores determinantes de la actitud del niño ante el tra=  
tamiento odontológico, son los siguientes:

A) Factores favorables

- a) Medios educativos sobre la salud
- b) Influencias positivas de los padres u otras personas
- c) Buenas experiencias personales en el consultorio dental

B) Factores desfavorables

- a) Haber escuchado experiencias desfavorables
- b) Manifestaciones de abierto rechazo de los padres u otras personas
- c) Experiencias desfavorables propias en el consultorio dental.

La preparación del niño para el tratamiento odontológico es =  
responsabilidad exclusiva de los padres. Ellos deberán aceptar esta  
obligación como un deber paternal. Para esto los padres debieran =  
poseer algunos conocimientos acerca del tratamiento odontológico, =  
ya que el desacuerdo y la torpeza de los padres al contestar a las pre=  
guntas puede tener como consecuencia que el niño adquiere una actitud  
temerosa ante el tratamiento odontológico o se vea confirmado en sus=  
sospechas anteriores.

La educación de los niños acerca del tratamiento odontológico

debe contener las siguientes enseñanzas fundamentales que deben ser aplicadas según la edad:

1. La higiene de la boca es de importancia para la conservación de la dentadura y de la salud general.
2. Una dentadura sana y bien conservada es uno de los factores más importantes para la belleza de la cara;
3. Es imprescindible visitar al dentista, quien examina los dientes y repara todos los daños;
4. La eliminación oportuna de lesiones pequeñas, pueden hacerse prácticamente sin dolor.
5. El examen odontológico requiere sólo poco tiempo.

Por otra parte, debe aceptarse el aprendizaje infantil como == proceso irregular, con ascensos y mesetas, y quizás hasta periodos de descensos. Este proceso irregular está por supuesto, relacionado con los cambios ambientales y los estados psicológicos.

Hay cantidad de situaciones que pueden influir sobre el proceso del aprendizaje. No obstante, hay una de la cual el odontólogo debe tener conciencia; un estado de enfermedad física prolongado, o el encierro por mucho tiempo en el hogar o el hospital, pueden influir mucho con el proceso del aprendizaje. El periodo de actividad y socialización interrumpido crea un esquema anormal. La mayor parte de los niños con una historia de enfermedad prolongada son bastante cooperativos. Pero

presentan grados variables de rechazo que dependen del estado de =  
ansiedad creado en el hospital o en el hogar por poderes sobrepro=  
tectores o angustiados.

#### 4. Comportamiento de los padres en el consultorio dental.

Brauer (1964) sostiene que "ejercer odontología para niños  
sin evaluar al padre, sin la participación del padre y sin su con=  
fianza sólo puede resultar en fracaso".

McBride(1947), menciona cuatro categorías de padres en el  
consultorio El que distrae, el seudocooperador, el que da coraje y  
el que extiende simpatía .

El objetivo del odontólogo es valorar y comprender las rela=  
ciones y sentimientos de los padres hacia el niño, para dar un ==  
buen enfoque al tratamiento que recibirá el pequeño .

Si queremos tener buenos pacientes infantiles primero debe=  
mos educar a sus padres. Un odontólogo que no logra hacerlo no ==  
esta empleando todos los medios a su alcance para la atención del =  
niño.

El pequeño imita siempre al adulto porque es su modelo. Lo  
que más indisciplina al niño es cuando le dicen que se comporte de=  
una manera, y ve que los mayores hacen otra cosa; ese en el caso =  
en que no sabe que debe hacer.

Hay que tener paciencia al educar al niño, siempre hay que conservar la calma. Así se le ayuda a desarrollarse, a ir teniendo un gradual autocontrol, a tener capacidad de esperar, de escuchar de observar.

Toda esa actitud paciente será imitada y el clima de tranquilidad favorece la conducta ajustada del pequeño. La paciencia se educa.

En un estudio reciente Shoban y Borlay comunicaron que el temor a la odontología en los adultos estaba más basado en lo que habían escuchado de ella a sus padres que en ninguna otra causa.

Si la relación padres-hijos es correcta, la relación dentista paciente suele ir bien; cuando el niño se siente querido y respaldado por sus padres, y por la confianza que le demuestra el profesional al niño no le será difícil superar las inquietudes que se tienen al acercarse a la situación odontológica.

El padre de familia debe depositar su completa confianza en el odontólogo y debe confiarle también el niño a su cuidado y proporcionarle todos los datos que le sean necesarios.

Psicológicamente es considerado un mal momento el llevar al niño con el dentista cuando presenta algún dolor u otra molestia en su boca.

Considero oportuno que los padres no entren al consultorio

dental, "hacerles saber que no es porque constituya un problema sino porque se puede trabajar más eficazmente sin ellos", (Schour 1964), la mayoría de los niños se desenvuelve y se comporta mucho mejor lejos de sus padres, a excepción de la primera visita y si los niños son demasiados pequeños la madre le proporcionará la confianza que necesita en ese momento ya que al ver la silla o la unidad tampoco familiares, con sus extrañas proyecciones, pueden inspirarle miedo.

Si el niño entra solo al consultorio, pasará por un trance de desorientación mental, el cual será propicio al dentista para ganar así la confianza del pequeño, cosa que si lo acompañan sus padres no será posible.

Si se invita al padre a pasar al consultorio deberá permanecer sentado o de pie pero lejos del sillón dental, como un simple espectador. Con sentido del humor, Kent, citado por McBride(1947) dijo "Un día de laringitis parental podría ser útil en cualquier familia con niños pequeños. Cuando sus cuerdas vocales están inflamadas, usted no puede regañar, reprender, amenazar, mandar, halagar o decir cualquiera de las palabras que crean antagonismos. Si se presenta tal día de disfunción laríngea, sería idealmente aceptable para la cita de odontológica de Jaimito", nada más perturbador para el manejo exitoso del niño el hecho de que el padre le esté dando una falsa información o que le esté demostrando su compasión.

a) Instrucciones al padre de familia.

En un intento por lograr la cooperación de los padres y = facilitar la labor con niños, podemos recurrir a instrucciones es critas, audiovisuales o por medio de pláticas entre odontólogo-pa= dres.

Un ejemplo de este mensaje será el siguiente:

"Padre de familia el buen éxito del tratamiento que ha de seguir su hijo, depende mucho de su cooperación. Usted, su hijo y Yo trabajaremos en armonía:

1. No engañe a su hijo.

Dígale que le lleva con el dentista, hágalo tranquilamente, sin darle trascendencia. Explíquese que el dentista, como el doc\_ tor como el maestro, son personas que se preocupan por su sa= lud física y mental y por su educación. Al explicarle no mues= tre un exceso de simpatía, temor o recelo en su voz o en su = conducta.

2. Nunca utilice a la odontología como castigo.

El castigo está relacionado en la mente del niño con lo = desagradable y el dolor .

3. No soborne a sus hijos.

Los niños pueden entender que hay una posibilidad de pe=

ligro. Si usted le ha prometido alguna recompensa para mejorar su comportamiento trate de no mezclar al dentista.

Entendemos que la mejor recompensa que puede brindarse al niño es la aprobación de sus padres, y la nuestra, a la que == tiene derecho por haber logrado algo, no siempre es fácil o grata.

Dijo Bernard Shaw: 'El fraude piadoso es un intento de pervertir la cosa preciosa y sagrada que es la conciencia del niño para hacerla instrumento de nuestra propia conveniencia y = de usar ese terrible y maravilloso poder que se llama vergüenza para provecho propio''.

#### 4. permítale expresar su curiosidad

'El doctor te lo va a explicar con mucho gusto'. Siempre es preferible que los padres nos dejen responder a las preguntas del niño, dirigidas a ellos en voz baja.

#### 5. Permítale desenvolverse solo.

Seguramente lo logrará; el doctor está para ayudarle o solicitará su cooperación cuando sea necesaria.

#### 6. Déjelo solo en el consultorio.

Muchas veces, la mejor situación de tratamientos se alcan



za cuando el niño está solo en el consultorio con su dentista. Esto se logra paulatinamente. Favorezcalo con su actitud y confie en el profesional.

#### 7. No se inquiete si su hijo llora .

El llanto es una forma normal de reaccionar en el niño, en situaciones desconocidas o que teme. Su hijo no es un "hombrecito" o una "señorita". Es sólo un niño que puede estar muy asustado. Respete su temor.

Dice Dumbar "El niño debe tener libertad para llorar y debe recibir ayuda para que deje de hacerlo".

En general, nos ha resultado más sencillo resolver el problema del niño que llora que el que no expresa sus sentimientos de temor o ansiedad en forma abierta. O sea, del niño que "no sólo tiene miedo, sino que tiene miedo de tener miedo" Fischer.

#### 8. No se inquiete si la reacción de su hijo es aún más violenta.

Sin duda, tiene motivo. Siempre hay métodos para resolver su problema odontológico.

Ante un niño que patalea, grita, insulta, es necesaria una actitud de calma y comprensión. En caso de que no podamos comunicarnos con el paciente, queda para el tratamiento la anestesia general.

#### 9. Controle sus propios temores.

Debe disimular sus sentimientos de ansiedad, en particular en la expresión de su rostro.

Evite en presencia de su hijo el relato de episodios desagradables, truculentos y no permita que otros lo hagan.

En nuestros días han mejorado muchos los conocimientos acerca del manejo del niño y la superación de las técnicas operatorias que determinan que ningún niño tiene por qué temer al tratamiento. Se han hecho grandes adelantos con la anestesia moderna en el alivio del dolor en odontología; y por último

#### 10. Fomente la higiene bucal en su familia.

Se le recomienda que traiga a su hijo cada 6 meses para efectuar una limpieza bucal y control del tratamiento ya efectuado. Tenga en cuenta que una enfermedad dental que apenas empieza es más fácil de tratar, que cuando ya ha avanzado.

Agradeciendo desde ya su valiosa cooperación, le saludamos muy cordialmente".

## B) Ambiente Odontológico.

### 1. Comportamiento del Odontólogo.

Si nuestro objetivo como profesionales es brindar al niño un servicio de salud, y aceptamos que esto significa procurar su bienestar físico, emocional y social, si nos sentimos agentes de salud, estamos obligados a considerar algo más que sus dientes; porque además de la información física que el niño tiene de lo que pasa en sus dientes, que forma parte de su esquema corporal, también piensa en su diente, en el dentista y sus procedimientos (aspecto mental) y, lo que es muy importante, siente sobre lo que le sucede o puede suceder (aspecto emocional). Creemos que el problema fundamental consiste en solucionar la menor o mayor ansiedad que el niño trae al consultorio. "Para ser odontólogo no basta una información científica; se requiere también el arte de tratar a los seres humanos" ( E. Heinrich ).

El familiarizarnos con las presiones y problemas internos que pueden unfluir a una persona y afectar su conducta, nos permite ser más considerados con el paciente dental. Este conocimiento de las fuerzas internas subyacentes de la conducta nos enseña a ser observadores y perspicaces, y con práctica suficiente y esfuerzo continuo, podemos intuitivamente comprenderlos hasta el punto

de establecer simpatía con él. No solo sentimos por él sino también con él. Cuando se da cuenta de esto, se muestra cooperador y amable.

