

14 248



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA - U.N.A.M.

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

PSICOLOGIA APLICADA A LA
ODONTOPEDIATRIA.

LOPEZ ROSILLO MA. ISABEL

San Juan Iztacala, México

Agosto de 1982



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.

INDICE

PROLOGO	1
I. CONCEPTOS DE PSICOLOGIA	3
II. DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO (cronologia)	9
III. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DEL NIÑO	21
a. Miedo	
b. Ansiedad	29
c. Dolor	34
d. Los padres en el consultorio dental	37
IV. EL NIÑO Y SU MANEJO EN EL CONSULTORIO DENTAL	48
a. Importancia de la primera visita	
b. Actitud del operador y técnicas	55
Dezentización	
Administración de contingencia o refuerzos	60
Persuasión	62
Técnica de mano sobre boca y nariz	65
V. LOS NIÑOS IMPEDIDOS	67
- Parálisis Cerebral	71
- Síndrome de Dawn (mongolismo)	75
- Retardo Mental	78
- Epilepsia	82
- Labio Leporino	86

- Diabetes	90
- Cardiopatias	93
VI. ANESTECIA GENERAL	96
-Tratamiento odontopediatrico	99
-Responsabilidad del primer asistente	100
-Responsabilidad del segundo asistente	101
-Responsabilidad del operador	101
VII. TERAPEUTICA FARMACOLOGICA	103
VIII. CONCLUSIONES	117

P R O L O G O .

En este trabajo de tesis no pretendo dar únicamente reglas y recomendaciones escritas para diferentes casos; sino más bien un panorama informativo con normas generales de psicología en la Odontopediatría con lo cual el profesional formará criterio y evaluará al paciente según el caso.

Ahora la odontología requiere además de conocimientos y procedimientos dentales, la observación y comprensión del paciente en su totalidad, examinando y analizando su actitud o comportamiento (personalidad); aquí con mayor atención al niño.

Reconocer y estar consciente de lo importante del trato psicológico del niño antes de efectuar cualquier tratamiento odontológico adecuado.

Otro de los objetivos que deseo alcanzar en este trabajo, es el que además de estar capacitados para atender al niño "normal" física y mentalmente hablando, debemos estar preparados — también para casos extremos, me refiero a los pacientes "impedidos", y de esta manera atender, si esta en nuestras manos; o canalizar correctamente a dichos pacientes.

Hay ocasiones en que el dentista evita tratar personas anormales, porque se sienten emocionalmente afectados. Pero el conocimiento y experiencia de las características de la conducta

de estos pacientes, nos ayudará a separar el sufrimiento íntimo aprendiendo a atender primero al paciente sin considerar el aspecto físico de éste. Afortunadamente el índice de dichos pacientes en el consultorio es mínimo ya que la mayoría son atendidos en Instituciones u Hospitales.

Por otra parte el tratamiento de un paciente angustiado o perturbado es un problema en la práctica del dentista. El empleo prudente y juicioso de la premedicación puede ser muy valioso en estos casos. Sin embargo, las drogas no deben ser un sustituto para el acercamiento con el paciente y del manejo de la conducta sino coadyuvantes para poder brindar un tratamiento adecuado al niño, que presente un comportamiento difícil.

Espero que la recopilación de esta información sea una orientación y/u objeto de estudio, tanto para el estudiante como para el dentista de práctica general, que desee conocer al niño, de comprender sus sentimientos y necesidades emocionales.

También como complemento agregaré experiencias de diferentes odontopediatras tanto a nivel particular como institucional

CONCEPTOS DE PSICOCLOGIA

En Psicología existen dos factores muy importantes que son "personalidad" y "conducta" los cuales tenemos que entender para posteriormente aplicarlo a nuestro objetivo, además de que guarda estrecha relación con los temas que se tratan aquí más adelante, y de esta forma será más fácil comprender a nuestro pequeño paciente como persona.

Es difícil obtener una definición del término personalidad, ya que hay más de cincuenta definiciones, pero la mayoría trata a la personalidad como algo interno del individuo que es expresado por la conducta. De tal forma que la personalidad es una abstracción o hipótesis sobre el comportamiento mientras la conducta misma consiste en eventos observables.

El proceso de la formación de la personalidad comienza desde el nacimiento, o aún antes, a partir de la herencia genética y que junto con el medio ambiente y experiencias se irá moldeando y modificando a lo largo de toda la vida.

La teoría psicoanalítica desarrollada y formulada por Freud, establece la distinción fundamental entre los aspectos conscientes e inconscientes de la personalidad, y afirma que bajo el amplio concepto de lo inconsciente se encuentran en realidad tres principios diferentes.

Todo ser humano lleva dentro de sí impulsos instintivos.

casi nunca se da cuenta. Freud dio el nombre de "Ello" a ese elemento inconsciente de la personalidad. Con el desarrollo de conciencia de sí mismo y el mundo que lo rodea, el hombre forma su "Yo", elemento racional y práctico de la personalidad. El "Yo" trata de (controlar no siempre con éxito, a decir verdad) los poderosos impulsos del "Ello", garantizando el buen ajuste del individuo en la realidad exterior que le toca vivir. Por último, está el "Super-yo" la conciencia moral, constituido por las restricciones y por los valores éticos aceptados por la sociedad que el individuo asimila de sus padres y de otras personas.

Estos tres aspectos de la personalidad está íntimamente ligados y, en un individuo mentalmente sano, deben tener relaciones más armonicas. Los impulsos sexuales y agresivos del "Ello" deben pasar por la censura del "Super-yo", para que puedan presentarse en una forma socialmente aceptable. Este equilibrio es bastante delicado e implica una supremacia del "Super-yo" - en las personas normales; pero, el control ejercido por este sector del inconsciente fuera excesivo, se producirá una mutilación de la personalidad y se generarán sentimientos de culpa e inhibiciones. El "Yo", a su vez, debe tener suficiente influencia sobre el comportamiento para que el individuo pueda enfrentar en su forma realista las experiencias de la vida. Pero este centro no debe sofocar la expresión de los otros dos aspectos de lo inconsciente.

De esta forma por debajo de lo que el individuo muestra de sí mismo e independientemente de lo que él piensa de su -- personalidad Freud postuló la existencia de fuerzas reales, -- objetivas y opuestas, cuyo equilibrio es, en cierto modo, bastante precario, y puede romperse en cualquier momento.

Para Alfred Adler, discípulo de Freud, los aspectos más -- importantes de la personalidad no serían los impulsos sexuales y agresivos sino la lucha por la superioridad y por la -- autorealización. El niño, sostiene Adler, tiene conciencia de su propia inferioridad y desamparo, y trata de compensarlo luchando por obtener independencia y "poder". La expresión "complejo de inferioridad" fue introducida por Adler para dominar estos sentimientos. El esfuerzo que realiza un adulto por lograr sobre salir en su trabajo por ejemplo, puede ser interpretado como un reflejo de la antigua lucha mantenida durante la infancia para obtener una superioridad sobre sus hermanos mayores.

Los dos investigadores dieron gran importancia a la influencia que ejercen sobre el comportamiento del individuo -- adulto las experiencias vividas durante la infancia. Esa idea es la clave para comprender la gran mayoría de los problemas y de las distorsiones de la personalidad.

Es importante recordar lo que son solamente las relaciones vividas dentro del pequeño núcleo familiar formado por --

los padres y los hijos las que moldean la personalidad del individuo durante su infancia. Cada sociedad tiene sus tradiciones, normas y valores. Incluso la propia organización de la familia varía mucho de un pueblo a otro. En oriente en donde son comunes los núcleos familiares numerosos, abuelos, primos, tíos, etc, pueden desempeñar un papel muy importante en el desarrollo del niño. Existen culturas en las que el padre poco o nada tiene que ver con la educación de sus hijos, porque es reemplazado por esta tarea por otra persona. En otras culturas la autoridad se encuentra en la madre y en la abuela. Todas estas diferencias darán origen a otras tantas diferentes tipos de personalidad.

Un individuo educado en medio de la agitación y de la lucha constante, característica de la vida de las ciudades como Nueva York, París, o Buenos Aires, tendrá una personalidad. Con rasgos muy diferentes a los de un nativo creado en el seno de una de las sociedades tranquilas y poco competitivas de ciertas islas de la Polinesia.

La escuela psicoanalítica se refiere, antes que nada, a la dinámica de las experiencias mentales del pensamiento y de los sentimientos.

Los conductistas, por lo contrario, niegan la posibilidad de estudiar científicamente la conciencia humana, y consideran al hombre como un organismo, que tiene un comporta

tamiento que pueda ser observado y explicado como respuesta a estímulos externos medibles. La simple relación de base para todo el conductismo, es conocida como teoría E-R (Estímulo-Respuesta) todos los organismos, tanto animales como humanos reaccionan ante un estímulo con una respuesta.

La teoría E-R sostiene que el aprendizaje es el principal factor determinante del comportamiento individual. El conductismo rechaza todas las explicaciones basadas en los factores hereditarios, y colocó todo el énfasis en el papel desempeñado por el ambiente.

El reflejo es una respuesta, un mecanismo en el cual el cuerpo reacciona rápidamente ante ciertas señales y/o sensaciones en algún tipo de acción por ejemplo: la dilatación de la pupila ante un rayo de luz, el limón en la boca secreta saliva, el dolor también es una respuesta. Aunque una respuesta no es siempre un reflejo; como lo veremos más adelante en las diferentes actitudes que adopta el hombre ante el medio ambiente o situación como es la ansiedad y el temor.

Mediante el aprendizaje y el reforzamiento (sea positivo o negativo) puede ser modificada la conducta, esto es parte de los trabajos de Pavlov que realizo, quién demostro que el comportamiento puede adaptarse a estímulos del ambiente. Esto es un reflejo condicionado, un ejemplo, aplicado a nuestro campo de la práctica odontológica seria la que se puede condi-

cionar con un evento u objeto, que es asociado a circunstancias dolorosas o que despierten temor. Lo que podría ser el caso de un paciente que haya tenido una experiencia dental desagradable

El psicólogo Jean Piaget demostró que el aprendizaje se produce de una forma organizada y estructurada, es decir; que un niño no puede dominar una idea nueva sin haber alcanzado una determinada fase de su desarrollo mental. Y por lo tanto sería inútil tratar de convencer a un niño de dos años de que lo que se le va realizar en el sillón dental es por su bien.

El aprendizaje es el proceso mediante el cual una actividad es originada y modificada como consecuencia de la experiencia. Este proceso sólo puede ser comprendido a través del estudio de la conducta y de la evaluación de las realizaciones. Dicho método puede verse afectado por innumerables factores como son por ejemplo, la fatiga. El aprendizaje se origina en una serie de asociaciones de estímulos y respuestas; las respuestas correctas serían las recompensadas.

Los descubrimientos con respecto al condicionamiento y del condicionamiento han sido muy valiosos para el desarrollo de la terapia conductista.

Bajo todos estos conceptos y teorías del psicoanálisis y del conductismo se basan las técnicas empleadas para el control de un paciente en el consultorio dental — entre otras cosas. —

DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO (cronología)

Es importante que el odontólogo conozca la conducta del niño en sus diferentes etapas de desarrollo tanto físico como psicológico, ya que éste actuará y se desenvolverá de acuerdo con la edad por la que atraviesa. Solo con una comprensión de un conocimiento activo de la conducta infantil podrá conocer sus reacciones. El niño está constantemente adquiriendo hábitos, dejándolos y modificándolos. El odontólogo puede procurar determinar si el niño está desarrollando según la norma.

1. Primer año de vida del niño.

Al nacer, el niño se encuentra con nuevas condiciones de vida que son fundamentalmente distintas a las condiciones del desarrollo intrauterino. Para adaptarse a ellas posee algunos reflejos condicionados de alimentación, defensa y orientación. El ya tiene preparado el complicado mecanismo de la succión y una serie de reflejos de orientación y defensa del ojo y del oído.

Sin embargo, todos estos reflejos son insuficientes para adaptarse a las nuevas condiciones de vida, no podría subsistir sin los cuidados de los adultos.

A los cuatro meses comienza el desarrollo de la mano como analizador. A los cinco meses el niño puede coger cosas-

debido a la coordinación simultánea de la palpación y observación visual.

Después de los seis meses de desarrolla intensamente la movilidad del niño en el espacio; al principio gateando y al final del primer año con la marcha.

En el proceso de la acción mutua con los adultos aparece en el niño la comprensión primaria del lenguaje humano, la necesidad de comunicación verbal y empieza a pronunciar las primeras palabras, su vocabulario comprende de 10 a 20 palabras al final del primer año.

En el primer semestre de la vida la mayoría de los bebés pasan por la dolorosa e irritante experiencia de la dentición, lo que los hace llorar con frecuencia y tienen una necesidad de morder.

El niño a los dos años.

En la primera mitad del segundo año se desarrolla principalmente la comprensión del lenguaje de los adultos dirigidos al niño, y el lenguaje del niño se desarrolla aún con mucha lentitud. Porque no debe esperarse que el niño responda a preguntas y ordenes directas en el consultorio dental. Según Gessel a los dos años el vocabulario varía entre doce y mil palabras. Por esta razón se puede determinar con éxito el trabajo en algunos niños, mientras que en otros la cooperación es-

limitada.

El niño prefiere jugar solo, lo que indica que no está capacitado para permitir las relaciones interpersonales a -- excepción de los padres. Ya que desde su nacimiento el niño depende completamente de su madre, en lo que a cuidado y protección se refiere. Como consecuencia de este sentimiento de seguridad del niño, conviene mantenerlo en el regazo de la madre durante la maniobra odontológica. Y así el odontólogo procederá su tarea en forma positiva sin preocuparse de -- la resistencia o llanto del pequeño, pues son normales a esta edad.