Tan básico como aceptar al niño es aceptarse uno mismo. Aceptarse denota entre otras cosas conocer de uno mismo las características de nuestra propia personalidad y tolerar nuestros defectos; obviamente uno no está preparado para tratar con éxito al niño. Todos nosotros, tenemos defectos personales. La crucial impresión es si nosotros podemos aceptar nuestros defectos y permanecer callados.

Tenemos que estar concientes de la personalidad, derechos y sentimientos del enfermo, para evitarnos muchos sucesos desagradables y peligrosos que podrían ocurrir.

Estas relaciones incluyen, la necesidad del ser humano de sentirse atendido en sus quejas, opiniones, necesidades y molestias, en pocas palabras, de ser respetado en su personalidad.

El odontólogo está expuesto, como cualquier otro médico a la recepción de todo tipo de temperamentos, bajo todas las circunstancias, pero más aún, cuando a estas variantes se añaden elementos de temor, aprehensión y prejuicios injustificados, creados por un ambiente inculto, que ha prevalecido a través de las generaciones. Pero todas estas causas suelen ser perfectamente conscien-

tes, se recuerdan y, por lo tanto, no resulta demasiado difícil al odontólogo genuinamente interesado en el niño, resolver el problema.

El dentista debe explicar al niño como al padre de familia el valor de los cuidados dentales adecuados. Debe convencer a los padres de que cuidados dentales eficientes en la niñez son una inversión para la salud futura; y que la buena odontología no tiene su base en el momento de que el paciente entra al consultorio y se sienta en el sillón dental, sino que empieza en casa con higiene bucal adecuada, una dieta sensata con restricciones de carbohidratos; la participación de los esfuerzos de la comunidad para fluorizar el agua y con el establecimiento de programas dentales tanto en las escuelas como en cualquier centro de salud.

Que el odontólogo no trate de esperar que el niño o el padre lo reciban favorablemente, salvo que como profesional esté convencido que la odontología para niños es esencial y este dispuesto a realizar todos los esfuerzos para brindar un servicio dental completo.

Es muy importante que al niño le inspiren confianza todos aquellos a quienes debe ver en el consultorio. Esto es la asistente, la recepcionista y el dentista mismo. Puesto que los niños son extremadamente sensibles para captar los sentimientos ocultos.

Si un odontólogo se dispone a aceptar pacientes infantiles debe estar seguro de que posee conocimientos suficientes de psicología infantil como para tratar a los niños sin producirles un trauma psicológico; también debe asegurarse de que sus colaboradores sientan y actúen con cariño hacia los niños, que sepan cómo tratarlos.

Es conveniente que la conversación que hace el odontólogo con el padre de familia, se lleve a cabo en el privado del consultorio con el fin de que el niño sienta que la falta de equipo dental imposibilita los procedimientos peligrosos que podrían haber existido previamente en su imaginación, oídos quizás de otros niños o asociados a experiencias previas. Así mismo al acercarse al niño, siempre debe de llamarlo por su nombre o diminutivo; si no lo sabe, pregúnteselo.

La actitud del odontólogo respecto al niño se reflejará en sus modales, su manera de expresarse, en su aspecto personal y en el carácter fuerte, positivo y simpático que unido a un buen cooperador es muy favorable en cualquier consultorio.

Con frecuencia tenemos la experiencia de encontrarnos con niños que se resisten pasar al consultorio y se toman del brazo de la madre; si el pedido verbal fuera ineficaz, el odontólogo deberá acercarse al niño en forma amistosa y pasarle los brazos

a su alrededor como en un movimiento de cariño; luego sosteniéndolo con firmeza, lo levantará. El niño debe sentir que usted es bastante fuerte como para sostenerlo y protegerlo, pero no como para hacerle daño.

A la hora que el cirujano dentista esté elaborando la Historia Clínica Infantil, es recomendable deslizar alguna pregunta al niño ya que si se le obliga a estar sentado, en silencio, sus pensamientos pueden derivar a lo que podría acontecerle en el sillón dental. Siempre que se acerque al niño hágalo con una voz que inspire confianza, con una cara amable, con un saludo cálido y amistoso pero con un modo llano. A los niños les gusta que les cuenten cuentos, tratarlos a cierta edad, de 6 años en adelante, como jóvenes y no como niños, a esa edad desearían ser mayores a las niñas les gusta que las halagen, y una de las recomendaciones que damos es que les digamos que lo que les vamos hacer es para ser más bonitas, como su mamá.

En todos los casos que se nos presentan se procurará ganar la confianza del niño y una vez logrado esto se hará salir a los padres del consultorio para manejar mejor la situación. Se procurará que el niño se familiarice con el equipo dental así como realizar un tratamiento indoloro o lo menos doloroso posible para evitar así temores posteriores.

a) Conocimiento acerca del paciente.

Es una sabia política conocer al niño que se sentará en el sillón dental.

Cuando el padre de familia llama para solicitar la cita, es preciso obtener la información pertinente acerca del niño. Se le debe hacer una serie de preguntas como: Si el niño ya ha tenido experiencias odontológicas, o si teme la visita al odontólogo, si es nervioso, si ha estado enfermo y qué diera lugar a dicha enfermedad a ser hospitalizado, etc., todas estas preguntas nos llevarán a conocer el comportamiento emocional del niño.

En la primera visita, al estar escribiendo la Historia Clínica del niño, podemos lograr una información más completa; así mismo recomendarle conocer en esta ocasión a la familia. Conocer al paciente es tener ganada la mitad de la victoria del tratamiento dental.

A las madres y padres, lo mismo que a los niños les gusta tener toda la atención particular del dentista, les gusta creer que ellos son los pacientes preferidos del dentista.

Nunca es recomendable dejar a los pacientes muy pequeños solos en el consultorio dental, pues sus temores se verán magnificados.

Al trabajar con niños, la ayuda de la asistente dental es



valiosa, puede ser inapreciable su ayuda para controlar al niño y realizar más fácilmente los procedimientos operatorios.

Los niños son más observadores que los adultos, quizá porque son más inquisitivos y apasionados en sus alrededores. Un operador ineficiente pronto será detectado y perderá la confianza del paciente.

Se debe trabajar suave y cuidadosamente, sin desperdiciar tiempo.

#### b) Conversación del Odontólogo y el Niño.

Al hablar con el niño el dentista debe descender al plano del paciente en posición y en conversación, tanto en palabras como en ideas. Es de poco valor usar palabras demasiado difíciles como para que el niño las comprenda. La verbosidad confundirá al niño y como cualquier tema no comprendido, puede provocar desconfianza y alguna aprehensión. Usese palabras simples, rutinarias generalmente empleadas por los niños en el nivel de edad que tienen.

El odontólogo debe estar contento de ver al paciente niño y debe expresar su sentir en voz suave. Resulta positivo decirle frases tales como "es agradable volver a verte hoy" o "que lindo vestido o traje", son preferibles estas frases a pensamientos o preguntas que inciden directamente a los padres. La inflexión

# TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

de la voz puede ser también un factor para ganar en el trato y la cooperación.

Todas las veces lisonjear es efectivo con el niño en edad preescolar y ayuda a conseguir confianza para el odontólogo.

Seleccionese material para conversación, que sean cosas, objetos y situaciones familiares para él, así el niño llevará la conversación. Con los muy pequeños conviene agregar un poco de fantasía para estimularlos. Cuidese de hablarles por debajo de su nivel; es una ofensa mucho mayor que la de hablarles por sobre él. A casi todos les agrada oír al dentista hablar de un tema que les interese, y mantiene alejada de sus mentes la cuestión del trabajo dental que les están haciendo. Cuando esté trabajando, no les haga preguntas que requieran respuestas cuando ambas manos y un poco de instrumental están en la boca, pues los niños están apuros para usar sus propias preguntas como una excusa para interrumpir el tratamiento dental por unos momentos. La mayoría de los niños gozan de escuchar la conversación del odontólogo, así no se sienten completamente ignorados y descuidados, porque de otra manera la monotonía y repetición constante inducirán al niño a temer el sometimiento a una inyección, si no hay cambio en el timbre de voz cuando se altera un monólogo acerca de algo que interese al niño. Si los niños formulan preguntas, trate de contes-

tarlas lo mejor posible, pero no deje que las preguntas las empleen como táctica dilatoria.

Para la atención exclusiva del niño, descartamos el color blanco del uniforme en nuestro consultorio; al igual descartamos las bolsas en las filipinas.

El celeste, el verde nilo, el beige, el gris perla, resultan menos traumatizantes y más sedantes.

Pero si bien el uniforme de color puede contribuir en algo a calmar un chico asustado, no creemos sea fundamental; lo importante es quien está dentro del uniforme y la simpatía y seguridad que trasmite. Sin esto, ni con el traje de "payaso" se logrará ganar al niño.

#### c) Ordenes Versus Sugerencias.

Siempre en cualquier tratamiento es preciso lograr la cooperación del paciente. Para obtener así las respuestas deseadas; nunca pida al niño cumplir con una solicitud nuestra, pues efectivamente le estamos dando al niño una opción, el de cumplir o rehusar, y no puede considerarse un mal comportamiento.

Al darle una orden que debe obedecer, ninguna selección está implícita; si se niega, su comportamiento pasa a hacer incorrecto.

Al ordenarle a un niño cumplir sus deseos, manifieste

sus estímulos en una forma agradable, sincera y sin provocar alguna duda en sus deseos. Sea firme si lo requiere la situación.

d) Razonabilidad y Autocontrol del dentista.

Al tratar con niños se debe ser realista y razonable.

No condene a un niño porque está temeroso, pongase en su lugar y entienda por qué se comporta así. Respete sus emociones, y si no son aceptables para el tratamiento trate de modificarlas; el ego del niño le permitirá ajustarse a la tensión. Dele una oportunidad de participar en su tratamiento. Trátele como a un ser con sentimientos y emociones y no como a un objeto inanimado ubicado en el sillón.

El odontólogo nunca debe perder su temperamento, pues enojo, temor, angustia y coraje son respuestas primitivas y emocionales e inmaduras es un indicio de fracaso y una señal de que el niño ha alcanzado éxito al minar su dignidad, en esta forma el paciente lo pone a usted en una marcada desventaja, porque la cólera disminuye la capacidad de razonar con claridad. También al perder el odontólogo su autocontrol y levantar su voz, provocará sólo temor al niño, por lo tanto hará que su adaptación sea cada vez más difícil; en este caso es preferible dejar al niño en manos de otro dentista.

La educación del futuro paciente y de sus padres se inicia en el momento del primer contacto en el consultorio dental, aquí dentro del consultorio el odontólogo es quien mejor sabe cómo preparar al niño emocionalmente para el tratamiento odontológico.

Es importante que en el programa de educación se indique a los padres que ellos son los principales portadores de temor y/o tensiones emocionales con respecto al tratamiento, debido a sus íntimas relaciones interpersonales que son las más potentes para determinar el comportamiento emocional del niño. Los niños reciben las consecuencias de nuestra acción y en gran medida su conducta es respuesta a eso.

Es imperativo que los padres informen a sus hijos sobre lo que pueden esperar del consultorio dental. El niño puede venir con sus padres días antes de la cita con el fin de conocer de una manera general, los procedimientos que podrían serle aplicados y el aspecto y descripción del equipo dental.

Ningún padre, por lo tanto, deberá decir a su hijo que va a experimentar dolores intensos. Pero tampoco debe mentir sobre las molestias de la odontología.

Hay que tratar que los niños hagan lo que deben pero sin recurrir al engaño. Es más eficaz decirle: "te vamos a inyectar" que hacerlo a escondidas.

e) Uso de la Admiración, la Recompensa y el Soborno.

Aparte de muchos tipos de recompensa uno de los más importantes premios para el niño, es la aprobación del dentista; cuando se le dice al niño que uno está orgulloso de él, y está convencido que uno lo piensa, él nos premiará con una sonrisa que uno evaluará más infinitamente que una docena de cumplidos de un paciente adulto. Por tanto, conduzca a buen comportamiento y permita que el niño conozca cuando es un buen paciente y alcanzará una meta para su futuro comportamiento, tratará de superarse en la norma que ha establecido para él mismo.

Una de las recompensas cuando el pequeño se ha portado bien es regalarle algún juguete, un libro o una tarjeta, etc, que representará más que un símbolo de aceptación y una muestra de confianza, = algo de uno mismo.

Se puede establecer categóricamente: Nunca soborne a un niño. Por lo regular, el soborno no alcanza buenos resultados, pues simplemente el niño mantiene su comportamiento, esto es una admiración de que el odontólogo ignora cómo manejar la situación.

Un niño alerta tomará ventaja de este procedimiento lo cual hay que entender la distinción entre soborno, premio o regalo. En = verdad la línea divisoria es tenue, apenas visible.

Un regalo al terminar la sesión odontológica puede servir =

de soborno para atraer al niño en la próxima cita, sin embargo, un soborno para inducir al buen comportamiento; y una recompensa es el reconocimiento del buen comportamiento una vez terminado la operación, sin que previamente se haya prometido algo.

El soborno no debe tener lugar en la Odontología.

f) Empleo de palabras atemorizantes.

El odontólogo de práctica general como el de práctica infantil deben evitar decir palabras que pudieran dar lugar a producir temor en el niño. Algunos de los niños pueden temer cuando la palabra aguja o fresa se mencionan, y justamente objetan muy poco a la experiencia efectiva, si otro nombre se da al procedimiento o instrumento. Es pues conveniente presentar una lista de eufemismos para mejorar la calidad de la comunicación, ejemplo de estos eufemismos son los siguientes:

- a) Radiografía- fotos
- b) Aparato de Rx- cámara
- c) Anestesia- agua mágica
- d) Dique de Hule- babero
- e) Grapa Dental- anillo para el diente
- f) Aguja- mosquito
- g) Dolor- piquete de mosca

Estos eufemismos tendrán como base la imaginación del den

tista; así mismo la sustitución de palabras debe gobernarse por la edad del paciente y cada odontólogo puede hacer su elección de palabras.

Por este medio el odontólogo ha informado al niño de lo que va a hacer sin la necesidad de producirle temor alguno. Si el odontólogo considera que se infligirá demasiado dolor podría explicarse la causa. Es recomendable informar al niño todo lo que se le va a practicar, pero evitar infundirle temor.

## 2. Comportamiento de la Asistente Dental.

### a) Cualidades y Requisitos fundamentales.

El requisito básico es poseer buena salud física y mental, pues está obligada a presentar aspecto saludable al igual que el propio dentista.

El comportamiento adecuado favorece la confianza del paciente, y esta confianza debe ser objeto del máximo respeto. La actitud amistosa es muy conveniente, reflejándose en una sonrisa, en una voz agradable y sugestiva, y en gestos que expresen interés y preocupación por los problemas de los demás.

La amistad, más que la familiaridad, indica al enfermo que la asistente dental es una amable representante del profesional, y esa amabilidad es capaz de atraer a numerosas personas a su con



sultorio. La asistente cordial ve a los pacientes acercarse a ella en busca de ayuda, simpatía y seguridad. La asistente eficiente tratará de comprender a los pacientes y de preocuparse realmente por ellos. Con frecuencia, estos son atraídos al consultorio por la cortesía, la confianza y la atención cuidadosa de los detalles. En verdad una asistente dental muy nerviosa o irritable o que con facilidad se desequilibra emocionalmente, no es apta para la tarea en un consultorio odontológico.

Las tareas que se pueden asignar a la asistente dental son = tan variadas que casi es imposible mencionarlas todas. Baste decir que cualquiera que sea la actividad en que se halle empeñado el dentista, la asistente podrá ayudarlo dentro de lo posible y necesario.

Las exigencias para una asistente son grandes. No solamente debe iniciar el contacto con el niño, sino que ha de ganarse si confianza con amabilidad, indulgencia y paciencia, procurándole un confort psicológico; pero sin mostrar demasiada familiaridad con el niño, pues este desconfía de las excesivas demostraciones de afecto por parte de una persona desconocida representante anticipada de un momento que imagina desagradable.

La ayuda de una asistente dental es extremadamente importante, porque:

1-Disminuye el período de tiempo de la visita dental y esto ayu=

da al manejo del niño,

- 2- Estudios de tiempo y movimiento muestran que un ayudante hace disminuir el número necesario de pasos y movimientos, lo que reduce el cansancio del dentista, y
- 3- El dentista practica con más eficiencia y rapidez con lo que se vuelve más productivo y aumenta su ingreso.

b) Contacto con el paciente en la sala de espera.

La primera persona con quien el posible paciente trata al concurrir al consultorio odontológico puede ser muy bien la asistente dental, el encuentro ocurre, por lo general, en la sala de espera. En ese primer contacto es cuando la asistente tiene la oportunidad de preparar el terreno para el profesional, y crear la atmósfera necesaria para que se establezca una comunicación adecuada con el paciente. Una vez establecido el contacto entre dentista - niño, la asistente se retira, lo que se requiere una gran medida de modestia. No debe pasar nunca que la asistente atraiga tanto al niño que éste pudiera llegar a pensar en encontrar protección en ella contra el dentista.

La asistente debe sentar al niño y cubrirlo de una manera cordial, pero impersonal. Debe desalentar los intentos del niño de jugar con el equipo; debe guiar la conversación y atraer su atención con una actividad constante.

Una asistente de gran categoría observa atentamente el curso del tratamiento, prepara los instrumentos necesarios, se comunica con el profesional más bien por gestos directos, que con palabras. Debe estar colocada en una posición visible para el paciente, de modo que no sospeche de actividades desarrolladas a sus espaldas.

Al despedir al enfermo, la asistente concertará la cita próxima y le agradecerá el haber concurrido.

Tratándose de niños tendrá para con ellos alguna palabra especial de despedida, los elogiará por haberse dejado atender sin inconvenientes y tal vez sería oportuno recompensarlos con pequeños presentes.

### 3. Sala de Recepción.

Puesto que el niño siente temor al consultorio dental, el objetivo del cirujano dentista es poner al niño comodamente y hacerle notar que su experiencia no es inicitada. Un método efectivo de inducir este sentimiento consiste en adaptar la sala de espera similar en muchos aspectos a su ambiente doméstico, no siendo necesario ni fundamental, decorar especialmente con motivos infantiles, sino afrezer un ambiente grato y sobrio. Es sin duda, "la vidriera del consultorio" (Summers, 1960).

Uno de los medios más simples consiste en tener un rin con de la sala de espera aparte para su propio uso, con sillas y mesas de niños, disponibles en donde puedan sentarse y leer. El material de lectura en la sala será un conjunto de revistas de asuntos variados para entretenimiento de los niños antes de pasar al consultorio, por ejemplo; libros para pintar (con sus lápices y trizas), y trabajar en plastilina, por medio de esta actividad pueden descargar buena parte de la agresividad y tensión contenidas en el consultorio. Esto nos lleva a decir algo respecto a la abre acción. Drever ( 1952 ), este termino es 'empleado por los psicoanalistas para el proceso de liberar una emoción reprimida revi viendo en la imaginación la experiencia original".

Las revistas infantiles como el material ya mencionado se conservará en buen estado y bien ordenado en todo momento. Me permito sugerir que el odontólogo conozca el material de lectura que tiene en su sala de recepción, para poder hablar con el niño, si llega el caso " con conocimiento de causa" . Además, las revistas que presentan las Vidas Ilustres de Científicos, Literatos, artistas, etc. , permiten al niño ilustrar y guiarle en su formación cultural.

En cuanto a las revistas para los adultos quienes acompañan al niño, diremos que deben estar " al día " y en buen esta

do, en buen medida reflejan los gustos y tipo de consultorio que se tiene; los libros de cocina proporcionan lecturas muy interesantes a las madres ocupadas.

Una pecera es siempre una fuente de entretenimiento y puede ser colocada en la sala de recepción o en la de tratamiento en un lugar en que el niño pueda verla. Una música apenas audible y relajante, tiene efectos reconfortantes tanto en los padres como en los niños, y hace desaparecer la frialdad que a menudo se siente en una habitación silenciosa. La selección de la música responde a gustos personales. Pero un concierto, música "ligera", merecen aprobación.

#### 4. Consultorio.

No es imprescindible, ni requisito importante para una gran práctica paldodóntica, tener un sillón dental para niños, una unidad, gabinete y sala operatoria especial. No hay duda, sin embargo, que un equipo para niños y una habitación decorada para ellos, significarán una ventaja psicológica en apreciable número de casos. Esto "lleva al paciente la impresión de que continúa en su cuarto de juegos, o donde pueda mantener la mente alejada de la impresión desagradable de la corriente disposición de los consultorios y del temor natural del dentista" ( Hurl ey ).

Si bien los muebles de acero corresponden mejor a las exigencias de la asepsia y también a los principios psicológicos se puede crear aún en estas circunstancias un ambiente agradable en el consultorio, pintando las paredes con colores armonizantes y colocando unos cuadros que sugieren juegos de niños, un retrato de un niño que se cuida los dientes y otro que ríe también. Dentro de otras cosas que les agradan a los niños es que el consultorio y sala de recepción no tengan olores a medicinas.

Los aparatos e instrumentos que no se necesitan para los tratamientos normales, en lo posible no deben estar a la vista.

El consultorio debería tener otra salida además de la que tiene a la sala de espera. Varias piezas pequeñas o una sala con varias subdivisiones mayores son psicológicamente más favorables.

## **CAPITULO II**

### **CARACTERISTICAS QUE ADAPTAN LOS NIÑOS EN EL CONSULTORIO DENTAL**

## A) Conducta del Niño en el Consultorio Dental.

Este tema tiene por objeto proporcionar al odontólogo de práctica general una guía sobre el estado emocional del niño.

El odontólogo de práctica infantil se ha dado cuenta de que el pequeño no siempre demuestra una reacción definida o única, sino que puede darse una combinación de varias de esas reacciones por ejemplo: de dolor, temor y angustia. Esta combinación torna más complejo el problema, en particular cuando el odontólogo debe diagnosticar la reacción con rapidez.

El comportamiento del niño no cooperativo en el consultorio dental está motivado generalmente por un deseo de evitar lo no placentero y el dolor, que puede interpretarlo como una amenaza de su bienestar, puesto que los niños actúan por impulso, temor o dolor.

No sólo es una exigencia psicológica, sino también ética, que el profesional debe eliminar el dolor, donde quiera que éste se produzca, y más todavía debe esforzarse por no provocarlo.