El niño a los tres años.

Esta es una etapa de transición entre la conducta de -- bebe a la de un niño preescolar, en la que el niño trata de ser independiente, en su medio ambiente familiar. Cuando hay una situación de tensión o peligro el pequeño trata de regresar a la de la madre. Su conducta se caracteriza porque se distrae su atención fácilmente de una cosa a otra, teniendo un poco de interés amplio y variado.

Sin embargo esta es la edad ideal para llevar al niño -- al dentista y comenzar un programa de atención dental preventiva. A esta edad el niño deberá ir acompañado por la madre, excepto en los casos que manifieste ser muy independiente. -

El niño de tres años es capaz de sentarse en el sillón por sí solo. No habla mucho con extraños, pero puede obedecer ordenes sencillas cuando se le dan directamente. El pequeño no expresa bien sus experiencias y sentimientos por medio de las palabras, debido a que no posee el vocabulario suficiente para hacerlo. Si el niño puede responder positivamente a un acercamiento, hablando con voz suave y cariñosa o, por el contrario, perder el contacto con los extraños rápidamente volviendo a la protección materna. Sin embargo su tratamiento se llevará a cabo sin la presencia de la madre, por las siguientes razones:

- a) Comparte su atención entre la madre y el odontólogo.
- b) Recibe ordenes repetitivas, al dar una indicación del odontólogo, la madre automáticamente repite la orden; lo cual molesta al niño.
- c) El uso inapropiado de vocabulario por parte de la madre ... (te van a inyectar en lugar de decir anestésicar).
- d) Actitudes negativas por parte de los padres: amenazarlos o proyectar sus temores al tratar de efectuar algún tratamiento.
- e) Sobre protección excesiva.

El niño de cuatro años.

El niño a esta edad desea ser independiente y lo manifiesta de manera agresiva. Su medio ambiente es la familia, los sentimientos y emociones crecen y se disminuyen rápidamente y sus-

enemistades son tan inestables como sus amistades.

El niño de cuatro años escuchará con interés la explicaciones y normalmente contestará bien a las indicaciones verbales. Los niños de esta edad suelen tener mentes vivaces y ser grandes conversadores. También pueden tornarse bastante desafiantes y pueden recurrir al empleo de malas palabras.

El niño de cinco años.

A los cinco años se encuentra una amplia variedad de patrones de conducta, que van desde el niño que no coopera, que se encuentra asustado, inseguro y aún frecuentemente unido a la madre, hasta el niño que se conforma, dócil y sumiso, o la del que coopera ampliamente porque se siente seguro y disfruta de una nueva experiencia en el consultorio dental, por lo que a esta edad las relaciones estan mejor definidas. Los niños suelen estar muy orgullosos de sus pertenencias y responden muy bien a los comentarios sobre su aspecto personal.

Período Preescolar.

Los niños que aún no asisten al jardín de niños o no tienen muchos contactos sociales pueden ser tímidos y poco sociables por lo general temen a los extraños hasta que se identifican con ellos. En cambio los niños que asisten a la escuela se vuelven más sociables y estan más dispuestos a relacionarse y aceptar cualquier tratamiento.

Periodo Escolar.

Se dividen en tres etapas.

- a) Temprana (1.er al 3.er año de primaria).
- b) Intermedia (del 4° al 6° año de primaria).
- c) Final (del 1.er al 3.er año de secundaria).

La etapa temprana comprende, aproximadamente, de los 6 a 8 años de edad, en la que el niño se encuentra listo para iniciar una vida independiente, a llevar una vida social más amplia --- aprende a llevarse con los demás y normas y reglamentos de la sociedad. Al mismo tiempo, aprende a aceptarlos siendo esta una de las fases importantes de su vida. Esto sucede frecuentemente a los 9 años pero hay ocasiones en que ocurre a los 6.

A los siete años la influencia escolar es franca y decidida, se inicia la etapa intelectual y los intereses de aprendizaje empieza a predominar sobre los deportivos. El niño se representa más absorto y consciente de sí mismo, parece vivir en --- otro mundo, suele sentir vergüenza de sus temores que son más --- profundos e inquietantes, se protege así mismo apartándose de --- la realidad pasando mayor tiempo a solas, se muestra poco dis--- puesto a exponer sus conocimientos por temor a las risas y crí--- ticas, si contesta lo hace en forma repentina. Es sensible al -- elogio y a la culpa, no puede aceptar cumplidos pero si se le -- elogia puede tranquilizarse. A esta edad emplea el lenguaje en--- tono plañidero, cuando esté enojado acaso se encierre en el si---

lencio. Le interesa la magia y los trucos. Lo cual puede ser -
aprovechado por el dentista.

El niño de 8 años se siente consciente de sí mismo, su --
personalidad ha adquirido mayor expresividad. Cree saberlo to-
do pero empieza a reconocer que otros saben más que él. Criti-
ca a los demás y también a sí mismo. Es impaciente, descuidado
y egoísta, exige demasiada atención a esta edad, tiene tenden-
cia a dramitazar todo, pero por lo general contiene algo de --
verdad. Le disgusta que lo traten como un niño, quiere ser co-
mo el adulto o desea que éste también forme parte de su mundo,
el niño tiene un elevado sentido del humor, pero en su caso le
disgustan las alusiones humorísticas a su persona.

El gran miedo que experimenta a esta edad es el de no ser
estimado: todos ellos tienen una gran necesidad de amor y de -
aprobación general por lo que hacen.

Usa sus energías con más eficacia y más vigor, experimen-
tan un deseo de pertenecer a un equipo o a una "sociedad secre-
ta". Los sexos se separan y empieza a manifestarse su indivi-
dualidad sexual. La curiosidad del niño lo llevan a querer com-
prender las experiencias que se hayan más allá de su capacidad
de percepción y de sus conocimientos. El poder que tiene para-
comunicarse verbalmente empieza ser percibido y explotado. Por
lo general es un buen paciente debido a la comunicación mutua-
entre el niño y el dentista.

La etapa intermedia corresponde de los 9 a los 12 años de edad. De los 8 a los 9 empieza a romper sus relaciones en su casa, fase por la que debe pasar antes de alcanzar la madurez e independencia.

A los 9 años ya tiene experiencia para adaptarse y cooperar, aún cuando el procedimiento sea doloroso, aceptando al odontólogo como autoridad, por lo que no es necesario llegar a forzarlo. Es ésta su mayor y principal diferencia con el preescolar.

Un niño de nueve años se ve así mismo como una persona experimentada, capaz de tomar decisiones por sí sola y que merece gozar de una mayor independencia dentro de la casa. El sentimiento de autoconfianza empieza a desarrollarse a partir de los 8 años de edad. Ahora solo se preocupa por una cosa: encontrar su posición, o su papel, dentro de la sociedad que lo rodea; pero todavía necesita una mezcla de guía o tolerancia por parte de los adultos. Sabe disimular muy bien sus temores, una de las maneras de ocultar sus temores, la adopción de un comportamiento exuberante y explosivo. Ya sabe lo que se espera de él y también ha adquirido el hábito de la autocensura, que le permite reprimir explosiones de llanto o de rabia. A esta edad es frecuente que los niños demuestren gran interés por sus objetos personales. La vida en grupo comienza a tener una importancia fundamental. A los 9 años es una bomba de energía, el niño o la niña, es potencialmente, un excelente individuo, con deseos de

triunfar, de gozar de la vida. No se preocupan mucho por la vida de los adultos y les gustaría que estos no se preocuparan -- tanto por la suya. Quiere, sólo, ser más libre para vivir mejor su pequeño mundo.

El niño a los diez años ya ha adquirido un equilibrio emocional y orgánico que facilita su adaptación a lo cotidiano. Se inicia en el un período más calmo; no obstante, en medio de esa estabilidad, tanto niños como niñas comienzan a sentir la necesidad de sentirse libres, de ir librandose de la imposiciones - maternas en la elección de sus ropas. En la escuela alcanzan un pleno desarrollo para la comunicación y comprensión. Durante -- sus horas libres prefieren los juegos que obligan a actividades intensas, como las competencias deportivas. Todos estos ejercicios favorecen la formación de grupos. En esas ocasiones cada uno trata de mostrar su destreza, y ser conocido como el "as".- A esa edad gustan de tener una mascota.

A los diez años, las relaciones mixtas no despiertan otro interés que no vaya más allá del compañerismo. Parece que a esta edad se ha alcanzado un equilibrio emocional, estado que con servará hasta la adolescencia. Se vuelve espontaneo, sincero y - muy seguro de sí mismo, a pesar de que todavía se siente dependiente de sus padres. Son raras las explosiones de furia o alegría, y la interacción con los adultos ya no crea problemas.

La fase comprendida entre los once y doce años de edad tlg

ne una denominación propia, de acuerdo con el aspecto bajo el cual se observa. Desde el punto de vista biológico, se le llama pubertad; desde el punto de vista psicológico, se le considera preadolescencia, y estos cambios tanto físicos, biológicos y psíquicos alteran profundamente el comportamiento de los individuos.

Biológicamente los primeros cambios son el crecimiento de las extremidades del cuerpo, el comienzo de la actividad glandular manifestándose las características sexuales secundarias, o sea las diferencias externas del cuerpo masculino y femenino.

La pubertad produce muchas tensiones, las que a su vez -- provocan en el niño varios tipos de reacción; desde el punto de vista psicológico, esas reacciones son necesarias para mantener el equilibrio de la personalidad. Mientras asimila algunas experiencias, el niño siente el impulso de buscar y experimentar otras nuevas. Esto quiere decir que la agresión y el retraimiento, por ejemplo, son actitudes necesarias para el buen desarrollo de la personalidad. Son algo así como mecanismos -- protectores.

Cuando la conducta es verdaderamente inaceptable, hay --- que someter al niño a un tratamiento especializado, para que no sufra las consecuencias y para que su desarrollo no se vea realmente perjudicado.

Los doce años señalan, de manera general, el comienzo de-

la adolescencia. Aunque sea una etapa de conflictos íntimos, es también la época de la liberación de la dependencia paterna. Así, el niño comienza a comprender que forma parte de la humanidad, descubre que hay muchas cosas importantes fuera -- del círculo de la inocencia, y va dejando atrás el egoísmo -- que le era natural un año antes. A medida que el adolescente -- toma conciencia de que el hogar y la escuela son solo una -- etapa pasajera en su tránsito al mundo más amplio y exigente -- adquiere también la capacidad de observar las experiencias familiares con espíritu crítico.

La lógica comienza a tomar cuerpo en el pensamiento de -- niño y también desarrolla su capacidad para formular ideas -- abstractas, lo que debe de ser incentivado a través de estímulos y motivaciones.

A través de la personalidad de los pequeños de doce años es posible prever su madurez futura. Pero como aún tiene que enfrentar muchas dudas, contratiempos y desiluciones, corresponde a los padres y educadores mantener una sabia asistencia a su desarrollo sin negarlas, a pesar de eso, la indispensable libertad.

Etapa Final.

Comprende de los trece a los dieciocho años. Durante esta etapa se producen muchas alteraciones importantes como re-

sultado desarrollo físico, mental y emocional. Este período - exige un conocimiento y una comprensión especiales por parte del profesionalista ya sea médico u odontólogo si es que ha de tratar con éxito al adolescente. Aunque a esta edad el pequeño debe dejar de ser niño, y no ha alcanzado la madurez necesaria para ser considerado como adulto. Se enfrenta al problema de quererse independizar de la autoridad que le proporciona su familia, rompiendo con muchos de los principios familiares basados en la autoridad, responsabilidad, respeto, afecto intimidad y posesión, alejándose de la casa. El adolescente pide privilegios, pero no desea asumir ninguna responsabilidad - en la adolescencia temprana el chico quiere acaparar los privilegios del niño y del adulto.

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

III. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DEL NIÑO.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DEL NIÑO.

1. EL MIEDO.

a). Naturaleza del miedo.

Desde la infancia a través de toda la vida adulta, el -- miedo es un compañero inseparable de los seres humanos; es un sentimiento de inquietud causado por un peligro real o imaginario. En los niños puede ser provocada por cualquier situa-- ción inesperada --- un objeto desconocido, un ruido intenso-- o por estímulos dolorosos o incómodos.

El miedo representa para el dentista el principal proble-- ma de manejo, y es una de las razones por las que la gente -- descuida el tratamiento dental. Por esta razón, es bueno dis-- cutir esta emoción, la manera en que los padres influyen y el medio actúan para dar pacientes infantiles buenos o malos.

El miedo y la ira son respuestas primitivas que se desa-- rrollan para proteger al individuo contra daños y la destrug-- ción propia. La estimulación emocional se descarga por medio del sistema nervioso autónomo a través del hipotálamo y nece-- sita muy poca integración cortical., se puede hasta cierto -- modo controlar las emociones, a través de racionalización y-- determinación. En niños de corta edad, demasiado jóvenes pa-- ra racionalizar mucho, se produce un comportamiento que es -- difícil de controlar. En muchos aspectos el niño se comporta

de manera primitiva al tratar de luchar con la situación o -- huir de ella. Cuando no puede llevar a cabo esta, aumenta su miedo, y entonces la comunicación con el dentista puede ser -- muy difícil. Incluso con niño de más edad, puede ocurrir una situación en la que el miedo sea tan pronunciado que el niño no pueda razonar claramente, generalmente a medida que aumenta la edad, estas respuestas pueden ser más controladas.