Más difícil es la lucha contra el temor y la angustia ya que su principal objeto es preparar al paciente contra algún peli=



gro. Con temor reacciona el hombre frente a un peligro inmediato; con angustia frente a peligros que lo amenazan en un futuro = cercano o lejano, ya que su objetivo es el mismo, a saber: Eliminar el peligro que amenaza al organismo por la lesión de la = dentadura. Si se llega a un trauma psicológico, sus consecuencias nosivas, pueden inhibir por mucho tiempo el desarrollo psiqulco del niño.

El comportamiento de un niño es modificable. Cambiará su comportamiento una vez que el niño aprende que en el consultorio la conducta indeseable no recibe premio, la motivación para continuar se habrá perdido. No se debe premiar o estimular = al niño que tiene problemas de comportamiento. Una vez que el niño aparece para tratamiento dental, su comportamiento dependerá no sólo de su acondicionamiento anterior sino de la capacidad o habilidad del odontólogo para estimular mediante control, es en verdad raro que la cooperación no puede obtenerse.

También es necesario realizar un tratamiento adecuado y = asumir una actitud honesta de aceptación interna de las conductas del niño, ya que de no ser así, el niño lo sentirá y no se obtendrán buenos resultados porque no se inspirará confianza en el paciente = infantil y sus padres.

A continuación mencionaremos sólo algunos de los tipos de niños que se presentan a consulta, no desde el punto de vista técnico psicológico sino práctico:

### 1. Tímido y Vergonzoso.

Este es el clásico niño que trata de esconderse detrás de la madre, que se rehusa a entablar una conversación. Algunas de las causas son:

- falta de afecto de los padres
- excesiva autoridad paterna
- ser hijo único o estar en una etapa de dependencia
- poco contacto con otras personas fuera de casa

En estas condiciones, el comportamiento para con estos niños será acercarse primero a la madre y después al niño, para que ambos logren tranquilizarse lo más pronto posible, aprender el nombre del niño o su diminutivo, indagar cuales son sus intereses en cuenta al medio que lo rodea, poner interés en su conversación.

Los niños en estas condiciones hay que tratar de comprenderlos.

### 2. Temperamental.

Son estos niños, por lo regular, poco expresivos o callados

cuando se presentan con el cirujano dentista de práctica general. Algunas de las causas que dan por resultado la conducta de este pequeño son:

- falta de alguno de los padres y excesivo consentimiento por parte del otro.
- padres poco afectuosos, debido a que trabajan o son demasiado jóvenes y no deseaban al niño.
- padres indulgentes; puede ser porque hayan tenido problemas económicos en su juventud y no quieren que sus hijos los tengan.
- abuelos demasiado consentidores.

En estos casos, el odontólogo debe tener paciencia y aprovechar el tiempo en que el niño se encuentra dispuesto a cooperar, procurando hacer un tratamiento rápido y apropiado; con estos niños el tiempo es lo que cuenta, aunque nunca se debe tratar de abusar de él. Si en ocasiones el niño está cansado o poco cooperador, se le dejará marchar dándole otra cita.

### 3. Ansiedad.

La ansiedad o la inseguridad está probablemente muy relacionada con el estado de temor. Los niños angustiados están esencialmente asustados ante toda nueva experiencia, su reacción puede ser violenta, agresiva por ejemplo: Una exhibición de rabieta en el consultorio dental. Si al niño que hace demostraciones de rabieta

en su hogar se le recompensa, las rabieta pueden convertirse en hábito. Cuando este niño se comporte de ese modo similar en el consultorio, el odontólogo deberá decidir si la reacción es de temor agudo o es una rabieta. Por supuesto, si el niño esta realmente asustado, el profesional debe mostrarse comprensivo y proceder con suma lentitud. Si el niño esta claramente en una demostración de rabieta, entonces el odontólogo puede demostrar su autoridad y su dominio en la situación.

#### 4. Incorregible.

Esta conducta infantil es causada por:

- sobrepotección de los padres
- el haber padecido enfermedades largas, en donde el niño se acostumbró a que sus padres le cumplieran todos sus deseos.

La resistencia es una manifestación de ansiedad o inseguridad y de hecho el niño se rebela contra el medio. Con frecuencia estos niños llegan al consultorio llorando o tratando de persuadir a sus padres para que los saquen del consultorio. La regresión puede ser otra manifestación, en cuyo caso el niño se rehusa a desarrollarse. Puede seguir mojando la cama, puede no intentar hablar bien. La retracción es otra manifestación de ansiedad, en cuyos casos el niño rehusa participar en el juego y no hablará con extraños

y ni siquiera con conocidos.

El odontólogo tiene dificultades para comunicarse con este tipo de paciente. El niño se siente lastimado con facilidad y llora casi en cualquier ocasión; se les debe tratar con mucho cuidado, procurando no lastimar innecesariamente para no aumentar su resistencia a ser atendido.

### 5. Temor - Miedo

En la mayoría de los casos es debido a que:

- padres y amigos que dan una falsa información.
- padres que amenazan al niño.
- experiencias odontológicas causadas por algún profesionalista que no practique la Odontología Infantil.
- miedo a lo desconocido.
- comentarios oídos de otros niños que se quejan con exageración.

El temor es una de las emociones que con más frecuencia se experimentan en la infancia. Existe un tipo especial de niños que presentan un temor más intenso con respecto a los demás, debido a que captaron o experimentaron en forma exagerada las causas anteriormente señaladas. Su efecto sobre el bienestar físico y mental del niño, puede ser extremadamente dañoso.

El temor es en su mayor parte cultivado en el hogar, tal ==

como los estallidos de amor y de cólera. Los niños parecen tener ciertos temores naturales, tales como los asociados con la inseguridad o la amenaza de inseguridad.

Los niños mayores experimentan un segundo tipo de temor, un temor adquirido que se desarrolla por imitación de aquellos que temen.

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

El control del niño temeroso en el consultorio dental, el odontólogo debe primero procurar determinar el grado de temor y los factores que pueden ser responsables de él. Algunos niños llegan al consultorio dispuestos a responder con una actitud un tanto agresiva, se presentan con el cuerpo tenso, las manos sudorosas y tratan de convencer a sus padres para que abandonen el consultorio, y su principal arma es el llanto.

Lo primero que se hace en estos casos es tratar de calmarlo con paciencia y buena voluntad, para así ganar su confianza y convencerlo de que no se le hará ningún daño, se le mostrarán los instrumentos y se le explicará su funcionamiento.

La mayor parte de los niños llegan al consultorio necesitados

de algún tipo de tratamiento inmediato o de atención preventiva, y - por lo tanto, no es práctico postergar el tratamiento de un niño mie doso con la esperanza de que finalmente superará su temor a la -- Odontología y se tornará más cooperativo.

Puesto que el niño es realmente miedoso, el abordaje más ló gico parece ser el reacondicionamiento del niño temeroso. Como el miedo es controlado por el sistema nervioso autónomo, es imposi-- ble razonar con el niño debido a que por su estado físico y psicológi co no prestan ninguna cooperación.

Si el odontólogo conversa con el niño y procura enterarse - de la causa del temor la mitad de la batalla estará ganada.

En este caso, el profesional podrá proceder a borrar esa -- idea mediante demostración y explicac iones.

En la primera sesión, el odontólogo tratará de evitar problemas dolorosos limpiando las cavidades cariosas con cucharilla; debe explicar cuidadosamente lo que está haciendo y el uso de todos -- los instrumentos y gradualmente debe ir avanzando hasta llegar a -- los procedimientos normales de rutina que son necesarios para el -- servicio dental.

Si bien el control por la voz suele ser suficiente para superar los temores del niño, ocasionalmente puede ser necesario emplear - algún tranquilizante y un analgésico en caso de dolor dar otra cita y dejarlo marchar.

El miedo al tratamiento dental es una de las principales razones por la cual la mayoría de las personas no solicitan atención periódica, de ahí la importancia que tiene el conocer y saber manejar este temor.

#### 6. Niño sociable o cooperador.

Es un niño que se dá a los demás; ya desde los dos años y hasta el comienzo de la pubertad, este niño dado normal tiene deseos de relacionarse con los demás.

La interacción se produce fácilmente; conversa y muestra un alto nivel de curiosidad respecto de lo que le rodea en el consultorio, de lo que piensa realizar el odontólogo y de cómo lo hará.

Es fácil de tratar y de responder a sus preguntas, que generalmente son pertinentes y no están motivadas por el temor o la angustia.

El examen se convierte en una aventura grata. Cuando se le está haciendo algún procedimiento doloroso, se comporta como un joven colaborador.

#### 7. Otras conductas infantiles

Todos los niños pueden comportarse de diferente modo dependiendo del estado de ánimo, en el que se encuentren.

Algunos niños son completamente negativos. Responden a todas nuestras preguntas con un No, desafían todo contacto nues-



tro. Esta conducta nos lleva a inventar un juego en el que cada No significa un Si, esto dará lugar a que podamos realizar nuestra tarea dental. Más debemos darnos cuenta que los motivos básicos - del negativismo del niño pueden ser la angustia y el temor. A estos niños les gusta que se les muestre los instrumentos, ó el contenido de algunos cajones.

Las lágrimas como otras características personales, de--ben ser aceptadas como lo que son: temor y angustia sobre los nuevos y misteriosos procedimientos por realizar.

### **CAPITULO III**

#### **MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL**

## MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

Este capítulo explica acerca del tratamiento que se le dará al niño una vez dentro del consultorio dental.

La mayoría de los pacientes que se reciben para tratamiento dental pueden ser clasificados como buenos pacientes, pero también es cierto que en su mayor parte llegan a consulta con cierta aprehensión y temor, pero como la experiencia lo demuestra pueden dominar ese miedo.

A muchos dentistas les molesta trabajar con niños pero si se dieran cuenta que la única forma de tratarlos es con habilidad, elegancia, conocimiento e inteligencia; si los padres cooperaran a dar una educación a sus hijos sin temores en cuanto al tratamiento dental, entonces los odontólogos aceptarían dicha responsabilidad.

El manejo del niño es que el dentista ayude al paciente a responder a la terapia que necesite para someterlo a un control administrado con indulgencia y consideración.

El propio control del dentista y la cooperación del paciente asegura seguridad y satisfacción para ambos.

Muchas veces el comportamiento que puede no ser muy bien comprendido y puede parecer ilógico, tiene su propio propósito y esta basado en experiencias adquiridas, tanto subjetivas como ob-

jetivas por odontólogos en el transcurso de tratos con infantes.

Muchas veces el niño se comporta de la manera que en su hogar se haya comportado, ejemplo:

Si el resistir por la fuerza a sus padres le permite satisfacer sus deseos, procurará evitar la intervención dental por el mismo modo. Si en el hogar por medio de una actitud negativa y accesos de mal humor consiguió lo que quería, intentará actuar del mismo modo en el consultorio dental, sin embargo, el comportamiento de un niño es modificable.

Una vez que el niño aprende que en el consultorio el mal comportamiento no tiene recompensa su proceder variará. Con niños de un comportamiento indeseable es mejor actuar con vengencia antes que dejarle hacer a su modo. "De todos los problemas asociados con la odontología infantil, el manejar con niños es el más importante. Sin cooperación los procedimientos dentales llegan a ser difíciles pero no imposibles" (Finn).