En el manejo del niño temeroso en el consultorio dental, odontólogo debe primero determinar el grado de temor y los -- factores que pueden ser responsables de el.

Hay dos tipos de temores objetivos y subjetivos.- Los temores objetivos son los producidos por estimulación física directa de los órganos sensoriales y generalmente no son de origen paterno o por sugestión; un niño que, ha tenido contacto con un dentista anteriormente, y ha sido manejado tan difícilmente que se le ha infringido dolor innecesario, por fuerza -- desarrollara miedo a tratamientos dentales futuros. Cuando se le hace volver, el odontólogo debe comprender su estado emocional y proceder con lentitud para volver a establecer la -- confianza del niño en el dentista y en tratamientos dentales. El miedo también hace descender el umbral del dolor, de manera que cualquier dolor producido durante el tratamiento resulta aumentado y lleva a aprensiones todavía mayores.

Los temores subjetivos están basados en sentimientos y --

actitudes que han sido sugeridos al niño por personas que le rodean, sin que el niño los haya experimentado personalmente. - Un niño de corta edad es muy sensible a la sugestión, y el oye hablar a sus padres o a un compañero de juegos sobre los supuestos terrores del consultorio dental los aceptará como reales y tratará de evitarlos lo más posible. Los niños tienen un miedo a lo desconocido. Cualquier experiencia que sea nueva y desconocida les proporcionará miedo hasta que obtenga pruebas de que su bienestar no se vea afectado o amenazado por ella.

La influencia de los padres es de importancia vital en la actitud del niño hacia la odontología. Ningún padre, deberá decir a su hijo que va a experimentar dolores intensos. - Pero tampoco debe minimizar o mentir sobre las molestias de la odontología. Es mejor emplear honestidad sin exageraciones emocionales.

Los temores sugestivos también pueden imitarse. Un niño que observa miedo en otros, puede adquirir temores hacia el mismo objeto o hecho tan genuinos como el que está observando en otros. Esto se verifica principalmente si el miedo es observado en los padres. Una emoción como por ejemplo ansiedad, que se observa en el rostro del padre, puede impresionar más que una sugerencia verbal.

Los temores más difíciles de superar y eliminar son los que vienen de tiempo atrás, generalmente subjetivos. El miedo

a los estímulos objetivos, como el dolor que produce una inyección, puede ser superado sin demasiada dificultad por el niño si se usa lógica y comprensión siempre que el dolor haya sido experimentado anteriormente. El niño sabe que la intensidad y duración del dolor pueden ser soportados y que esta situación ha ocurrido anteriormente sin producir daño ulterior. En la mayoría de los niños el miedo es subjetivo, no consecuencia de tratamientos dentales anteriores.

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

A medida que se desarrollan las capacidades imaginativas del niño, los miedos imaginarios se vuelven más intensos. La intensidad de los temores varia. El patrón del miedo puede ser impredecible, ya que no todos los temores que manifiestan los niños son genuinos.

b). Miedo y crecimiento.

El comportamiento emocional, como cualquier otro comportamiento, sufre un proceso de maduración que depende del crecimiento total del individuo. A medida que el niño crece y se desarrolla su capacidad de razonar, uno por uno va descartando estos miedos adquiridos, a medida que la experiencia y la inteligencia le enseñan que hay poca cosa que temer.

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

Como el niño de corta edad también teme caerse o movimientos súbitos e inesperados, sentir que sin avisarle lo están bajando o inclinando en la silla dental puede causarle miedo, Movimientos de mano y enérgicos y rápidos también atemorizan. -- Los niños que todavía no van al colegio pueden temer el separarse de sus padres y puede creer que a sido abandonado o puede creer que la odontología es un castigo. Si el niño es muy joven es preferible que el padre lo acompañe. Durante la primera visita la madre siempre deberá estar en la sala de operaciones.

Personas poco familiares que lleven uniformes blancos inspirán miedo especialmente si el miedo recuerda experiencias dolorosas del pasado.

A los cuatro años de edad se llega a la cumbre de los temores, y de cuatro a seis años disminuyen gradualmente los temores antiguos como caerse, al ruido, y a los extraños. A medi-

da que el niño adquiere capacidad para evaluar situaciones -- que producen miedo. El miedo a los extraños, que alcanza mayor intensidad entre los dos y tres años, se pierde a consecuencia de amplias asociaciones con otros extraños. Por esta razón los niños que asisten a escuelas están más dispuestos a relacionarse con extraños, mientras los que viven en ranchos, o que no tienen muchos contactos sociales pueden ser tímidos y desconfiados, hasta que se indentifican con el dentista.

La disminución de temores puede deberse a: a) Darse cuenta de que no hay nada que temer, b) Presiones sociales que le fuerzen a ocultar su miedo, c) Imitación social, d) Guía por parte de adultos.

El temor al daño físico puede volverse general. A veces, un niño quedará hecho pedazos a causa de un daño menor. Incluso el pinchazo de una aguja hipodérmica y la vista de su propia sangre después de una extracción puede producir reacciones completamente desproporcionadas con el grado de dolor.

De los cuatro a los seis años el niño entra en un período de conflictos muy marcados y de inestabilidad emocional. -- El niño está en inquietud constante entre su "yo" en evolución y su deseo de hacer lo que le pide, a medida que su ego se desarrolla, se vuelve, suficiente fuerte para tolerar muchas tensiones internas desagradables, y suprimirlas hasta -- que pueda lograr satisfacción. La fantasía en este periodo --

tiene un papel muy importante, por ser, tal vez, mecanismo de de protección. Sirve como amortiguador de problemas emocionales.

Cuando el niño llega a la edad escolar, la mayoría de -- los miedos a la odontología, que fueron provocados por sugestión, imitación o experiencias desagradables se han vuelto fáciles de manejar. Solo unos cuantos conservan fobias definidas. Esta desarrollando una curiosidad marcada hacia el medio que le rodea. El ego del niño alcanza su cenit cuando llega a edad escolar.

A los siete años el niño ha mejorado su capacidad para -- resolver temores, aunque puede reaccionar de manera que parezca alternadamente cobarde o valiente. Esta en la edad de preocupaciones, pero esta resolviendo los miedos reales. El dentista puede razonar con el y explicarle lo que se esta realizando. Si se produce dolor, se le puede instruir para que --- muestre su incomformidad ya sea levantando la mano o con algún otro gesto.

De los ocho a los catorce años el niño ha aprendido a -- tolerar situaciones desagradables y muestra marcados deseos -- de ser obediente. Maneja bien sus frustraciones, no tiene --- grandes problemas, y se ajusta fácilmente a las situaciones -- en que se encuentra. Desarrolla considerable control emocional. Sin embargo, presenta objeciones a que la gente tome a --

la ligera sus sufrimientos. No le gusta que lo f orcen, que se hagan injusticias o que lo mimen, ya sean los amigos o el dentista en su consultorio.

Los adolescentes, especialmente las jóvenes, empiezan a preocuparse por su aspecto. El interés por los cosméticos puede ser usado por el dentista como motivación para que busquen atención odontológica. Pues casi siempre están dispuestas a cooperar para satisfacer su ego. Los problemas de manejo ocurren en las personas que están considerablemente mal ajustadas.

Cada niño reaccionará al miedo de manera diferente, basándose en las influencias del medio ambiente y su herencia, como sucede en la formación de la personalidad.

ANSIEDAD

La influencia del ambiente sobre el niño empieza a ejercerse desde sus primeros días de vida, y algunas experiencias vividas durante esa fase pueden tener afectos importantes y persistentes, a veces de duración indeterminada. Si el niño vive con padres ansiosos, él aprende a relacionar siempre la ansiedad con ciertas situaciones. Sumando a ello, también podrá volverse ansioso como resultado de sus propias travesuras: siempre que no pueda concretar un deseo intenso, experimentará ansiedad.

La tendencia a la ansiedad se evidencia de modo especial en ciertas fases de la vida es más frecuente en niños y personas mayores, y puede tener causa y formas diferentes: el miedo a la oscuridad, temor exagerado a los animales, terror a la soledad, a los médicos etc... En estos casos el tratamiento es relativamente fácil. Como la influencia de los adultos es fundamental, a ellos corresponde buscar la mejor orientación y guía.

En primer lugar, es necesario anular las causas que provocaron la ansiedad inicial en el niño, mediante explicaciones cuidadosas. El pequeño que siente terror a la oscuridad nunca debe ser encerrado en un cuarto oscuro para "curarlo"; así como también sucede en el consultorio dental, nunca debe prepararse la jeringa delante del niño, por que podremos provocar-

inquietud, haciendonos más difícil su control, y desarrollo del tratamiento.

a). Ansiedad materna.

La ansiedad es una reacción emocional elaborada por la personalidad, basada en el sentido y significado. Una situación puede suscitar ansiedad porque significa amenaza para la persona, aunque en realidad no exista tal. Lo importante es saber como la percibe el hombre y de qué manera le afecta. Sin embargo en la vida hay ciertas situaciones que tienden a provocar ansiedad en la mayoría de las personas. Una de estas situaciones es la visita al dentista.

La ansiedad es una respuesta a situaciones que son peligrosas sólo simbólicamente; La ansiedad es intangible.

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

Los factores que llegan a influir en un momento dado en la conducta del niño en el consultorio dental se deben frecuente-

cuentemente, a experiencias obtenidas por los padres, ya sean agradables o desagradables a través de sus tratamientos odontológicos que son transmitidos a los hijos; por lo que la situación ideal es aquella en la que los padres se encuentran libres de aprensión en relación a la primera visita de su hijo con el dentista, debido a que sus antecedentes de historia dental fueron aceptables.

La ansiedad materna, es decir, el temor o angustia que la madre demuestra ante el tratamiento dental influye determinante en la conducta del niño antes y durante la primera consulta, así como la aceptación o rechazo que éste manifieste en el futuro.

Algunos investigadores han encontrado una gran relación entre la ansiedad materna y el comportamiento no cooperativo del niño en el consultorio dental, sobre todo en niños entre 3 y 4 años de edad.

Factores que incluyen en la separación madre-hijo.

a) Factores que provocan tensión: ambiente extraño el niño, acompañante inadecuado, empleo del lenguaje poco familiar, dolor y enfermedad.

b) Factores que pueden reducir la tensión: acompañante adecuado (familiar), restringir movimientos corporales.

c) Factores que muestran el estado psicológico del niño; su ego, calidad de la relación madre e hijo, fantasía del do-

lor y enfermedad.

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

Han observado que los padres transmiten una mayor ansiedad y miedo a sus hijos, por lo que se establece una mejor relación, paciente-dentista cuando estos no se encuentran; además se considera que la asistente deberá transmitirle confianza al niño ya que llega a sustituir a la madre en un momento dado, durante la visita dental.

Se le permite a la madre acompañar al niño durante el tratamiento, pero únicamente como estricto observador y no enfrente de su hijo, ya que si siente ansiedad, se la transmitirá, produciendo un efecto contrario al deseado, debiendo entonces retirarse.

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

La decisión de dejar o no entrar a la madre durante el tratamiento dependerá de lo que sea mejor para ambos. No debemos atenernos a recomendaciones o reglas estrictas como --

normas generales para todos los casos.

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

DOLOR.

El dentista se enfrenta diariamente con el problema del dolor. A veces el dolor es de origen desconocido, a veces de origen claramente orgánico o físico, de naturaleza funcional o psicógena o, más frecuentemente una combinación de todos estos factores.

Los niños de muy corta edad no pueden describir muy claramente sus experiencias y sensaciones, y de esta manera, los padres pueden demorar su actuación, basándose en sus quejas, hasta que el dolor se vuelve insoportable cuando se le lleva al odontólogo, en esos momentos el niño tiene recuerdos vívidos y recientes de intensos dolores dentales.

El examen clínico de un paciente dolorido o un paciente que teme al dolor debe hacerse con mucha consideración. Es esencial tranquilizar al paciente antes, durante y después de cada procedimiento. La técnica de "diga" "muestre" y "haga" produce resultados notables.

El dolor es más que una sensación. Tiene componentes de comportamiento emocionales y autónomos, conscientes e inconscientes.

El dolor es más que una sensación. Tiene componentes de comportamiento emocionales y autónomos, conscientes e inconscientes.

Los niños de muy corta edad, cuyo comportamiento no está muy diferenciado, reaccionan llorando, o retorciéndose, o -- gritando, con igual fuerza contra cosas que no les gustan que les hacen daño. El dentista con algo de experiencia clínica -- puede predecir las posibilidades de dolor con bastante exactitud. Sin embargo, no puede predecir siempre las percepciones del paciente a los estímulos, ni sus reacciones a ellos, así que deberá estar preparado para lo peor.

Medidas Psicológicas.- Cuando el odontólogo y sus auxiliares parecen amables, competentes, con confianza en sí mismos e interesados apropiadamente en el bien estar de sus pacientes, sus acciones crean confianza y reducen el miedo del paciente. Puede ser especialmente eficaces en esto cuando conoce las diferencias culturales, educacionales y sociológicas -- entre los niños pacientes y sus familiares.

Se ha señalado los peligros de interpretación simplista del comportamiento humano, particularmente en relación con el niño paciente dental. Se ha recomendado enfáticamente que se usen precauciones extraordinarias al utilizar drogas para sedar a los niños, y se ha explicado que existen. Se han descrito varias técnicas para guiar el aprendizaje de los niños, -- que incluyen el modelado, o establecer un buen ejemplo, re--- fuerzo positivo o negativo que alienta al comportamiento deseable y desalienta el comportamiento indeseable y finalmente asociación positiva que puede usarse para extinguir las aso--

ciaciones negativas que producen miedo.