#### A) Modos de tratar al niño

Existen numerosos métodos empleados en la odontología para manejar psicológicamente al niño.

Todos ellos están destinados en última instancia a sobreponerse y a desarraigar las respuestas de miedo previamente condicionadas,

sin embargo, tiene poco valor en la eliminación del temor.

### 1. El método del no hacer.

Se caracteriza por la demora y la postergación.

El niño es traído al consultorio, comienza a llorar tan pronto se sienta en el sillón dental. El odontólogo, confuso e ignorante de como dominar la situación, despacha al niño diciendole a la madre que lo traiga cuando sea un poco mayor.

Al regresar el niño se repite la primera visita con el mismo patron de comportamiento. Puesto que en los niños pequeños los temores subjetivos no decrecen por su propia cuenta. La realidad es que el temor a la odontología puede haber aumentado, puesto que una imaginación vivida exagera la necesidad fundamental de huir. La postergación de una situación asi puede proseguir indefinidamente con pésimas consecuencias para los dientes.

Si el odontólogo hubiera empleado un acercamiento más positivo en la primera visita, no hubiera aumentado el temor del niño junto con el miedo del dentista de atenderlo, puesto que el niño perspicaz razonará que si el dentista teme hacer su trabajo debe haber alguna razon para la demora. Todo motivo no explicado generará temor en el niño.

## 2. El método de la aplicación frecuente del estímulo .

Este método puede exigir frecuentes visitas al odontólogo = antes de que la intervención dental sea realmente necesaria.

Puesto que los niños tienen un gran temor a lo desconocido, a lo no familiar y son aprehensivos y no están preparados para a=frontar una nueva situación, una visita al consultorio dental antes = de iniciar el tratamiento puede familiarizarlo con lo desconocido y=mitigar cualquier necesidad futura de huir.

Este método da buenos resultados en niños de edad preesco=lar. Aunque el viaje preliminar al consultorio dental tiene su valor, la repetición continua puede no aumentar su efectividad si no se lle=va a cabo algún trabajo dental.

## 3. El método del ridículo .

Este método se caracteriza por la adopción de una actitud = zumbona y de mofa hacia el niño con el fin de avergonzarlo para que adopte un buen comportamiento.

Este método no sólo es inadecuado sino peligroso cuando se lo aplica a los niños. El niño se sienta en el sillón dental desea ga=narse la aprobación del dentista.

El ridículo social puede producir frustración y resentimien=to en un niño .

La reacción puede ser en sentido inverso al deseado y se lo  
grará un acrecentamiento del disgusto por el dentista y el trata-  
miento odontológico.

#### 4. El método verbal.

En esta técnica se procura hablarle al niño para inducirlo a  
abandonar sus temores, sin darle evidencia concreta alguna de  
por qué no debe estar asustado.

Una vez que el niño ha entrado en contacto inmediato con la  
situación atemorizante la sollicitación verbal de nada servirá, pues  
to que el miedo se desarrolla sobre una base emocional.

Decirle al niño que no tiene razón para sentir temor indi-  
ca una falta de conocimiento, pues el niño no puede evitar sentirse  
como se siente.

El método debe abandonarse, pues en una situación de miedo  
el deseo de huir predomina sobre la razón y cualquier invocación o  
afirmación verbal suena en oídos sordos.

### B) Técnicas para el manejo del niño

#### 1. Estructuración

Esta técnica consiste en proveer al paciente de un conoci-  
miento de lo que él habrá de hacer y, a la vez, de lo que el odontó-  
logo le hará.

En el paciente nace un sentido de obligación hacia las reglas propuestas y espera de ellas tanto como de nosotros. A menos, sin embargo, que haya una clara comprensión de las reglas básicas, se producirán malentendidos, confusiones y hasta resquemore.

## 2. Tranquilización.

Es una de las técnicas más comunmente empleadas y la menos eficaz para manejar la preocupación y la angustia del paciente.

Su falla es que trata de ocultar los problemas en vez de aliviar la angustia que yace tras de ellos. Procura decir que realmente no existe problema alguno, de modo que hay que olvidar el problema. El paciente sabe que tiene problemas y sabe que los tratamientos odontológicos por realizar pueden ser dolorosos y difíciles.

Esta técnica también falla porque no proviene del mismo paciente. Las tentativas verbales de tranquilización desde fuentes exteriores, fallarían en casi todos los casos.

## 3. Control de voz

Esta técnica esta dirigida hacia un fin determinado, se emplea con afecto persuasivo tales palabras, que influyen sobre el comportamiento del niño en el sentido deseado.

En tales casos, es sugerente no solo el contenido de la pala-



bra sino también la modulación de la voz. A veces es imprescindible elegir la voz imperativa, especialmente si observamos que el niño se pone o empieza a actuar con resistencia activa. En tales casos mezclamos entre la conversación amigable una orden con voz imperativa, por ejemplo: ¡Quedate quieto!, ¡Abre la boca!, o ¡Quita la mano!, y seguimos hablando en tono amable. La intercalación de la orden severa en una conversación amable, realiza el efecto de = aquella, sin que se pierda la confianza del niño, porque nuestras = siguientes palabras son nuevamente amables.

Para algunos niños, especialmente los angustiados, es conveniente dirigirles algunas palabras de consuelo; pues éstas tranquilizan al niño. En tales niños no empleamos órdenes severas, sino que hablamos en forma tranquilizante, con frases como: "ahora nos quedamos quietitos", "ahora abre más la boca", y otras similares.

No es aconsejable emplear de antemano el método persuasivo racional, con el cual difícilmente seremos capaces de suprimir la sensación de angustia, porque podría ser que luego también fracasara la sugestión verbal.

#### 4. Restricción o Terapia de Sorpresa

Esta técnica es usada cuando las actitudes paternas han sido erradas o cuando se ha provocado un temor injustificado, y que el =

niño ha llegado gradualmente a la histeria.

Esta técnica se usa con el fin de que el pequeño nos escuche. En 1929 el Dr. Evangeline Jordan escribió, "si un niño nor==mal, no escuchara pero llorara y peleara continuamente...se le==pondrá una servilleta sobre la boca y gentil pero firme se manten drá la boca cerrada. Su chillido aumenta su condición de histérico, pero si su boca está cerrada se callará, pasaran pocos segundos y él pronto empezará a razonar.

Si uno le esta hablando al niño, pero él no puede escuchar nos por su berrinche y además no se está quieto, y su humor nos está retrasando los efectos deseados. El Dr. McDonald dijo al respecto: Si el niño esta demostrando definitivamente un berrinche, el dentista puede demostrar su autoridad y dominio de la situación. Detalles de la técnica "Mano sobre la Boca" del Dr. Craig.

Se coloca la mano, suave pero firme, sobre la boca del niño al mismo tiempo que se le habla al oído diciendole que no se lo ==hace como castigo, sino como un medio de lograr que pueda oír lo =que se tiene que decirle. Se le dira en una forma llana y amable =que: "Si tu quieres que retire la mano de la boca, debes dejar de =llorar y escucharme", "Yo sólo quiero hablarte y mirar tus dientes". Después de pasados unos segundos, ésto le es repetido y agregado: "Estas tú indicandome que retire mi mano", casi invariablemente =

hay una inclinación de cabeza. Con una palabra final de "estate quieto" la mano es quitada de su boca.

Mi asistente está siempre presente para ayudarme a con tener los brazos y piernas del niño para que no se lastime.

Cuando la mano es quitada, puede haber otro lamento, con la siguiente petición: "Yo quiero a mi mami", inmediatamente la mano es vuelta a la boca.

La admisión de parar de llorar es repetida, y además se agrega: "¿Quieres a tú mami?" una vez más el inclina la cabeza, y entonces se le dice "Esta bien , pero estate quieto, y te llevaré con ella tan pronto como termine, O.K.". De nuevo él inclina la cabeza y la mano es lentamente bajada.

Si el problema persiste, la mano es puesta de nuevo sobre la boca del niño, tapando al mismo tiempo la nariz. Poner la ma no sobre la boca y nariz del paciente es una medida extrema y = debe emplearse como último recurso, con pacientes histéricos o = desafiantes, donde han fracasado todos los demás recursos, tam= bién en niños malcriados.

En algunos casos de pacientes esta rutina puede ser necesaria hasta obtener suficiente cooperación y seguridad para el trata= miento.

Si hay una tentativa de parte del niño para comenzar otra=

vez, un suave recordatorio de que la mano le será restituida es usualmente bastante para hacerlo reconsiderar. Esta es una situación sobre la cual el niño tiene control. El niño puede estar consciente de sus factores indeseables, estrategias innecesarias o inútiles.

Cuando el niño ha cooperado será alabado.

Esta técnica está contraindicada para niños retardados mentalmente y para aquellos pacientes muy pequeños quienes no entienden el propósito de ella.

#### 5. Premedicación y Postmedicación.

Los métodos psicológicos y farmacológicos deben completarse mutuamente. La influencia puramente psicológica puede fallar cuando el niño siente inesperadamente un gran dolor o gran angustia antes de los procedimientos operatorios. Frecuentemente los tranquilizantes son beneficiosos en estos niños aprehensivos.

Deberán emplearse drogas que produzcan bajo grado de somnolencia y alto grado de relajación muscular, que no desaparezcan rápidamente o que su efecto no sea demasiado prolongado. Los niños difíciles siempre deben ser tratados psicológicamente y farmacológicamente.

La odontología se encuentra en una posición especial con

respecto a la premedicación en pacientes ambulatorios. Nuestro principal interés es relacionar aquellos pacientes que obtendrán más beneficio con alguna forma de terapia previa a la visita, aunque todo paciente experimenta cierto grado de aprehensión antes o durante el tratamiento. No todos los pacientes son candidatos a la premedicación. En líneas generales el proceso de selección se centrará en aquellos individuos incapaces de controlar la intensidad de sus relaciones ante un estímulo psíquico adverso.

Los medicamentos podrán ser empleados tanto para la preparación del niño como también durante el tratamiento y después de la intervención, le dará la máxima comodidad física y seguridad durante y después del tratamiento y le otorgará la eficiencia máxima durante el mismo. Idealmente, el niño deberá sentirse cómodo mediante la prevención y alivio de las actividades y sensaciones desagradables.

#### Premedicación

Es un auxiliar para el manejo del niño en el consultorio y el procedimiento consiste en "yo te enseño", "yo te digo", "yo te hago" a llevar.

La premedicación la vamos a utilizar en procedimientos operatorios largos como la caries rampante, en cirugía pediátrica y cuando el niño es miedoso, agresivo o demasiado inquieto.

Para delimitar el grado de premedicación de acuerdo a los estatutos de Lampshire la dosis esta basada en el peso y en la edad del paciente.

1. El paciente joven requiere de menor medicación.
2. El paciente más pesado requiere de mayor medicación.
3. El niño nervioso o inquieto requerirá de una mayor medicación
4. Se procederá a medicar al niño dependiendo de la intervención, estará con el estomago vacío y después se le permitirá algún alimento ligero (jugo o néctares).
5. Una dosificación considerable se le administrará en la mañana temprano y otra en el consultorio.

El número de medicamentos disponibles para tales usos es amplia. Los medicamentos que mencionaremos a continuación pueden ser utilizados en un programa de medicación previa o paralela a los procedimientos odontológicos. Los analgésicos anti-piréticos serán usados más comunmente durante o después del tratamiento.