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

Los niños generalmente son muy susceptibles a la instrucción y sugestión de los adultos. Frecuentemente, es posible -- hacer uso de esta característica para ayudar a los niños a -- controlar sus reacciones al dolor y al miedo en el tratamiento dental. Esto puede hacerse distrayendo su atención o aumentando su nivel de sugestibilidad, que supone el uso de técnicas como la hipnosis. Muchas de las frases tranquilizantes -- que se usan para calamar a los niños y la idea de substituir términos desagradables por euforismos agradables, tales como decir "modelar" en vez de "rebajar" o "pinchar" en vez de "doler" ha sido consecuencia de experiencias hipnoticas.

LOS PADRES EN EL CONSULTORIO DENTAL.

Cuatro factores que influyen y es determinante en la conducta del niño son las relaciones interpersonales con sus padres.

Para que el dentista trabaje satisfactoriamente y con éxito es necesario contar con la total cooperación de ambos. Esto lo puede lograr el dentista, si está comprendiendo emocionalmente a sus pacientes, consciente de los factores psicológicos y sociológicos de sus actitudes y modelos de comportamiento hacia la odontología.

Aunque es responsabilidad de los padres inculcar en sus hijos actitudes convenientes hacia la odontología, el dentista también tiene la obligación de que los padres estén totalmente enterados y educados sobre los fundamentos más importantes de la psicología infantil.

Ya que el odontopediatra está enterado de la formación de la personalidad, y de como se desarrollan las ansiedades; debe tener diplomacia y tacto para transmitir esta información de manera profesional y adecuada; aconsejando sobre el comportamiento del niño a sus padres, y haciendo que el niño vea al dentista más favorablemente en vez de que lo vea con un miedo irracional.

Cuando se consideran el número y la variedad de factores -

emocionales que se manifiestan en las actitudes de los padres tales como afecto, indiferencia, hostilidad, rivalidad, dependencia, dominación, sumisión, también se observa la gran variedad de factores que pueden modificar la personalidad del niño. Por lo que, las actitudes de los padres pueden determinar de que un niño sea amable u hostil, cooperador o rebelde. Puesto que los niños adquieren madurez emocional de sus padres, no se puede esperar comportamientos de niños que han sido educados por padres inmaduros emocionalmente.

Todo niño tiene necesidades fundamentales de amor, protección, aceptación, estimación propia, independencia, autoridad, limitaciones, consuelo y apoyo. Estas necesidades deben cumplirse para que cada niño llegue a la madurez bien concentrado. Es necesario amor, para darle al niño la sensación de que se le desea. Le da confianza en sí mismo y en su capacidad para hacer frente a lo que le rodea. La disciplina, por otro lado, indica al niño hasta donde puede llegar, impone límites hasta los confines de su libertad, pero dentro de esos límites será completamente libre.

Cuando no existen restricciones al comportamiento de los niños, a menudo se producen sentimientos de culpabilidad, se vuelven hoscos, temerosos y ansiosos. El primer contacto del niño con la autoridad son los padres. La autoridad debe ser ejercida de manera protectora y amorosa, nunca de manera exog

siva. La autoridad ejercida correctamente dara confianza.

Cuando los padres satisfacen exageradamente las necesidades emocionales, el niño tiende a crecer con conflictos emocionales, y creará problemas con las personas con quienes entran en contacto

CONDUCTA DE LOS PADRES.

Protección excesiva.

El niño que esta excesivamente protegido, no puede utilizar iniciativa propia o tomar decisiones por sí mismo. Se pregunta al niño en cada tarea, incluso mínima, que trate de hacer. La madre lo ayuda a vestirse y alimentarse y toma parte en sus actividades sociales juegos y trabajos los cuales se ven restringidos por miedo al daño físico, enfermedades o adquisición de costumbres indeseables de sus compañeros de juegos.

Los padres dominantes.

Presentan niños muy tímidos, delicados, sumisos y temerosos. Estos niños no son agresivos y carecen de presunción y empuje social. Son humildes, con sentimientos de inferioridad, aterrorizados y con ansiedades profundas. Por lo que estos suelen ser pacientes ideales, si no son excesivos en su actitud, por que son obedientes, educados y reaccionan bien a la disciplina. Sin embargo frecuentemente, el dentista que romper "la barrera de la timidez" haciendo que el niño confie en su capacidad.

Los padres demasiado indulgentes.

Son los que dan demasiados lujos a sus hijos, y presentan niños que presentan dificultades para adaptarse al medio social que los rodea. A estos niños no se les pide que se enfrenten a realidades morales, de manera que demandan gran atención afecto y servicio. Como les hacen creer que son superiores a los demás, se vuelven desconsiderados, egoístas y tiránicos. Si no se les da lo que piden se impacientan, tienen ataques de mal genio e incluso tratan de golpear a las personas que no acceden a sus deseos. Con un dentista extraño pueden tratar de usar encanto y persuasión, e incluso son con fuerza física a los intentos de manejo el dentista. Son niños muy mimados, y aunque no incorregibles, son muy difíciles de manejar en el consultorio dental. En un gran porcentaje de los casos debe usarse algo de disciplina como medio para obtener su cooperación. Una vez que comprendan el significado de la docilidad, se vuelven excelentes pacientes.

No es raro que los padres demasiado indulgentes traigan a su hijo al dentista en forma hostil, insistiendo en que se les permita acompañarlo a la sala de operaciones. No habrá razones que hagan desistir a la madre. Ya dentro de la sala de operaciones interpretará cualquier intento disciplinario del dentista como brutalidad. Generalmente, son estos niños los que más necesitan la disciplina del consultorio. Es conveniente que el dentista tenga en cuenta, al aconsejar a padres de -

niños mimados, que estos consideren a sus hijos mejor educados de los que están, por lo que habrá de usar mucho tacto.

Rechazo

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

Los niños no deseados o rechazados no sólo sufren falta de amor y de afecto, si no que pueden ser tratados con -- desprecio y a veces con brutalidad. Puede que a estos niños se les critique constantemente, se les moleste y atormente -- continuamente con demostraciones abiertas de desagrado. Puede que estén tristemente descuidados y severamente castigados. No es de extrañar que estos niños desarrollen ansiedades profundas. Puesto que el niño no tiene seguridad en casa se vuelva suspi caz, agresivo, vengativo, combativo, desobediente, poco popular, nervioso y demasiado activo.

En el consultorio, este niño puede ser difícil de manejar. Está claro que habrá de tratarse cualquier desobediencia manifestada por el niño, no con rechazo, sino esforzando se en ser amigable y comprenderlo. Estos niños generalmente-

demandan mucho, y deberán respetarse sus peticiones en lo posible, por que están necesitados de atención y bondad. En muchos casos, el niño se porta mal para atraer la atención. Este niño recibirá la atención deseada cuando se porta bien, y no cuando se porte mal. Debe enseñársele que cuando se porta bien el tratamiento dental es mucho más agradable.

Ansiedad excesiva

Esta actitud se caracteriza por preocupación excesiva, - por parte de los padres por el niño, se asocia generalmente - con exceso de afecto protección y mimo. No se le permite al niño que juegue o trabaje solo. Se exageran mucho las enfermedades. Estos niños generalmente son tímidos uraños y temerosos. Se preocupan cada vez más por su salud, y les falta capacidad para tomar decisiones por sí mismos. Son buenos pacientes si se les instruye a vencer sus temores.

Padres dominantes.

Estos padres exigen de sus hijos responsabilidades excesivas - que son incompatibles con su edad cronológica. No aceptan al niño como es, sino que lo fuerzan a competir con otros niños - mayores o más avanzados. Al entrenarlo, fuerzan al niño, y -- son por lo general extremadamente críticos, estrictos, y a veces incluso lo rechazan. Estas molestias y críticas constantes desarrollan en el niño resentimiento y evasión, sumisión e inquietud. Puede ser común el negativismo. Si se les trata-

amable y considerablemente, estos niños generalmente pueden -
llegar a ser buenos pacientes. Su reacción es parecida a la -
producida con niños con padres exigentes.

INSTRUCCIONES A LOS PADRES.

Está comprobado que la preparación mediata del niño y de los padres antes de la primera visita dara por resultado una mejor pauta de conducta en el consultorio dental. La preparación puede empezar desde el contacto telefonico de la recepcionista con el padre. Donde ella explicará que, a menos que haya una emergencia, el doctor desearía que la primera visita se arreglara para un momento en que le permita examinarlo e introducir al niño en la odontología sin apuros. En ese momento el odontólogo podría informar de una forma breve lo que debendecirle al niño, señalar que no conviene manifestar sus temores al niño, ni usar la odontología como castigo o asegurarle que no se le hara ningún tratamiento. Ni dar información detallada respecto al tratamiento que se le realizará. A una pregunta que requiere una contestación exacta o detallada, el padre indicará que será el dentista quién la conteste.

Algunos odontólogos prefieren enviar una carta a los padres en la que se describe la política del consultorio y se indica que es lo que se ha de realizar en la primera visita; para evitar toda preparación previa del niño por parte de sus padres ya que es de suponer que el profesional lo hará de una forma más satisfactoria. Otros presentan sus indicaciones escritas a máquina o en una tarjeta impresa, de manera compacta para que las lean rápidamente y se le entrega tan pronto llega

la madre con su hijo, antes de verles, y sólo después de que -
hayan manifestado su acuerdo a la asistente se les invita a pa-
sar o llenar algún otro cuestionario de presentación. Lo que -
parece un poco chocante para encarar el problema.

Los puntos que se le deben aclarar o hacer notar al padre
son los siguientes:

Les hacemos notar a los padres que mucho del éxito del --
tratamiento depende de su cooperación y de su consentimiento -
para actuar y planear el tratamiento del niño, de acuerdo a --
nuestros conocimientos, experiencia y criterio.

Se le pide a los padres que no expresen sus miedos y an--
siedades personales frente al niño, especialmente en expresio-
nes faciales.

— Instruirlos para que nunca utilicen la odontología como
amenaza de castigo, pues el niño lo asocia con dolor y cosas -
desagradables.

— Haciéndoles que familiaricen a su hijo con la odonto-
logía para que se acostumbre al consultorio y que lo vaya cono-
ciendo, pues el peor momento para llevar a un niño a un niño -
al consultorio es cuando esté tiene dolor, lo que dificulta --
que nos podemos comunicar con él. En este sentido el odontólo-
go puede cooperar en saludar al niño con cordialidad, explican-
do y haciéndole demostraciones con el equipo. Haciéndole un pa-

queño regalo al final de la visita, hará que el niño sienta-- que que tiene un nuevo amigo.

-- Explicandole a los padres que si muestran valor a --- asuntos odontológicos esto ayudará a dar valor a su hijo. Y la necesidad de obtener servicios dentales con regularidad para-- evitar futuras molestias.

-- Pedirles que no se inquieten si su hijo llora, ya que el llanto es una forma natural de reaccionar en el niño, ante situaciones desconocidas o que teme. El profesional tomará di- ferente actitud en cada caso. Como en el típico berrinche y - sin lágrimas; que expresa ansiedad y como una forma de defen- sa, el llanto asustado con profusión de lagrimas y con un --- constante sonido de lamento, con tendencia a la histeria. A-- quí falta confianza y no disciplina, el llanto lastimero que-- casi no se oye pero las lágrimas puede ser la única manifesta- ción. Trata valientemente de cooperar y es cuando podemos re- forzar su conducta con un halago, el llanto compensatorio, -- que no es verdaderamente un llanto sino un sonido que tiende-- a apagar el sonido de la fresa, no hay lágrimas ni sollozos.

-- Si el padre ha prometido alguna recompensa para que - mejore su comportamiento que trate de no inmiscuir al dentis- ta, es como un soborno y esto puede significar para el niño - que tiene que enfrentarse a algún peligro.

-- Se les debe instruir para que no ridiculizen a su hi

lo cuando teme a los servicios dentales, ya que sólo se crean resentimientos, que dificultan la labor del dentista.

— Que no se le engañe al niño al llevarlo al consultorio en todo caso dígame la verdad y hagalo tranquilamente, sin darle trascendencia, explicándole que el dentista, como el médico, y el maestro, son personas que se preocupan por su salud física y mental por su educación.

— El padre no debe prometer al niño lo que va a hacer o no el odontólogo.

— Pedirle que si acompaña a su hijo en el consultorio, procure no intervenir en la conversación entre el y el doctor. El niño se confunde cuando hablan varias personas o recibe indicaciones de varios lados y puede no atender ninguna. Evitando la concurrencia de demasiados acompañantes.

— Que permita que el niño se desenvuelva solo. Seguramente lo logrará.

— Los padres deberán encomendar al niño a los cuidados del dentista al llegar al consultorio, y no deberán entrar a la sala de tratamiento a menos que el odontólogo así lo especifique. Cuando lleguen a la sala de tratamiento actuarán únicamente como espectadores.

IV. EL NIÑO Y SU MANEJO EN EL CONSULTORIO DENTAL.

IMPORTANCIA DE LA PRIMERA VISITA

La primera visita del niño al consultorio dental debe considerarse como una ocasión muy especial, ya que entran en juego una serie de factores de orden psicológico. Al paciente que nos visita por primera vez, sería ideal que la primera parte de la consulta no se efectuara en el sillón dental; es conveniente tener una salita o escritorio aparte para ese fin. Aunque esto no siempre es factible, en todo consultorio hay un rincón donde el profesional y el acompañante del niño pueden conversar un momento. Mientras tanto el niño observará el ambiente, podrá o no circular tomará o no contacto activo con algunas cosas, la madre le dejará o no moverse, quedará "pegado" a ella, o la señora no le soltará. Todo lo cual nos permitirá observarles para una primera impresión de sus actitudes, que registraremos.