Los ejemplos serían sedantes e hipnóticos, como el secobarbital (Seconal) y el pentobarbital (nembutal); analgésicos opioides o narcóticos como la meperidina (Demerol); y atarácicos o tranquilizantes como la hidroxizina (atarax), prometazina (fenegan) y promazene.

## MEPERIDINA

El clorhidrato de meperidina es un opioide sintético y posee tres propiedades principales; analgesia, sedación y espasmolítica o antiespasmódica; también produce depresión respiratoria y otros efectos en el S.N.C parecidos a los que produce la morfina.

La potencia analgésica es tal que los procedimientos odontológicos no afecta en forma significativa la tensión sanguínea ni altera la glucemia. No afecta la hemoglobina, ni las cuentas de eritrocitos o diferenciales, disminuye el flujo salival.

La meperidina es narcótico de acción sedante regular, el odontólogo debe recetarla y administrarla de acuerdo con las normas de la ley para narcóticos.

Para decidir sobre la premedicación de un paciente y la dosis apropiada, es conveniente recordar que los síntomas externos pueden crear confusiones o ser útiles. Una aparente calma puede ser sólo el mecanismo protector para ocultar una angustia. La asistente dental y el odontólogo deben estar adiestrados para observar cualquier sintoma significativo. Es preciso comprender que si las tensiones aprensiones y temores se crean en las mentes de los pacientes con solo pensar en los trabajos odontológicos, entonces estos deben ser considerados parte de la rehabilitación -

odontológica del paciente. Nuestra experiencia nos indica que el uso de la meperidina esta indicada para tal efecto.

**Contraindicaciones:**

-En enfermedades hepáticas.

-Si no se controla adecuadamente, forma dependencia.

**Reacciones secundarias:**

Se presentan náuseas, vómito, rubor facial, transpiraciones y sequedad de la boca, lo cual a menudo es una ventaja cuando se trabaja con niños, extremada debilidad, paro respiratorio, marcado vértigo y prurito.

La meperidina se presenta en diversas formas:

Para uso bucal, en tabletas de 50 y 100 mg. y elixir de 50 mg. - por cucharilla de té, para uso parental en ampollitas de 0.5, 1, - 1.5 y 2ml. y en frasquitos de 10 y 30 ml.

La meperidina es compatible con los anestésicos locales, - también con los medicamentos ataráxicos.

La iniciación de los efectos varía con el método de administración; cuando se la administra en tabletas por vía bucal, es alrededor de los 45 y 50 minutos. Cuando es administrada por inyección intramuscular o submucosa demoran de 10 a 15 minutos. - Cuando por vía endovenosa, se aprecian los efectos aproximadamente en un minuto. Los efectos duran de una y media hora a tres --- horas.



## PROMAZINA

La promazina es también un derivado de la fenotiazina. Esta indicada específicamente para el paciente en estado agudo de agitación, pero no es un medicamento comunmente usado en odontología aún cuando produce un efecto calmante y sedante en un tiempo clinicamente eficaz.

Se vende en tabletas de 10, 25, 50, 100, 200mg.

Para su administración parenteral se expende en frasquitos con 10ml. de la misma solución y en unidades estériles de cartuchos y aguja que contiene 2 mg/ml.

La intravenosa de concentración mayor de 25mg/ml. pueden causar tromboflebitis postural o celulitis localizada.

## PROMETAZINA

La prometazina (fenegan) es un derivado de la fenotiazina tiene muchas propiedades útiles en odontología. Produce un efecto marcadamente calmante y sedante y analgesia pobre, en un tiempo clinicamente razonable luego de su administración. Es eficaz como antialérgico y para represión de la cinetosis. Es útil para reducir las náuseas y vómitos. Un efecto secundario es que el paciente muy somnoliento puede no reconocer a las personas u objetos, está débil y se siente enfermo por un periodo de 4 a 48 hrs.

Cuando es utilizada como inyección submucosa es capaz de causar tumefacción prolongada, por lo tanto, es aconsejable que se elija una inyección que sea intramuscular profunda.

La prometazina se presenta en varias formas aplicables en odontología y son:

Frasco de 10 cm<sup>3</sup>. con 25 y 50 mg. por cm<sup>3</sup>.

Tabletas de 12 y medio mg. y de 50 mg. y como

Jarabe con 25 mg. por cucharilla de té.

#### HIDROXIZINA.

El atarax es uno de los agentes más populares utilizados por la profesión médica para calmar la tensión y ansiedad de los niños, llevando a un estado sedativo e hipnótico, aumentando el estado de receptibilidad del niño y al mismo tiempo permite extender el periodo clínico.

Su mecanismo de acción no ha estado aclarado aún, sin embargo, se sabe que produce un equilibrio entre el Sistema Simpático y el Parasimpático. Son depresores de acción media y no se recomienda su empleo en pacientes aprehensivos.

El consejo de terapia dental (1973) aconseja el uso de "atarax" en el manejo de niños con ansiedad y problemas cardiovasculares, así como en el manejo de niños con problemas de conducta (miedosos, inquietos), y lesiones cerebrales. El atarax usado en niños con parálisis cerebral, tiende a reducir la actividad

dad motora esquelética. La hidroxizina es un derivado de la piperazina. Se usa como sedante, antihistamínico, anticolinérgico, antiemético y ligeramente anticolinérgico. Para esto es considerado el agente de premedicación de elección para el niño.

Los efectos secundarios que podemos encontrar son: mareo, relajación total y no produce sueño real. En odontopediatría este último efecto es muy deseable, pues no se duerme el niño sedado y este no pierde su capacidad de aprender. También puede ocurrir reseca de la boca. Se ha reportado que el atarax tiende a aumentar las convulsiones. Esto debe tomarse en cuenta cuando se está trabajando con niños que tienen parálisis cerebral o con niños epilépticos. Su período de acción es de 45 minutos y su duración parece variar, pero es totalmente eficaz por lo menos por una a dos horas. Su efecto se empieza a sentir en los siguientes 30 minutos. Los efectos desaparecen completamente después de seis horas.

Su administración se efectúa a partir de la noche anterior y se repite la dosis de 30 a 45 minutos antes de la consulta.

La hidroxizina se presenta en forma de tabletas de colores y según el color es la dosis:

Naranja 10mg.

Verde 25mg.

Amarilla 50mg.

Roja 100mg.

Inyectable en frascos de 10cm (25mg por cm), ampollitas de 2cm, y en forma de jarabe 10mg por cucharilla de té.

La dosis promedio es de 30 a 70mg tomando en cuenta edad y peso.

#### HIPNOTICOS Y SEDANTES (Pentobarbital y Secobarbital).

El uso principal de los medicamentos sedantes hipnóticos es producir somnolencia, son depresores generalmente, deprimen la actividad del nervio, del músculo esquelético, del músculo liso y del músculo cardiaco.

Los barbitúricos producen todos los grados de depresión del S.N.C., desde la sedación ligera hasta el coma. El grado de depresión obtenido depende no sólo del barbiturico empleado, de la dosis y la vía de administración, sino también del grado de excitabilidad del sistema nervioso en el momento de la administración y de la tolerancia inducida por la utilización anterior de estas drogas.

#### Efectos ulteriores:

La somnolencia puede durar pocas horas después de una dosis hipnótica de un barbitúrico, pero sutiles perturbaciones del temple, de la capacidad de juicio y de finas destrezas motoras pueden persistir durante muchas horas.

Los efectos ulteriores de los barbitúricos pueden ser de franca excitación.

## Acción Anticonvulsiva

En dosis anestésicas, los barbitúricos utilizados clínicamente inhiben las convulsiones del envenenamiento por estricnina, del tetano y del estado epiléptico.

Los barbitúricos son potentes depresores respiratorios que afectan el impulso de la respiración y el mecanismo que da carácter rítmico a los movimientos respiratorios.

Cuando se emplean los barbitúricos como anestésicos intravenosos, no es rara la producción de tos, estornudos, hipo y la laringospasmo. Realmente, el laringospasmo es una de las principales complicaciones respiratorias de la anestesia por barbitúricos.

En dosis sedantes hipnóticas por vía gástrica, los barbitúricos no producen importantes efectos cardiovasculares, salvo un ligero descenso de la presión sanguínea y de la frecuencia cardíaca, tal como ocurre en el sueño normal.

Nembutal-excelente droga, se puede emplear en el consultorio como droga única. Es hasta el momento el agente aún más seguro y eficaz en manos del odontólogo general, no sólo se le dispone en varias concentraciones sino que puede ser administrada fácilmente desde el domicilio del paciente, ya sea por vía rectal u oral, dependiendo de la edad.

La dosis sedante es de 30 a 60mg, dos o tres veces al día y=

la dosis hipnótica es de 60 a 100mg.

Esta dosis será de acuerdo a la edad y peso del niño. El pro medio de acción de la droga es de 20 a 45 minutos y su duración es de 3 a 4 horas.

Se vende en polvo, como elixir que contiene 4mg/ml; en cápsu las con 30, 50 y 100mg; en comprimidos de 100mg y en supositorios que contienen 30mg (para niños menores de 2 años), 60mg (para niños de 2 a 3 años) y 120 y 200mg para adultos.

Para uso parenteral se dispone de soluciones estériles de pen tobarbital sódico en ampolletas (50mg/ml). La inyección se debe = hacer en una masa muscular grande para evitar la irritación.

Secobarbital-la dosis hipnótica media para adulto es de 100mg. se = expende en polvo y como elixir que contiene 21mg/ml. En cápsulas que contienen 32, 50 y 100mg; en supositorios con 32, 65, 130, y 200mg, = y para la administración parental en ampolletas que contienen 250mg = del polvo esteril y en solución que contiene 50mg/ml.

#### NOTA:

Los medicamentos como los ya mencionados anteriormente = no deben de producir síntomas tales como:

- a) Cambios de la presión arterial
- b) Alteración de la presión venosa central

- c) Disminución progresiva de la frecuencia cardiaca
- d) Depresión del aparato respiratorio
- e) Estado hipnótico muy marcado

#### Vías de administración

Los diversos tipos de administración esta orientados por el tipo de niño. A veces se utilizarán distintas vías en un mismo niño por ejemplo: Una tableta de hidroxizina por la boca, en casa; una cucharadita de jarabe de prometazina en el consultorio, y meperidina combinada con el anestésico local e inyectada como comedicación en la cavidad bucal.

A veces se prefiere la inyección de uno o más de los medicamentos por la vía intramuscular.

Cada método administrado tiene sus ventajas. Varfa de acuerdo con las ventajas de cada paciente; con frecuencia resulta ideal la administración de tabletas por la boca, pero su acción toma mucho tiempo y es menos previsible que cuando el paciente no puede tragar tabletas, cabe utilizar la forma de jarabe para la administración oral. Con niños difíciles de manejar con frecuencia el método de elección es la administración intramuscular, puesto que por esta vía es mucho más rápida la acción.

## Elección de la Dosis

Antes de dar las dosis es necesario que consideremos otros factores como son los siguientes:

### 1. Tipo de Paciente

Se otorga gran consideración a sus emociones y a su actividad, su edad es importante. La siguiente clasificación de niños para la determinación de la dosis nos resulta útil.