El niño debe observar por sí mismo el consultorio dental para que le resulte una visita atractiva y de impresiones agradables; motivará así su interés en las próximas citas, ya que el aspecto agradable de un lugar causa una impresión bien determinada que puede ser intensa y perdurable. De igual manera debe ser el contacto de su primera experiencia, que en cada cita se ira mejorando, pues un sólo fracaso en este sentido puede cambiar su disposición. Y de ello dependerá que llegue a ser un mejor o peor paciente.

Hay un cierto orden para conducir la primera entrevista, pero no hay inconveniente en alterarlo según las circunstancias. Cuando realizamos nuestra historia clínica, en cada uno de sus aspectos pretendemos saber quién es, que tiene, etc. Y mientras la vamos realizando demostrarle a él y a sus padres quienes somos; todo esto de una forma cordial y amigable.

La historia clínica no debe ser sólo un interrogatorio, sino hay que observar mucho y oír más. Vale no sólo lo que se dice sino como se dice. El tiempo en que se realice la historia clínica no debe ser tan importante para el dentista, ya que además de brindarnos seguridad, es un motivo de toma de contacto con el niño. El dentista decidirá en base a su experiencia el mínimo de tiempo para efectuarla, pero todo aquello que contribuya a un diagnóstico más exacto y a formular un plan de tratamiento adecuado, requerirá más tiempo. En primer término nos interesa el motivo de la consulta.

La visita al odontólogo es para el niño una experiencia que desencadena tanto nerviosismo como dolor. Esto se debe a que en la mayoría de los casos a que acuden a la consulta --- cuando la salud bucal es deficiente e incluso existe dolor en un porcentaje elevado.

El odontólogo nunca debe perder el control, ni agotar su paciencia y capacidad de comprensión, hacia la situación en que se encuentra el paciente. Debe así mismo detectar en for-

ma breve y precisa los factores de angustia, para eliminarlos enseguida.

A nuestro paciente lo podemos situar en cualquiera de dos grupos: el de aquellos que no han tenido ninguna experiencia odontológica y el los que ya la han tenido.

Los niños que ya la hayan tenido, reaccionarán de acuerdo a lo bueno o mala que ésta haya sido. El niño que no ha tenido una experiencia médica u odontológica es un candidato ideal para convertirse en un buen paciente. Asiste a la cita con confianza, aunque atento a lo que pueda suceder. Si destruimos esta confianza quizá lo convirtamos en un paciente desdichado, pues habremos creado en él cierto temor al dentista. Nuestro comportamiento tendrá que ser distinto en cada uno de los casos. No hay que olvidar que la actitud de la asistente o secretaria será siempre tomada en cuenta por el paciente. La asistente debe tener, entre otras cualidades, madurez emocional y estar adiestrada en el trato de los niños; deberá hablar el mismo lenguaje de los niños, identificarse con ellos y atenderlos diligentemente, vistiendo ropas alegres. Pues es ella quién lo recibe al llegar al consultorio y en consecuencia quién inicialmente orientará la conducta del niño con el odontólogo.

La recepción deberá ser moderada, cordial y sincera, sin demasiada familiaridad o entusiasmo, porque algunos desconfi-

an de este tipo de actitud. No hay que darle la mano a la fuerza ni lo saludé con voz demasiado elevada. Trate al niño con confianza de una manera natural. Pues los niños temen a las caras desconocidas, especialmente cuando parecen surgir de repente. Una voz amistosa da mucha seguridad; el tener alguna información previa del niño y saludarlo por su nombre, facilitará las cosas.

Las visitas para el niño muy pequeño o muy temeroso deben ser cortas, no deben permanecer más de media hora en el sillón o hasta que el niño esté plenamente informado de los procedimientos y haya adquirido confianza en sí mismo y en el odontólogo. También la hora es importante ya que hay niños que acostumban tener siesta, los niños que vienen a la hora de la siesta están generalmente adormilados, irritables y difíciles de manejar. Cuando las sesiones se prolongan parece haber un deterioro en la conducta del niño.

A un que por primera vez asiste a un consultorio conviene atenderlo en un lapso entre dos buenos pacientes. Así verá salir a un niño tranquilo, y cuando el se retire verá en la sala otro niño igual de calmado. Por eso es recomendable, cuando el odontólogo se dedica a la práctica general, atender a los niños en determinados días.

Sería un error tratar de hacer demasiado en la práctica _

visita. Si no siente un dolor, bastará la inspección y profilaxis dental, aún cuando haya muchos dientes cariados o destruidos, también tomará las radiografías. Después el dentista debe invitar al padre para discutir brevemente lo observado y el tiempo que será necesario para completar el tratamiento.

Es responsabilidad del dentista, en el paciente de urgencia aliviar el dolor y determinar si la situación puede convertirse posteriormente en una amenaza a la salud general del paciente. Se introducirá al paciente al consultorio dental, previa realización del cuestionario de salud. En casos de urgencia los niños suelen generalmente ser muy aprensivos, sobre todo si se procede a realizarse, sin explicación previa, tratamientos dolorosos.

El odontólogo deberá resolver primero la reacción al medio, antes de examinar o tratar al niño. Luego, con el paciente ya más tranquilizado, la acción deberá estar encaminada a controlar la urgencia, evitando, donde sea posible, el aumentar la molestia.

El tratamiento deberá ser breve y sencillo. Un niño que teme al dolor aceptará el procedimiento si tiene la seguridad de que el alivio llegará pronto.

En una futura cita se establecerá el tratamiento definitivo, si fuera necesario. Los dolores dentales más comunes -

en los niños son los originados por los abscesos de origen pulpar.

Hay adultos que prefieren silencio cuando se esta trabajando en ellos. Sin embargo a la mayoría de los niños les gusta oír hablar al dentista. Cuando se les habla a los niños se les deberá de ponerse a su mismo nivel en posición y conversación, en palabras e ideas. Con palabras cotidianas y sencillas que usan los niños de la edad de su paciente, de temas familiares y aún poner algo de fantasía para dar más interés. Si los niños hacen preguntas trate de responder con la mayor exactitud posible, pero no deje los niños usen las preguntas como medida dilatoria.

Se le deberá dar al niño una atención completa, como si el fuera el único paciente que usted ve al día. Tampoco deje al niño muy pequeño sentado solo en el sillón ya que eso puede aumentar sus temores.

Es necesario insistir en la educación y prevención odontológica por parte del dentista, en la observancia más o menos estricta de hábitos de higiene y alimentación apropiada. El uso de dispositivos, dibujos, películas y de equipo audiovisual es muy útil en la enseñanza de técnicas de cepillado, limpieza y prevención. Cualquiera método es más o menos bueno para motivar a los niños, esto dependerá del doctor.

Sería ideal tener un departamento de prevención que mane-

Je; dieta, profilaxis, técnica de cepillado, control de placa, uso de flúor como complemento de higiene, aplicaciones tópicas de fluor, material educativo de higiene bucal, selladores de fisura, etc.

ACTITUD DEL OPERADOR Y TECNICAS.

Para la modificación de la conducta, existen algunas técnicas; que nos guiarán para el manejo exitoso del niño en el consultorio.

Como los dentistas están bien enterados de la ansiedad y consecuencias de la conducta mal adaptada que muestran frecuentemente algunos niños y aún adultos durante el tratamiento dental. Hay tres técnicas que han demostrado ser altamente efectivas en reducir la ansiedad y la conducta inapropiada en los niños. Aunque las técnicas no son necesariamente nuevas. Son la Desensibilización, modelaje y contingencia. Usando las técnicas una por una es efectivo pero la combinación de las tres ha producido un patrón de conducta más recompensante.

DESENTIZACION (desensibilización).

La técnica es considerada por los terapeutas de la conducta como una de las formas para reducir la ansiedad mal adaptada. La técnica implica una relajación profunda en el paciente. Se describen escenas imaginarias apropiadas para el temor del paciente, mientras el paciente está relajado. Las escenas son relatadas en una forma jerárquica o graduada, así que, primero las escenas que provocan el mínimo de ansiedad son descritas y gradualmente situaciones más tensas son presentadas. Una importante reducción en la ansiedad en una respuesta similar a las situaciones de la vida real, generalmente resulta de unas cuan

tas sesiones del sistema de desentización. La técnica es altamente efectiva en tratamiento de fobias. (Wolpe ha sugerido la desensibilización es efectiva porque el paciente es enseñado a substituir una respuesta emocional apropiada (relajación), por una respuesta emocional inapropiada (ansiedad). Wolpe usó el término "inhibición recíproca" para describir el proceso en el cual una persona experimenta ansiedad en asociación con cierto estímulo que puede ser hecho para experimentar una respuesta que inhiba la ansiedad de ese mismo estímulo. En esta forma, la ansiedad promueve un estímulo conbinado con relajación que puede ayudar a reducir la respuesta de ansiedad.

Wolpe y Zurilla han sugerido que tanto el proceso de relajación profunda, así como lo imaginario de la desensibilización puede ser necesaria para lograr buenos resultados con el empleo de esta técnica.

La técnica de desensibilización es similar a la de "decir, mostrar y hacer" se aproxima a la popularizada por Addles. Y la técnica es especialmente útil durante la primera visita del niño y citas subsecuentes, cuando nuevos procedimientos se llevan a cabo y cuando se refiere al trato de pacientes quienes no han tenido técnicas de explicaciones de sus dentistas anteriores de este modo que el "decir mostrar y hacer" parece que ha probado utilidad en prevenir el desarrollo de temores dentales en pacientes, también eliminar temor o mala conducta -

nuevos; también eliminar temor o mala conducta en pacientes -
previamente sensibilizado.

La técnica en el "decir mostrar y hacer" parece ser muy simple. En el que el propósito básico es luchar contra el temor del niño a la gente nueva y extraña y al ambiente, el temor de los niños es vencido hablandoles de la nueva situación, mostrándole que se le hará y haciéndolo mientras se lo repetimos. Este proceso de "decir, mostrar y hacer" será continuado desde la primera entrada a la oficina hasta durante todo el tratamiento. Se deben hacer esfuerzos durante el primer encuentro con el niño, en colocarlo y mantenerlo en un estado de ánimo relajado. Amistad, simpatía e intentos para hacer la visita agradable tanto como sea posible sirve para ocasionar la "inhibición recíproca". Una jerarquía es establecida al introducir al niño a diferentes fases del tratamiento dental regularmente asociados con niveles bajos de ansiedad. Y avanzando a fases más complejas con cada persona nueva, instrumento o procedimiento que es presentado al niño se pone cuidado en el uso de "decir, mostrar y hacer". Por ejemplo en algunas de las fases críticas tales como:

Presentación. — "Hola Lulú soy la Dra. Lopez y esta es mi ayudante, la Srta. Lauri, nos gustaria conocerte, así que queremos ser tus amigas y podemos ayudarte".

Operatoria. — "Esta es mi oficina, en donde puedo limpiar los dientes de los niños. Tiene una silla especial que -

se mueve para que te puedas sentar confortablemente. Esta es y na luz brillante para que podamos ver tus dientes. Tenemos muchos gabinetes como la cocina de tu mamá, guardamos todas nuestras cosas y cepillos de dientes.

Radiología. — "Esta es una camara especial con la cual tomamos fotos a tus dientes".

Profilaxis. — "Vamos a usar un cepillo electrico y una pasta especial para limpiar tus dientes"; -a veces se limpian las uñas de los niños como una introducción de la profilaxis.

Examen oral. — "Voy a contar tus dientes con un contador de dientes especial" (con el explorador).

Anestesia. — "Voy a poner tus dientes a dormir para que nada los moleste, tus dientes dormiran y sentiras como cuando tu mano se duerme, pero tú estaras despierto y nos hablarás, usando una una pasta durmiente y agua en una maquina especial para poner tus dientes a dormir".

Dique de hule. — "Voy a poner un abrigo especial sobre tu diente para mantenerlo seco, y sacaremos el agua con una manguerita y usaremos un botón para sostener el abrigo del diente".

Restauración. — "Vamos a usar un agua que sumba para que remueva lo podrido y germenos de tus dientes, luego pondremos un relleno de plata en tus dientes para hacerlos fuertes otra vez".

Esto es sólo un esbozo de un estilo de hablar para explicarle al niño lo que vamos a hacer.

MODELAJE.

El uso de la técnica de modelaje en el consultorio dental es relativamente reciente. El procedimiento básico es exponer al paciente uno o más individuos que muestren una conducta adecuada. El paciente referido como el observador, frecuentemente imitará la conducta del modelo puede ser presentado (en vivo) o filmado (simbólicamente), con resultados igualmente exitosos.

Los procedimientos de modelaje han demostrado ser efectivos para cuatro funciones básicas: Adquisición de una buena conducta; facilitación de la conducta ya en el repertorio del paciente en un tiempo o forma más adecuada; desensibilización de un paciente con una conducta de temor; y extinción del temor asociado con un estímulo. Es raro que el modelaje se use para la adquisición de una nueva conducta. El modelaje ayuda a eliminar el temor e inhibición, por lo general se utiliza en este orden de procedimientos:

- Se obtiene la atención del paciente.
- Se modela la conducta deseada.
- El modelo de la conducta deseada cuando el paciente esta esperando copiar la conducta modelada.
- Un refuerzo en la conducta guía puede ser provisto
- Un refuerzo en la conducta que no requiere guía puede

ser provisto.