#### Cooperativo Tenso

Se trata de niños tensos, pero cooperadores pese a ello. Muchos pacientes cooperativos bajo tensión podrían ser aliviados de ésta con alguna forma de medicación.

#### Exteriormente Aprehensivo

Se considera en general que este niño es un paciente aceptable. Puede transpirar un poco, esconderse detrás de la madre, hacer un poco de bulla o recurrir a retardos, pero entra al consultorio y acepta el correspondiente tratamiento.

#### Temeroso

Este niño requiere comprensión, reafirmación, explicaciones, un tiempo adicional del odontólogo y del resto del personal, la utilización de medios auxiliares como sonidos, colores, ==



perfumes, más una medicación. Se intentará establecer una conexión; luego se recurrirá a muchos otros medios auxiliares para readiestrar al niño hasta convertirlo en un buen paciente que busque la sesión odontológica como algo placentero.

### Terco o Desafiante

El niño presenta una resistencia pasiva a las indicaciones. Toma actitud negativa intransigente y, en general, da un mal rato a todos los componentes del equipo odontológico. Su desafío es agresivo, positivo. Han aprendido que con el uso de la agresividad pueden engañar a la gente y hacer su voluntad. Para que el paciente no se salga con la suya, en el consultorio debemos tener en cuenta los factores económicos: para estas situaciones es preciso encontrar soluciones que resulten económicamente realizables. Con este tipo de niños puede ser empleada la firmeza, es fácil de manejar. Podría ser útil una terapéutica de choque emocional. La medicación también es un valioso auxiliar.

### 2. Nivel Deseado de Depresión

A veces sólo es conveniente prevenir la generación de aprensión o temor durante algunos procedimientos odontológicos o basta un ligero relajamiento para el niño tenso pero cooperativo. En tales casos la dosis sería menor que para el niño temeroso, desafiante

te, en los cuales se desea un relajamiento y depresión más acentuados.

### 3. Lapsos Deseados de Relajamiento

Si se piensa en trabajos odontológicos largos y difíciles, la dosis puede ser aumentada para alargar el período de relajamiento y de presión. En cambio si se realiza un trabajo corto una dosis normal esta indicada de modo de obtener el relajamiento apropiado aun por el breve tiempo necesario.

### 4. Hora de Administración

Es más difícil obtener un relajamiento apropiado cuando el niño esta fresco y descansado que cuando esta cansado y somnoliento.

A menudo se podrá aumentar ligeramente la dosis para las citas matutinas tempranas y también en las consecutivas a la hora de la siesta. Puede ser disminuida si la sesión transcurre en horas de descanso del paciente.

### 5. Cantidad de Sesiones.

Es inusitado que sea necesario administrar la medicación por más de tres o cuatro sesiones sucesivas. La medicación ayuda a la mayoría de los pacientes a generar en sí una confianza que permite disminuir las dosis en cada visita subsiguiente.

## 6. Instrucciones previas a los padres o al paciente

Se les darán instrucciones para que el paciente no coma ni beba por un período de tres horas previo a la hora de la sesión. Ello puede producir la tendencia a las náuseas y al vómito.

### Dosificación de la Medicación Equilibrada

La siguiente es una guía para la dosificación en cada uno de los tipos de pacientes previamente descritos y con las drogas consideradas :

#### Cooperativo Tenso

Cuando la medicación es administrada en el hogar:

Tabletas de hidroxizina (25mg)

Dosificación: 1 tableta la noche anterior a la visita, más

1 tableta una hora antes de la visita, o

2 tabletas la hora antes de la visita, si es muy tenso.

Jarabe de hidroxizina (10mg x cuch.).

Dosificación: 3 cucharillas de té la noche anterior a la visita

3 cucharillas de té una hora antes de la visita, o

5 cucharillas la hora antes de la visita, si es muy tenso.

Si no fuera posible la medicación en la casa, se utilizarán = en el consultorio 25 a 50mg de hidroxizina, en tabletas o jarabe de = 30 a 40 minutos antes de la hora de la sesión.

### Exteriormente Aprehensivo

La dosificación es la misma que para el "cooperativo tenso" o la presedente en comedicación bucal con:

Meperidina 25 a 50mg, o jarabe de prometazina por la boca 25mg y meperidina 25 a 37mg en comedicación, o meperidina y prometazina combinadas y administradas por vía intramuscular.

### Temeroso

La dosificación de acuerdo con el grado de emoción y de actividad. Oscila desde la indicada para el paciente "cooperativo tenso" hasta la necesaria para el "terco o desafiante".

### Terco o Desafiante

La dosificación variará con las emociones y la actividad del paciente.

La medicación es la misma que para el "exteriormente aprehensivo", con dosis ligeramente aumentadas.

### Postmedicación.

Como postmedicación se designa el empleo de medicamentos cuyo efecto tiene lugar sólo cierto tiempo después de la intervención.

A este tipo de medicamentos pertenecen, ante todo, los anal

gésicos antipiréticos (aspirina, anacin), que se dan al niño después de la intervención, para que no tenga dolores cuando cese el efecto de la anestesia local.

### Analgésicos

Son drogas que poseen la propiedad de elevar el umbral del dolor a un nivel cortical.

Los más usuales son:

a) Acido acetilsalicílico .-(aspirina)

Dosis de 50 a 80mg por kg/24 h. para niños.

Dosis adulto de 500 a 1000 miligramos cada 6 horas.

b) Piraxolonas .-(dímitil), (magnopiról)

Dosis infantil 25mg por kg de peso repartidos en el día

Dosis para adulto 500mg.

c) Fenilbutazona .-(butazolidina)

Se presentan en forma de grageas 50mg tres veces al día por vía oral.

Supositorios de 250mg. Dosis de 250mg. a 500mg. cada 24 horas por vía rectal.

d) Meperidina .-(demerol)

Es un narcótico que se usa en dosis de 5 a 10mg, por kg de peso cada 6 horas.

## 6. Anestesia General

La anestesia general puede incluirse en niños muy rebeldes, o mentalmente retardados o de otra manera incapacitados. También podemos incluir aquellos niños de 2 a 3 años de edad que son sumamente inmaduros en su desarrollo intelectual. Rara vez es necesario recurrir a la anestesia general para los niños entre las edades de 6 a 12 años.

Los anestésicos generales son aquellas drogas que una vez introducidas en el organismo deben producir los siguientes efectos:

- a) Pérdida del conocimiento.
- b) Bloqueo en grado variable de reflejos especialmente los que afectan al aparato circulatorio.
- c) Producción de los impulsos somáticos aferentes (supresión del dolor).
- d) Producción de relajación muscular de grado variable.

Una vez establecido que por los antecedentes del niño no se puede mantener comunicación con él, debemos decidir la ruta más adecuada para solucionar el problema dental que nos presente el niño. La ruta que nosotros recomendamos la proporciona la anestesia general.

### 1- Anestésicos Intravenosos

Los anestésicos intravenosos difieren de los inhalados en =

que una vez inyectados, casi nada se puede hacer para eliminar el efecto de la droga.

El curso temporal de los efectos anestésicos, desde la inducción y la rápida narcosis profunda hasta la salida gradual de la anestesia, depende casi enteramente de la redistribución progresiva de la sustancia en el organismo.

La propiedad más importante de los barbitúricos de acción ultracorta es su rápida penetración en todos los tejidos del organismo. Por esta razón, su absorción por un determinado tejido depende sólo del gasto sanguíneo local y de la concentración del fármaco en la sangre arterial.

Al igual que los anestésicos inhalatorios, los barbitúricos producen la inconsciencia, principalmente, por bloquear la porción central del tallo encefálico ("Sistema activados reticular"), que mantiene el estado de vigilia.

La analgesia producida por los barbitúricos no es profunda. Esto tiene relación con el hecho de que las clásicas vías del dolor (lemniscas) son relativamente inafectadas por esta clase de anestésicos. En la práctica, rara vez se usan solos, el óxido nítrico con oxígeno y algún otro anestésico de inhalación se administran después de la inducción de la anestesia por un barbitúrico, a fin de conseguir la suficiente analgesia.

Los barbitúricos de acción ultracorta son inyectados por vía intravenosa, para inducir o mantener la anestesia quirúrgica.

Los principios generales que se aplican a la administración intravenosa de barbitúricos son iguales a los de otros anestésicos generales, por ejemplo el tiopental como el prototipo de su clase:

#### Técnica

El tiopental sódico puede ser administrado por inyección venosa intermitente o por infusión continua.

Debe tenerse cuidado en evitar la inyección intraarterial y la extravasación, que puede producir necrosis del tejido. Un modo de evitar esta complicación es inyectar en una infusión venosa que corra libremente, o utilizar soluciones diluidas (2.5 por 100, ó menos). Concentraciones más altas causan isquemia por oclusión vascular. La lesión es resultado de la acción del tiopental mismo y no de su alcalinidad.

La inducción de la anestesia es ejecutada lentamente inyectando de 150 a 250mg en 15 a 30 segundos; simultáneamente se aplica un anestésico inhalatorio. Dosis complementarias se administran según se necesiten para mantener la anestesia. La dosis total empleada en el curso de una operación ordinaria raramente excede de 1.0g.

El período de anestesia quirúrgica se caracteriza por la dis



minución de las pupilas o su aspecto normal y la fijación de los glo  
bos oculares; respiración superficial y disminución en la presión ar  
terial, especialmente notable en los que padecen hipertensión esencial .  
El indicio más seguro de la profundidad de la anestesia es el grado  
de depresión respiratoria. Los signos varían con la cantidad del bar  
bitúrico administrado y con las condiciones de cada enfermo. Cuan  
do se administra una dosis excesiva del fármaco, la flacidez muscu  
lar se hace ostensible. Los movimientos respiratorios se deprimen  
seriamente o desaparecen y la presión sanguínea cae rápidamente a  
cifras alarmantemente bajas.

La recuperación comienza a veces por un período de inqui  
tudes durante el cual el paciente puede mostrarse irracional e hí=  
peractivo. Esta conducta es causada por el dolor, pues el tiopental  
y otros barbitúricos de acción rápida tienen efectos antianalgésicos  
en concentraciones bajas. El temblor es relativamente frecuente; a  
demás del temblor, la piel puede estar fría pegajosa y cianótica.  
La cianosis es producida por vasoconstricción periférica.

Después de la anestesia prolongada, que requiere una dosis  
total de barbitúricos, algunos pacientes tardan en despertar. Es  
posible evitar esta complicación limitando la dosis total del barbitú=  
rico y utilizando un anestésico inhalatorio que actúe como analgési=  
co. No existe un antagonista específico de barbitúrico.

### Ventajas:

Existe una rápida y agradable inducción, reducción en la frecuencia de excitación y vómitos, respiración tranquila, ausencia de salivación, el no ser explosivo, y pronta recuperación con las dosis pequeñas.

Complicaciones y rasgos no deseables que puede producir la inyección extravascular y ciertas acciones adversas de tipo respiratorio: apnea, tos, espasmo de la pared torácica, laringospasmo y broncospasmo.

Una complicación importante ocurre en enfermos que padecen de porfiria aguda intermitente, enfermedad exacerbada por la administración de barbitúricos, y no es infrecuente, un curso rápido y mortal. El conocimiento de que un enfermo padece de porfiria intermitente es una contraindicación absoluta de la anestesia con barbitúrico.