--- Un refuerzo en la conducta apropiada inhibido por el paciente sin previo modelaje puede ser provisto. Como evidentemente aquí, el refuerzo puede con frecuencia acompañarse de la técnica de modelaje. el uso de las películas ha demostrado una conducta menos temerosa durante el tratamiento dental.

En la práctica privada, se debe considerar el tiempo que los niños permanecen en la sala de espera, antes de ser atendidos, ya que pueden ser influenciados por la ansiedad de la madre. El modelaje vendría a beneficiar con el mínimo de esfuerzo. Un paciente con un comportamiento poco cooperativo se evitará como modelo, por lo que el dentista decidirá que tipo de paciente debería ser empleado como tal, y a quién le favorece la observación del mismo.

Se debe elegir de preferencia un modelo de la misma edad y sexo.

ADMINISTRACION DE LA CONTINGENCIA o de refuerzos.

La administración de la contingencia implica la presentación o retiro de refuerzos para incrementar la frecuencia de la conducta deseada. Los refuerzos por definición siempre aumentan la frecuencia de una conducta. Los terapeutas de la conducta recomiendan que los refuerzos únicamente sean dispensados eventualmente, un refuerzo debería ser dado después de que

ocurre la conducta deseada. (Se debe hacer notar que esta no es el significado más común asociado con la palabra eventualmente o contingentemente esto es más a menudo asociado con dependencia en oportunidad, o condiciones inciertas. Hay dos tipos de refuerzos, positivo y negativo. La presentación de un refuerzo positivo o eventual retiro de un refuerzo negativo aumentará la frecuencia de la conducta deseada.

Refuerzos positivos:

-Alagos (refuerzos verbales) también son refuerzos sociales. Por ejemplo:

!Bien!, !Excelente! !Estupendo!

!Que bien!, ! Buen trabajo!

!Excelente!, Buena idea, Que interesante.

! Que inteligente!, gracias, !me caes bien!

Gracias por tu ayuda, etc.

-Expresiones faciales:

Sonriendo, mirando interesado, guiñando el ojo, etc.

-Contacto físico:

Una palmada, un abrazo, un saludo de mano, etc.

-Reforzadores activos.

Ir de picnic, ir de vacaciones ver una película, estudiar con un amigo, hacer una fiesta, jugando con los amigos etc.

PERSUACION.

La persuasión es un procedimiento activo que es de mucha utilidad en el manejo del niño, ya que nos ayuda a lograr un mutuo entendimiento entre el dentista y el paciente sobre lo que se esta hablando o sea el establecimiento de la comunicación, que es uno de los objetivos que se pretende alcanzar. Para lograr comunicarnos con el niño nos podemos valer de preguntas con respecto a su persona o medio ambiente, incluyendo además acciones como acariciarle la mejilla el cabello, etc; que pueden conducir al niño a dar su aprobación o aceptación. Tanto la actitud como los sentimientos son importantes para llegar a establecer la comunicación. El odontólogo deberá aceptar al paciente no solamente cuando demuestra buen comportamiento, sino también cuando es rebelde y agresivo, pondrá atención a sus palabras y sentimientos contestando a sus preguntas sin rodeos, con un lenguaje y conceptos a su nivel de entendimiento.

El dentista debe dedicar tiempo suficiente para ganar la confianza del niño con mucha habilidad. Addles ha descrito la técnica de "decir mostrar y hacer" cuyo procedimiento es el siguiente:

Se le debe explicar al niño como y porque se van a emplear los aparatos con los cuales va tener contacto, como el aparato de Rayos X, la lampara dental algunos instrumentos etc. Se le darán a entender los procedimientos como son la profila-

xis, toma de radiografías, examinación oral, etc., en el lenguaje claro de acuerdo a la edad del paciente, evitando cualquier comentario que pudiera ser mal interpretado o que pudiera alarmarlo, provocándole temor y confianza. El dentista se puede ayudar demostrándolo sobre él mismo y por último sin desviarse de la conversación y demostración del tratamiento, se llevara a la práctica.

La administración del anestésico local juega un papel muy importante en la práctica diaria, por lo que tenemos que tener en cuenta los siguientes detalles: si ha tenido una experiencia previa, se le dara una explicación del empleo de la anestesia y de los efectos que está va a producir, nunca se le mentará acerca de la molestia o el dolor; diciendo por ejem: — Voy a ponerte algo para que tus dientes duerman, para que nada los moleste. sentirás tu labio grueso, pero tú estarás bien y podrás hablarnos, usaremos una maquina especial para poner aguita". Se recomienda ponerle un espejo para que se vea después de aplicarla. El dentista deberá mostrar seguridad, cuando se acerque al niño debe confiar en su habilidad, no manifestando gestos de preocupación o susto ya que afectaria inmediatamente la conducta del niño, si este se encuentra observandolo. Es importante el uso de anestésico tópico por lo menos unos segundos antes de su aplicación.

En el momento de la aplicación del anestésico, se deberá

evitar manipulaciones bruscas y así evitar la interferencia - del paciente, por lo que la asistente deberá encontrarse al lado del niño por si esto llega a ocurrir.

También se debe evitar que el niño vea como la asistente prepara la giringa y de que manera la entrega al dentista. Es muy importante que se distraiga su atención en esos mismos momentos de temas ajenos a la odontología evitando el silencio.

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

El odontólogo deberá asegurarse que su transmisión sea interesante, informativa, amigable, confidencial y sincera. Debe tener paciencia pero hacer sentir su autoridad, tener suficiente habilidad para trabajar suave y rápidamente, comprender el carácter del niño y conocer su temperamento para adaptarse a sus procedimientos. Esta postura unida a la habilidad técnica asegura al paciente un cuidado excelente en la boca y procura al dentista el éxito.

CONTROL DE LA VOZ.- Se ha reconocido y valorando la importancia que tiene el tono de la voz que el dentista emplea para dirigirse a sus pacientes; por lo que un cambio de volumen ayudará a obtener la atención del niño.

TECNICA DE MANO SOBRE BOCA Y NARIZ.

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

Se coloca la mano sobre la boca del paciente cubriendo la nariz (en caso necesario), con nuestra cara muy cerca de la del niño y se le dice directamente al oído "si quieres que retire mi mano, deberas dejar de llorar y escucharme, solo quiero ver tus dientes", "¿estas listo para que quite mi mano?". Si el niño asienta con la cabeza se retirará la mano. Si una vez llevado a cabo esto, el niño continua gritando, se repetirá la acción cuantas veces sea necesario hasta lograr el objetivo deseado.

Mientras el niño se repone se establecerá una conversación para distraer su atención y no tocando el tema respecto a su conducta o al consultorio

Una vez que ha terminado la cita y antes de que el niño salga del consultorio, se le dirá que haga dos favores, uno que se le quiere ver otra vez y otro que le diga a sus padres que se ha portado muy bien.

Varios autores dan su opinión al respecto, manifestando su desacuerdo hacia la técnica mencionada, describiendola como anticientífica, otros que podría provocar un trauma psicológi-

co teniendo como resultado un resentimiento perdurable. Al---
guión más opina que no es necesaria dado que contamos con el -
método de la premedicación y otro autor opina que sólo debe u-
sarse en casos extremos y como último recurso, haciendo al ni-
ño consciente de que su estrategia no sirve en un momento dado.

Se aclara que la técnica nunca deberá usarse como un cas-
tigo y que se llevará a la práctica en niños saludables y mayo-
res de tres años, contraindicándose en niños con retraso men-
tal o en niños muy pequeños.

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

Para llevar a cabo esta técnica es necesario la autoriza-
ción de los padres, si es posible con la obtención de una fir-
ma.

El dentista debe controlar bien sus emociones ya que de -
lo contrario podría resultar un manejo impropio de su conducta,
malograndose de este modo los propósitos de la odontopediatría.

V. LOS NIÑOS IMPEDIDOS.

CIERTOS ASPECTOS ACERCA DEL MANEJO DE
DE NIÑOS IMPEDIDOS EN EL CONSULTORIO...

Cuando se llegan a tratar niños impedidos o minusválidos, se hace necesario tener con estos niños más cuidados, atención confort, estímulos reposo y mucho afecto. Para que puedan desarrollar una sensación de seguridad, es muy importantes que quienes los rodean los acepten, y se les ofrescan oportunidades para adaptarse a la sociedad.

Algunos requieren mucha ayuda, como por ejemplo, los retrasados mentales para compensar la dificultad motora, sensorial o intelectual, lo cual no les permite desarrollarse al mismo ritmo que sus compañeros de su misma edad. Por lo tanto no deben ser marginados como si fueran individuos irrecuperables para la sociedad.

En las ultimas decadas, el niño que padece algún defecto ha empezado a ser considerado desde otro ángulo. Por otra parte el número de niños afectados por defectos congénitos está disminuyendo gradualmente, gracias a la creciente de la salud de las madres y de sus hijos y por la rigurosa asistencia médica a que son sometidos los recién nacidos.

Otro factor con que se cuenta es la importancia de identificar de inmediato cualquier sintoma de anormalidad. Así una vez diagnosticada la afección que incapacita, se puede efec---

tuar el tratamiento sin demora. El paladar hendido, algunas lesiones cardiacas congénitas, y ciertas malformaciones de los miembros, por ejemplo, pueden ser corregidas exitosamente en niños de corta edad, por medio de técnicas quirúrgicas altamente especializadas.

Una vez que hemos conocido al niño en su forma normal y sana al niño en sus diferentes fases y etapas, nos guiaremos para que tanto más podamos tratar al niño incapacitado, con el cual debemos recalcar nuestra paciencia, transmitiéndole más amor, confianza y mucho más comprensión; pues en muchos casos es difícil razonar con ellos por sus deficiencias y por las experiencias subjetivas u objetivas previas que han tenido en el transcurso de su vida y a los tratamientos que han sido sujetos. Aunque muchos de estos pacientes han sido controlados y orientados por instituciones u hospitales.

La gran mayoría de este tipo de niños actúa por impulsos, el miedo al dolor puede manifestarse de manera desagradable, sin saber que existen pocas razones para asustarse.

A pesar del deseo que tiene el niño de agradar, se le --- hace imposible ser complaciente en presencia de un miedo insostenible al dolor. El doctor tiene a veces dificultades para poder comprender esta actitud e incluso difícil para el niño darse cuenta de su actitud o comportamiento.

Su lógica va a estar basada en sus sentimientos, y el comportamiento estará regido por el condicionamiento total del niño, en el consultorio.

Nos vamos a dar cuenta que estos niños se portan en el consultorio de una manera tal, que en el pasado les ayudo a liberarse de algo desagradable, y si en la casa puede evitar lo desagradable con negativismo y arranques de mal genio trataran de hacer lo mismo frente al dentista. Pero a veces el comportamiento de estos niños puede ser modificado con mucha cautela de parte del operador.

No se puede hacer trato con estos niños acerca de su comportamiento, en estas ocasiones es mejor ser autoridad benévola que darle al niño a elegir sobre la acción.

Hay ocasiones en que el procedimiento que vamos a realizar tiene que producir molestias o dolores, aunque sean mínimos, en estos casos es mejor prevenir al niño y conservar su confianza que dejándole creer que ha sido engañado.

Algo que es muy importante, es que el niño sienta que todas las personas del consultorio le infundan confianza, pues son muy sensibles a emociones ocultas, e identificarán rápidamente cualquier falta de entusiasmo. El odontólogo debe emplear sus conocimientos para no producir traumas.

Como al igual que todos los niños, también ellos necesitan de la odontología, es esencial que el trauma que se les produce sea mínimo. Entre todos los problemas asociados a la odontopediatría, el manejo es sin duda el más importante, ya que si no existe cooperación adecuada del paciente, los procedimientos dentales se vuelven muy difíciles y a veces insostenibles.

Existen varios métodos para la cooperación del paciente y disminuir las molestias tales como sedantes analgésicos, tranquilizantes, hipnosis y anestesia general.

Los problemas psicológicos que afectan a los incapacitados depende de la personalidad, edad, grado de dependencia y antecedentes familiares.

El temor a atender dichos pacientes es casi siempre porque ignoramos como tratarlos tanto psicológicamente como médicamente por desconocer o no acordarnos de los síntomas y signos de su enfermedad, de lo que está indicado y no, sobre todo en el campo de la medicación por lo que hablaré de manera general de estas enfermedades; para darnos cuenta si estamos aptos para atender un niño con deficiencias, conocer nuestras limitaciones o pedir la colaboración de colegas o bien para canalizarlo adecuadamente a un hospital en donde requiera cuidados especiales.

PARALISIS CEREBRAL.

Es la afección neurológica que se caracteriza por un trastorno principal de la función motora. Generalmente es de carácter no progresivo y aparece en la primera o segunda infancia. El término parálisis cerebral fue adoptado popularmente por el uso, aunque no sea completamente adecuado desde el punto de vista médico.

Las anomalías motoras que se inician en la primera infancia son muy numerosas para tratarlas aquí. Sin embargo, diremos que están clasificadas según la extensión y naturaleza de la anomalía, expresión que se utiliza para designar toda perturbación en que haya espasmo muscular, no obstante, hay otras alteraciones nerviosas que pueden o no presentarse en la parálisis cerebral. La presencia de estos defectos se debe principalmente a traumatismos de parto, enfermedades genéticas o infecciones. Estas anomalías motoras de la primera y segunda infancia son relativamente frecuentes, y la mayoría de los niños afectados pueden llegar a la vida adulta. Existen cerca de medio millón de niños espásticos en el mundo, y la mayoría de ellos no puede asistir a la escuela común aunque su mente sea normal. Es necesaria una ayuda y dedicación inmensa para lograr que el niño espástico lleve una vida útil y feliz; en los últimos años se lograron resultados maravillosos, hasta en los niños con deficiencias físicas graves.