### II. Anestésicos Gaseosos

Oxido Nitroso.- Es un gas incoloro de olor dulzón, es el único gas inorgánico práctico para anestesia clínica; es un gas poco potente; en concentraciones subanestésicas, produce analgesia en el hombre.

La concentración más alta de óxido nitroso que puede aplicarse para mantener la anestesia es de 70 por 100. Más arriba puede sobrevenir hipoxia. Como esta concentración no es suficiente para =

el sujeto normal, se emplean otros medicamentos para completar la anestesia .

Es útil la medicación preanestésica con narcóticos para aumentar el grado de analgesia. Con tiopental se logra una hipnosis más profunda. Auxiliares comunes son los anestésicos líquidos volátiles, como halotano, tricloretileno y eter etílico. Si se requiere relajación muscular se inyecta un medicamento de bloqueo.

#### Efectos Secundarios:

Son algo frecuentes las náuseas y los vómitos después de operaciones menores. También es sabido que la exposición del óxido nitroso deprime la médula ósea, y ha habido defunciones por exposición prolongada de este gas .

Los estudios de la función neuromuscular en el hombre señalan poco efecto de óxido nitroso, aun en combinación con tiopental y meperidina.

Después de administrar el óxido nitroso en mezclas hasta = 65:35, la recuperación de la anestesia suele ser rápida y exenta de efectos desagradables. Sin embargo, la administración prolongada de óxido nitroso aumenta la frecuencia de náuseas y vómito que siguen a la anestesia, y aun retarda el despertar .

La principal limitación del óxido nitroso es su baja potencia anestésica. Esto explica muchos de sus peligros e inconvenientes,

como son la hipoxia, la "anoxia por difusión" y la sobredosificación inadvertida con coadyuvantes narcóticos, barbitúricos y bloqueadores neuromusculares. En cambio, como no es inflamable ni irritante y huele bien y posee notable acción analgésica, es valioso como anestésico basal benigno al que pueden añadirle las acciones de diversos anestésicos volátiles más potentes y relajantes musculares.

### III. Anestésico Intramuscular o Intravenoso

El clorhidrato de Ketamíne es un compuesto que ofrece ventajas para efectuar diagnósticos en medicina general, para cirugía menor, para cateterización cardíaca, cirugía oral, clínica dental, etc. En procedimientos quirúrgicos prolongados esta droga podrá ser usada como inductor de anestésicos o como suplemento del óxido nítrico.

El Ketalar produce una anestesia disociativa, así llamada porque durante la inducción, el individuo se siente como disociado de su ambiente, incluso de sus propias extremidades.

#### Efectos Colaterales:

Esta droga aumenta la presión sistólica y la diastólica. Es potente en analgesia y la amnesia. Aumenta la frecuencia cardíaca. Esta contraindicada en pacientes que tienen hipertensión, hay elevación de presión arterial, gasto cardíaco y frecuencia cardíaca. Son

afectadas la respiración y la resistencia respiratoria si se aplica en forma rápida por vía intravenosa. También aumenta la salivación y deberá ser usada una droga anticolinérgica en conjunción con este medicamento. Han sido también observados sudoración y lagrimeo. No se debe aplicar en pacientes que tienen infecciones en el tracto respiratorio superior. Con este medicamento se pueden producir sueños agradables y desagradables durante su administración.

Varios cambios psíquicos han sido demostrados durante el período de recuperación, incluyendo alucinaciones, delirios, euforia y cambios de imagen corporal.

El Ketalar Intramuscular:

Frasco ampula de 10ml con 50 por ml.

El Ketalar Intravenoso

Frasco ampula de 20ml con 10mg por ml.

Vía intravenosa 1 a 2mg x Kg de peso

Vía intramuscular 5 a 10 mg x Kg de peso

En tratamientos dentales cortos, pero indispensables para el niño, el uso de Ketalar evitará daños psicológicos por mal manejo psicodental en mentes inmaduras y permitirá fácil y rápida solución de estos problemas dentales.

Este medicamento deberá ser manejado por un anestesiólogo y deberá tener todo el equipo para intubación, esto puede ser llevado

a cabo en el consultorio dental, sin necesidad de internar al niño en un hospital.

El niño después de recuperarse sale caminando del consultorio dental. El tiempo de recuperación es corto aproximadamente de 30 minutos.

## CONCLUSIONES

## CONCLUSIONES

Quiero acentuar la importancia del papel desempeñado por todos los que tratan profesionalmente con niños. Cada uno desempeñará una parte en el moldeado del carácter y la personalidad de los niños.

Por mucho tiempo se ha reconocido que el problema físico más común en los escolares, principalmente es la caries dental.

Dado que en el consultorio dental la afluencia de niños es ascendente, se torna imperioso que el odontólogo en modo alguno debe de estudiar la psicología infantil y la pavidoncia clínica, sin adentrarse a las profundidades de la especialidad, pero si que entren convenientemente a los principios básicos, para ofrecer a cada paciente el ambiente de seguridad emocional, despojarlo de sus tensiones, del temor, del dolor, ansiedades y sobre las ideas falsas de anteriores experiencias dentales.

El odontólogo debe tener tres objetivos para el niño:

1. Interesar y adiestrar al niño en los cuidados de su boca.
2. Adiestrar al niño a que acepte finalmente la responsabilidad por su propia salud dental.

Es muy importante que el odontólogo comprenda la conducta del niño. Sólo con un conocimiento activo de la conducta infantil, podrá alcanzar sus propias reacciones ante los problemas del consultorio dental.



Entre todos los conceptos que hemos recopilado y obtenido para el manejo del niño en el consultorio, hay uno y que considero que es el más importante: es la sinceridad y honestidad con el paciente, sea cual fuere el niño.

Para el cirujano dentista es muy importante saber conducir con inteligencia y acierto al niño en la primera visita al consultorio, porque de éste depende el éxito o fracaso que tenga el profesional con el niño.

Es sumamente importante que el odontólogo aprenda a ocultar su reacción emocional ante una determinada situación. Hasta el niño más pequeño detecta de inmediato la indecisión o la angustia. De hecho, será útil que pueda ocultar cualquier tipo de zozobra emocional y que crea una atmosfera cordial, aunque sea controlada.

El buen éxito del odontólogo depende de su capacidad para enseñar al niño a aceptar el tratamiento necesario, creando en él un sentido de cooperación y responsabilidad con respecto al cuidado de su boca; alentar todos los hábitos con elogios y esperar el momento apropiado para felicitarlo. De modo que el odontólogo debe estar preparado en relaciones humanas como en técnicas dentales para poder cumplir sus obligaciones hacia el niño.

También es necesario conocer la influencia de los padres en

el pensamiento y conducta del niño, es un factor decisivo en el buen éxito del tratamiento odontológico. Debemos trabajar con ellos no contra ellos, debemos insistir y demostrarles que su papel es importante, no hacerles que se sientan culpables ni crearles ansiedades y ponerles en figuras de "padres buenos" esto es importante para conocer el ambiente que se desarrolla en el hogar, y para clasificar al paciente y planear su tratamiento.

## BIBLIOGRAFIA

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

### ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

Ralph E. McDonald

Segunda Edición 1975

Editorial Mundi

### ODONTOLOGIA CLINICA DE NORTEAMERICA

Paidodoncia

Vo. 15 Serie v

Editorial Mundi 1963

### TEMAS DE ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Samuel Leyt

Ediciones Odonto 1966

### ODONTOLOGIA INFANTIL Y DENTISTICA SANITARIA

PUBLICA

Floyde Eddy Hogeboom

Editorial Uteha 1940

### UN ATLAS DE ODONTOPEDIATRIA

Dadiv B. Law

Thompson M. Lewis

Editorial Mundi

### ODONTOPEDIATRIA CLINICA

Sidney B. Finn

Editorial Interamericana 1970

**ODONTOLOGIA PARA NIÑOS**

**John Charles Brauer**

**Quinta Edición 1964**

**Editorial Mundi**

**ODONTOLOGIA PEDIATRICA**

**M. Michael Cohen**

**Editoria Mundi 1958**

**ODONTOLOGIA INFANTIL**

**E. Harnd and H. Weyers**

**Editorial Mundi 1964**

**LA ASISTENTE DENTAL**

**Pauline C. Anderson**

**Editorial Troquel 1970**

**PSICOLOGIA APLICADA A LA ODONTOLOGIA**

**Cinotti y Grider**

**Segunda Edición 1970**

**Editorial Mundi**

**BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA**

**Goodman and Gilman**

**Cuarta Edición**

**Editorial Interamericana**

**PSICOLOGIA EXPERIMENTAL INFANTIL**

Hayne W. Reese

Lewis P. Lipsitt

Segunda Reimpresión 1976

Editorial Trillas

**PROBLEMAS DE PSICOLOGIA GENETICA**

Jean Piaget

Edición 1975

Editorial Ariel

**FACTORES PSICOLOGICOS QUE INFLUYEN EN LA  
ODONTOLOGIA INFANTIL**

Pablo Fuentes Servin

Revista A'D'M'

Vol. XXX No. 2 Marzo 1977

**ODONTOPEDIATRIA PROBLEMA PSICOLOGICO**

Vol. XXXIII 1976

Julio-Agosto No. 4

Revista A. D. M.

**SELECCION DE UNA ASISTENTE DENTAL**

Vol. XXVII 1970

Marzo-Abril No. 2

Revista A. D. M.

PSICOLOGIA APLICADA EN ODONTOLOGIA Y RELACION  
DENTISTA/PACIENTE.

Vol. XXVI 1969

Mayo-Junio No. 3

Revista A. D. M.

REVISTA DE ESTOMATOLOGIA

Vol. 5 1967

Diciembre No. 1

"HAND OVER MOUTH TECHNIQUE"

Dr. Craig

J. Dent Child 30:23-25

Nov-Dic 1971

"THE EFFECT OF APPOINTMENT LENGTH ON BEHAVIOR OF THE  
PEDODONTIC PATIENT AND HIS ATTITUDE TOWARD DENTISTRY"

Dr. Lenchner

J. Dent Child 33:61

March 1966

"BEHAVIOR MODIFICATION FOR THE CHILD DENTAL PATIENT"

Dr. Rosenberg

J. Dent Child 41:31-34

March-April 1970

**"PSYCHOLOGICAL EFFECTS OF DENTAL TREATMENT ON CHILDREN OF DIFFERENT AGES"**

J. Dent Child 34:30-36

Enero-Feb 1967

**"FACTORS IN THE MANAGEMENT OF THE CHILD PATIENT"**

J. Dent Child 29:179-184

3rd qrt 1962

**USE OF IMITATION IN THE TREATMENT OF DENTAL PHOBIA IN EARLY CHILDHOOD.**

J. Dent Child 41:106-110

March-April 1974

**BEHAVIOR MODIFICATION FOR THE CHILD DENTAL PATIENT**

J. Dent Child 41:111-114

March-April 1974

**HOME/HAND OVER MOUTH EXERCISE**

J. Dent Child 41:178-182

May-Jun 1974

**"HOW THE DENTIST BEHAVIOR CAN INFLUENCE THE CHILD'S BEHAVIOR"**

J. Dent Child 31:358 1964