En términos generales, los padres deben consultar al médico si:

- a) a la edad de diez meses el niño no fuera capaz de mantener la cabeza levantada al ser sostenido por la espalda;
- b) si el niño no caminará hasta la edad de dieciocho meses;
- c) si se advirtiera una distorsión en el movimiento de los brazos cuando el niño comienza a caminar.

Espasmos musculares pueden obligar al niño a adoptar posturas extravagantes. Además, habitualmente se observan dificultades para hablar y convulsiones, que a su vez son capaces de causar otras lesiones cerebrales. Al llegar la edad escolar, el niño espástico, por lo general, es mentalmente retrasado, aunque hay excepciones. No se conoce cura para esta enfermedad.

Problemas dentales de niños con parálisis cerebral.

La mayoría de los niños con parálisis cerebral, tiene un elevado índice de caries en comparación con los niños normales este aumento puede atribuirse a inadecuada higiene bucal, a alimentos blandos y cariogénicos.

Generalmente presentan enfermedades parodontales que pueden ir desde una gingivitis hasta bolsas parodontales.

Aquellos pacientes cuyos problemas médicos incluyen etapas convulsivas y tienen que ingerir drogas del grupo Dilantil, casi siempre presentan una gingivitis crónica, y una gran can-

tividad de afecciones severas.

Es muy frecuente encontrar maloclusiones debido a la anormal actividad muscular, pero la magnitud de esta, va depender del grado de tonicidad de los musculos faciales, masticatorios o de deglución, así como de los movimientos involuntarios de estructuras que influyan en los arcos dentales.

En pacientes con parálisis cerebral el bruxismo puede ser muy severo, y es común encontrarlos en pacientes que tienen contracciones musculares involuntarias.

Tratamiento

El tratamiento odontológico de los pacientes con parálisis cerebral va depender de las limitaciones mentales y motoras que se presenten, pero en la medida de lo posible, se va a entrenar al niño a cepillarse los dientes ya sea en forma común o por medio de un cepillo eléctrico. Si el niño no puede hacerlo se le explicará a los padres la importancia de que ellos lo hagan.

En este tipo de pacientes está contraindicado usar prótesis removibles parciales o totales, debido a su incapacidad muscular. también se deben evitar factores de irritación local como son: restauraciones defectuosas, puntos prematuros de contacto y también hábitos orales.

La anestesia general esta ampliamente recomendada en estos pacientes, ya que permite un mejor manejo del niño. O controlan (quietud) por medio de fármacos.

SINDROME DE DAWN (mongolismo).

El cuarto tipo importante de malformaciones congénitas se debe a la presencia de cromosomas anormales en las células sexuales del padre o de la madre. Los defectos más conocidos son los causados por un número irregular de cromosomas. El niño mongoloide por ejemplo tiene un cromosoma adicional al par XXI y, por lo tanto, el total de cromosomas es de 47, - en vez de 46.

El mongoloide padece siempre de deficiencias mentales, a los que se suman algunas anomalías físicas. Son característicos los ojos entrecerrados, con los párpados caídos sobre sus bordes internos; orejas pequeñas; cabeza chata; una separación muy grande entre el primero y el segundo de los dedos de los pies; tendencia a desarrollar un pecho voluminoso, y dedos muy pequeños curvados y cortos. Son llamados así debido a una cierta semejanza con la de los individuos de raza mongólica.

El síndrome de Dawn afecta al 5% de los niños deficientes. Existen innumerables alteraciones en los diferentes órganos y sistemas. Hay anomalías nerviosas y mentales. Es -- frecuente apreciar diferencia entre la edad cronológica y la edad aparente. En general son personas afables, cariñosos, --

juguetones, chistosos, inocentes y que se adaptan bien a la vida escolar, lo que a veces les permite desarrollarse mentalmente si se les brindan estímulos suficientes y un entrenamiento especial. En la mayoría de los países latinoamericanos existen escuelas oficiales y entidades particulares que cuidan a los niños con deficiencias muy acusadas.

John Halt (educador). observo que el niño retardado se adapta mejor cuando le permiten portarse de acuerdo a su edad cronológica. Esto significa que el tratamiento incluso los cuidados y el entrenamiento que se le brinden deben acompañar las características individuales del paciente.

Problemas dentales.- Es frecuente encontrar ausencia de dientes o retardo en la erupción, la morfología dentaria también puede estar alterada; numerosas investigaciones han encontrado que tienen una notable resistencia a las caries, Sin embargo han encontrado que presentan enfermedades parodontales, maloclusiones clase III de Angle por falta de crecimiento del maxilar superior. Tienen lengua alargada o espacio reducido de la boca. Algunas veces hay respiración bucal debido a la mala posición de los dientes o por un mal hábito del niño.

Tratamiento odontológico.

Los niños con Síndrome de Dawn pueden recibir un tratamiento odontológico igual que los niños normales, y al parecer no hay contraindicaciones para el anestésico local.

Se pueden entrenar para que se cepillen los dientes adecuadamente, ya sea con un cepillo normal o eléctrico.

Los aparatos protésicos y ortodónticos están contraindicados por las anomalías bucales antes mencionadas.

Los niños con enfermedades cardíacas congénitas necesitan un plan de tratamiento especial, que varía de acuerdo a su estado de salud.

Sin embargo, nada impide a los padres profesar amor hacia su niño defectuoso. Las personas extrañas tal vez experimenten cierta molestia, confusión y hasta repulsión (que no es más que una forma de hostilidad) cuando están en presencia de un niño mal formado. No obstante para quienes viven con él, no es más que un niño diferente, pero tan querido y merecedor de cariño como cualquier otro.

RETARDO MENTAL.

Nos referimos al retardo mental, cuando los procesos intelectuales no han madurado plenamente, es decir no se han desarrollado totalmente. Antiguamente eran catalogadas todas las enfermedades de debilidad mental como hereditarias, pero hoy se sabe que también hay alteraciones mentales congénitas por distintas causas como, por ejemplo, trastornos en el organismo protéico, diversas enfermedades e infecciones que el niño pueda adquirir durante la vida intrauterina, alteraciones hormonales como la profusión tiroidea, etc.

La edad intelectual puede ser medida por medio de determinados test, en las que se llega a saber el grado de debilidad mental. Stanford-Binet ha dividido la inteligencia en cinco niveles que son:

1. Personas con un C. I. entre 68 y 83, que pueden no mostrar problemas en el desarrollo, socialmente adaptables, capaces de cursar algunos grados escolares y sostenerse económicamente así mismos pero nunca llegan a alcanzar el nivel normal. Limitrofe.

2. Personas con un C. I. entre 52 y 67, durante los primeros años puede adquirir habilidades sociales; tiene un mínimo en las áreas sensoriomotoras, y con frecuencia no se distinguen -

del niño normal hasta después de los cinco años de edad. Al -- llegar a la adolescencia, es capaz de cursar la primaria, es a daptable socialmente y puede ser entrenado para que se sosten-- ga por sí mismo económicamente. Leve.

3. Personas que tienen un C. I. entre 36 y 51, en su in-- fancia pueden hablar y aprender a comunicarse, tienen dificul-- tad para establecer relaciones interpersonales, y no se adap-- tan facilmente a nuevos ambientes. Moderado.

Generalmente no pueden estudiar mas del 2° de primaria, - pero logran sostenerse a sí mismos, realizando trabajos semi-- especializados o no especializados. Pueden presentar: lesiones cerebrales, desordenes metabólicos y anormalidades genéticas. Su coordinación motriz es deficiente, además su peso y estatu-- ra es menor a la normal.

4. Poseen un C. I. entre 20 y 35 tienen un escaso desa-- rrollo motor y su lenguaje es mínimo. Generalmente hablan y a-- prenden a caminar tardíamente, pero logran aprender algunos há-- bitos elementales como son el aseo y la limpieza. Se deben su-- pervisar constantemente para que sea capaz de contribuir par-- cialmente a su propio sostenimiento, además presentan desorde-- nes de tipo neurológico. Agudo.

5. Casi siempre su nivel intelectual es menor de 20, en - sus primeros años hay un retraso total en su desarrollo senso--

motor. Necesita de cuidados especiales, ya que no puede bastarse así mismo. Tiene múltiples defectos corporales y neurológicos. Generalmente debe estar en cama o permanecer en una silla de ruedas. Profundo.

Algunas ocasiones es difícil determinar la etiología de estos padecimientos sin embargo, cuando logra detenerse en los primeros meses de vida es posible implementar un método de tratamiento que pueda el niño tener un desarrollo intelectual y motor.

No hay ninguna medida profiláctica contra el retardo mental, salvo el cuidado de la madre durante el embarazo para evitar toda clase de infecciones. Y el tratamiento depende de la causa.

Tratamiento en el consultorio dental.

Aquellos niños que padecen de esta disminución intelectual, suelen ser capaces de no colaborar totalmente con el odontólogo pero algunos pueden seguir las instrucciones si les son dadas de una manera simple. Hay que recordar que su edad cronológica no coincide con su edad mental, y no debemos esperar demasiado de ellos. El razonar con estos niños puede no dar resultado alguno; a veces es necesario dejarlos llorar y proseguir la labor con firmeza y suavidad.

Por lo general la mayoría de los pacientes mentalmente retardados que llegan a la categoría de subnormalidad leve puede tomarse a los niños con algo más de firmeza y comprensión - que los requeridos para tratar a pacientes de 8 a 10 años.

Hay que usar siempre la comprensión y paciencia, solo así el odontólogo puede ganar la confianza de estos niños. Si no se logra el nivel de cooperación necesario, y si se necesita de un trabajo o rehabilitación extenso, la anestesia general nos ayudará a realizarlo con éxito.

La premedicación, por lo general se usan medicamentos que producen sedación como la benzodiacepina, Valium; Difenilmetanos como Atarax y Vistaril.

En muchos casos existe macroglosia, y para evitar el vómito, se puede emplear; el lactato de Siclizina, marezine.

EPILEPSIA.

Es una perturbación intermitente de la función encefálica, asociada con perturbaciones de la conciencia. El término incluye un conjunto de enfermedades, y no solamente una. A pesar de que el tipo más común de epilepsia (" gran mal ") se presenta acompañado por convulsiones, y se caracteriza por accesos recurrentes de convulsiones generalizadas, durante las cuales todo el cuerpo se estremece en una serie de cortos espasmos. No todas las convulsiones son de naturaleza epiléptica. En cincuenta de cien casos el paciente se da cuenta que va a sufrir una convulsión. Este presentimiento es llamado "aura" puede asumir la sensación extraña de desasociado e ir acompañada por un olor característico, o la impresión de ver luces resplandecientes. Después de algunos segundos el paciente cae al suelo. Actualmente es posible controlar la mayor parte de las manifestaciones epilépticas y prevenir los ataques con la ingestión regular de drogas apropiadas.

La etiología puede ser de dos grupos: en idiopáticos y -- sintomáticos. Las idiopáticas generalmente son de origen genético.

Las epilepsias de origen sintomático se asocian con patologías del cerebro debidas a anomalías del desarrollo, lesión o

enfermedad

Manejo general.

La epilepsia puede estar asociada con trastornos mentales pasajeros o permanentes de carácter psicótico, por lo que el niño en tal caso puede caer en lo que llamamos psicosis epiléptica, tornándose agresivo y con ciertos grados de personalidad tales como : terquedad, prolijidad, irritabilidad, superficialidad de efecto y tendencias hipocondriacas.

En términos generales los niños epilépticos debemos tratarlos como a cualquier otro niño.

Cuando los padres o cualquier otra persona presencie alguna convulsión, no hay que intervenir, dejar al niño y lo único que hay que hacer es checar que no vaya a sufrir cierta asfixia en caso de que no controlara su lengua y obstruyera la respiración.

Problemas dentales.

Con excepción de la hiperplasia fibrosa de la encía producida por el anticonvulsivo: Dilantina , el niño no sufre problemas dentales especiales debido a su enfermedad. En la mayoría de los casos la hiperplasia se elimina quirúrgicamente y después controlarse por procedimientos bucales profilácticos adecuados.

Tratamiento Estomatológico

El odontólogo debe familiarizarse con el tipo y frecuencia de los ataques epilépticos del niño antes de iniciar el tratamiento.

Los trastornos pueden manifestarse en forma de ataques diferentes, el odontólogo deberá reconocer dos de ellos: El ataque del pequeño mal y ataque del gran mal y así estar preparado para hacer frente al problema.

Se mencionará a continuación lo que hay que hacer en caso de que el niño sufra un ataque de estos.

Si el paciente ha manifestado una historia de epilepsia y de pronto se torna pálido, se dilatan sus pupilas, giran sus ojos y vuelven la cabeza a un lado, se insertará en sus dientes algo de goma o de madera para que no se muerda su lengua, de las contracciones tónicas y luego clónicas de los músculos de la masticación.

Muchas veces el lugar más seguro para un paciente así es el suelo en una área libre de muebles y paredes donde pudiera lastimarse o provocarse algún traumatismo.

Premedicación

Entre muchas drogas utilizadas para la epilepsia están: el fenobarbital y dilantina.

Es útil considerar el tipo de medicamento que utilizará - el paciente, las dosis y el tiempo transcurrido desde la última ingestión, para poder determinar la cantidad y el tiempo de la sedación que podemos usar antes de la cita.

LABIO LEPORINO.

Son infecciones de tipo congénito (malformaciones). En el labio leporino persiste la hendidura incompleta, total o parcial, del labio superior. En la fisura palatina existe una hendidura a lo largo del paladar. Ambas lesiones pueden producirse a un lado o en los dos lados; la localización en el lado izquierdo es más frecuente que en el derecho. La llamada hendidura palato-maxilo-labial, es la más compleja y difícil; abarca el labio superior en su totalidad, la nariz, y el paladar duro y blando con la úvula. Esta malformación dificulta la toma de alimentos de tal manera, que estos niños no pueden succionar el pecho materno y han de ser alimentados con biberón o por medio de una sonda. Por procedimientos quirúrgicos y protéticos se puede mejorar tanto la función alimenticia como el aspecto facial de estos niños. Si no se operan, se añade más adelante una alteración del lenguaje a la deformación preexistente.

Tratamiento.- Hay dos tipos de tratamiento; físico y recurrente. Físico en que se puede restaurar parcial o totalmente la función del velo palatino.

Un tipo recurrente a los procedimientos quirúrgicos para cerrar el velo (y el paladar cuando esta afectado). El otro utiliza un aparato artificial denominado obturador, que sirve

no para cerrar el paladar sino más bien para llenar el espacio entre las dos mitades del mismo. Por tanto el procedimiento quirúrgico como el protético suelen ser poca ayuda si no se utiliza una terapéutica foniátrica simultánea o a continuación.

Manejo general.

Estos niños suelen ser muy sensibles y en ocasiones deprimibles, es común que se sientan agredidos por la gente que los rodea, y muchas veces se desprecian a si mismos.

Los padres deben tratarlos desde pequeños como a cualquiera de sus hijos, no deben de darles sobre protección, tratando con esto hacerles inadvertido su problema.

Estos niños pueden presentar problemas de sordera, infecciones nasales y faríngeas, pero por lo general son sanos, su mayor problema es su incapacidad de hablar correctamente, por lo que es necesario proporcionarles los procedimientos de adiestramiento especial sobre el lenguaje.

Problemas dentales.

Dientes deformados, ausencia concreta de dientes, maloclusión, falta de crecimiento del maxilar, por lo tanto hay una tendencia al prognatismo e hipoplasia del esmalte.

Muchos odontólogos se muestran abiertamente aprensivos en aceptar como pacientes personas con estas afecciones congénitas. Esta aprensión posiblemente se funda en la tendencia a -- clasificar a estos individuos como pacientes problema; y en no darse cuenta que son seres humanos con ciertos problemas dentales especiales.

La extensión de los cuidados dentales requeridos por estos pacientes puede variar considerablemente, y por lo regular esta dictada por la gravedad de la deformación original. Algunos niños como los nacidos con hendidura de solo el paladar -- blando, pueden requerir únicamente los cuidados dentales ordinarios. A mayor gravedad de la hendidura original, aumenta el número de los problemas dentales. No hay ningún problema insuperable, y la mayoría de ellos no requieren los servicios de un especialista.

Premedicación.

Muchos de estos niños respiran por la boca, por dislocaciones del tabique nasal.

En estos pacientes se puede crear mucha ansiedad y angustia al impedir la respiración durante los procedimientos operatorios.

El odontólogo puede superar esta situación dándole al pa-

ciente sensación de seguridad, y evitando el empleo de rollos_ de algodón. Si el paciente no colabora se puede premedicar con sedantes como Valium y Atarax.

DIABETES.

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica, cuyas víctimas presentan constantemente un nivel de azúcar en la sangre que es anormalmente alto. Los azúcares y los almidones son descompuestos en el proceso de la digestión hasta convertirse en glucosa, substancia que constituye el combustible del organismo, es absorbida por la pared del intestino pasando al sistema circulatorio y que se almacena en forma de glucógeno en el hígado. De este almacén, solo se libera al sistema circulatorio el azúcar necesario, de tal manera, que el contenido de glucosa en la sangre permanece constantemente regular, al rededor de 100 mg. por cada 100 cm³ de la sangre. El azúcar del hígado se libera a través de un mecanismo muy exacto; la hormona de la médula de las cápsulas suprarrenales, Adrenalina, aumenta la liberación de azúcar a partir del glucógeno hepático. La hormona de los islotes de Langerhans del páncreas, la insulina, actúa en sentido contrario y facilita el consumo de glucosa en el músculo.

No se saben cuales son las causas que la producen, además de ser una enfermedad hereditaria; y que los alimentos dulces y las comilonas favorecen su aparición.

Los síntomas iniciales son: aumento de la cantidad de

orina, y con la orina se eliminan grandes cantidades de azúcar. Para la extracción de azúcar se necesitan grandes cantidades de líquido. Y el enfermo esta constantemente sediento.

Evolución.- Si no se realiza ningún tratamiento, aumentan constantemente las sustancias tóxicas elaboradas por el organismo. En la corriente humoral existe acetona, producto tóxico resultante del escaso metabolismo por lo que la orina y el aire aspirado por estos enfermos tiene un olor característico, parecido al de las manzanas.

Cuando no se realiza inmediatamente un tratamiento energético, esto es normalmente el principio del fin. La sangre se inunda cada vez más con tóxicos, sustancias metabólicas ácidas, y finalmente, claudica también la "ultima valvula de seguridad", el riñon y bajo disnea, convulsiones, pérdida de la conciencia y cianosis, llegando el enfermo no tratado al estado de coma.

Después de esta exposición de hechos, no es necesario insistir en que el tratamiento de la diabetes pertenece, en todos los casos y por entero al médico. Tras el descubrimiento de la Insulina, el tratamiento fue completamente renovado.

Además de una dieta baja en carbohidratos; todo diabético que este bajo tratamiento insulínico ha de tener en cuenta llevar siempre consigo un terrón de azúcar. Alguna vez puede producirse un efecto insulínico excesivo. Produciéndose una hipoglucemia.

Manejo general.- Este tipo de niños debe ser tratado - tanto por sus padres como por la gente que los rodea como cualquier niño normal, no debe trasmitirseles ese sentimiento tanto de lastima y compasión.

Una característica de estos niños es la predisposición que tienen a las infecciones, por eso ante cualquier herida hay que prevenirlos con antibióticos.

Cuando estan en tratamiento estomatológico, es importante que el niño diabético no esta en condiciones de tolerar los traumatismos. Por lo que los tratamientos habran de realizarse en la forma menos traumatica.

Hay que estar alerta en su tipo de alimentación.

CARDIOPATIAS.

Generalmente la falta de conocimiento sobre los diversos tipos de cardiopatías, así como los riesgos que implica el manejo estomatológico de este tipo de pacientes, hacen que el cirujano dentista de la práctica general considere el tratamiento dental del niño cardiópata como responsabilidad del especialista.

Antes de aceptar el compromiso que implica el tratamiento dental del paciente, es esencial una historia médica completa con el padecimiento específico del niño, así como una consulta con el cardiólogo con el fin de discutir el tratamiento.

Dentro de los objetivos que tiene que tomar en cuenta el cirujano dentista son:

- a) prevención de la endocarditis
- b) eliminación de focos primarios de infección dentro de la cavidad bucal.
- c) odontología preventiva.

La endocarditis bacteriana se presenta con mayor frecuencia en pacientes con anomalías estructurales en el corazón. Estas se dividen básicamente en dos grupos: Cardiopatías congénitas y cardiopatías adquiridas.

Los tratamientos dentales juegan un papel muy importante o cualquier maniobra que involucre el tracto respiratorio superior, provocan una bacteremia transitoria, causada por la entrada al torrente circulatorio de uno o más tipos de microorganismos presentes en la cavidad oral. Esta bacteremia desde el punto de vista sano es transitoria y banal, pero desde el punto de vista de un corazón defectuoso los microorganismos pueden depositarse y originar la endocarditis bacteriana.

Cardiopatías congénitas.- Son aquellos procesos patológicos que incluyen una gran variedad de anomalías estructurales del corazón y de los grandes vasos. Se clasifican en defectos cardíacos acianógenicos y defectos cianógenicos.

Defectos cardíacos congénitos acianógenicos:

- a. Defecto septal interauricular
- b. Defecto septal interventricular
- c. Estenosis de la valvula pulmonar
- d. Persistencia del conducto arterioso
- e. Coartación aórtica
- f. Estenosis valvula aórtica.

Defectos cardíacos congénitos cianógenos:

- a. Tetralogía de fallot

- b. Trasposición de los grandes vasos
- c. Síndrome de Eisenmerger
- d. Atresia tricuspídea
- e. Retorno venoso pulmonar anómalo total.

Cardiopatías adquiridas.- Se refieren a trastornos provocados por un ataque de fiebre reumática aguda que se convirtió en cardiopatía reumática crónica y provocó daño a una o más válvulas de seguridad.

Manejo general.- El trato que deben tener estos niños por los que los rodean debe ser hasta cierto punto el de cualquier niño, son niños que desde pequeños, aunque sin saber el motivo exacto, saben que su estado de salud es delicado ya que es necesario la ingestión de un fármaco para contra restar su enfermedad.

No obstante que llevan una vida en cierta forma normal, su gente tiende a darles cuidados especiales ya que a causa de su enfermedad quieren impedir cualquier situación que pudiera resultarles de exaltación.

Para evitar la endocarditis bacteriana es esencial emplear antibióticos profilácticos antes y durante 48 hrs. -- después de comenzar cualquier tratamiento.

VI. ANESTESIA GENERAL.

ANESTESIA GENERAL

Aspecto Psicológico.

Entre más pequeño es el niño, más inmaduro es su yo y por lo tanto su conocimiento de la realidad es confuso, la reacción del niño ante el acto terapéutico Anestesia-Cirugía es básicamente de ansiedad y/o temor. Y sus reacciones defensivas (síntomas) para manejar la ansiedad son más primitivas.

Los síntomas pueden aparecer en el pre o postoperatorio aún días o semanas después y consisten en:

Lactantes y preescolares., inquietud, llanto, nerviosismo, trastornos del sueño (pesadillas, sonambulismo). Mayor apego a la madre.

Temores a estar solo en la obscuridad, al médico, etc.

Agresividad., conducta agresiva, irritabilidad, succión de los dedos, comerse las uñas, masturbación, trastornos de la alimentación, enuresis (emisión involuntaria de la orina), etc.

Escolares y adolescentes., tic, fobias, obsesión hipochondriaca.

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

a) El padecimiento en sí.- Según su característica les puede provocar dolor, invalidez o distorsión de su esquema corporal.

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

En el caso de paciente "ambulatorio", se aumentan las experiencias antes mencionadas. Puesto que su estancia en el cuarto o sala de recuperación será mucho menor

c) El acto quirúrgico.- Debe ser para el niño un procedimiento que no le produzca, ni le aumente su temor o ansiedad, ya que el niño debe estar perfectamente premedicado y no tiene porque sufrir ninguna alteración emocional.

En caso contrario si el niño entra al quirófano con un mal manejo de su premedicación, se presentarán situaciones muy desagradables, para todos pero principalmente para el paciente.

¿Que tiempo se necesita para preparar adecuadamente a un niño?

A un niño sin problemas emocionales previos, basta una explicación honesta, detallada y en términos que comprenda: lo que padece, porqué lo padece y aclarándole que el no -

es de modo alguno responsable de su problema. los procedimientos que se le harán. Las sensaciones o molestias que experimentará en pre y post anestesia-operatorio. Y asegurarle en caso de anestesia general que despertará en forma normal.

Ofrecerle al niño la oportunidad de que lleve al hospital un juguete u objeto que lo ligue a su hogar, y establecer una relación amistosa con el anestésista, cirujano o enfermera o con los tres que en cierta forma son figuras que substituyen a los padres.

Además se debe informar a los padres lo que pasará e - informarles las actitudes que deben adoptar. Así mismo pedirles nos informen sobre algunos hábitos del niño como alimentación, limpieza, etc.

e) ¿Hay secuelas? ¿Si las hay repercuten en su personalidad?

Las secuelas son las ya antes mencionadas, pero el niño que es preparado de acuerdo a las consideraciones anteriores estas secuelas serán leves y transitorias como una reacción normal ante el evento hospitalización-anestesia-cirugía. En caso de no informarlo o prepararlo, el evento tiene que asumir reacciones no favorables, que alteran intensamente su conducta y por lo tanto la de sus padres y medio ambiente, en su instinto de controlarla, quedando así las bases para una

desviación de su desarrollo y posteriormente una alteración_ neurótica o de su personalidad.

Tratamiento odontopediátrico.

Muchos dentistas han provisto el cuidado dental de sus_ pacientes en hospitales. Como consecuencia de la gran exten- sa destrucción dental, problemas emocionales, tanto mentales como físicos, muchos de estos pacientes son atendidos bajo a nestesia general cuando son tratados.

Hay muchas o piniones al respecto, ya que algunos auto- res dicen que el niño sufre un "trauma psicológico" como re- sultado de la operación ya que se encuentra bajo un ambiente nuevo y extraño para él, por lo que recomiendan tratarlos en un consultorio privado.

Contrariamente a la opinión anterior muchos anestesiólo- gos considerán muy peligroso realizar un tratamiento dental_ bajo anestesia general en un consultorio privado, ya que no_ se tiene en un momento dado todo lo necesario para una emer- gencia.

El equipo que interviene en la anestesia general esta - integrado por tres personas y el operador, será ubicado de - la siguiente manera: El segundo asistente se encuentra en po- sición opuesta al primero, formando la base de un triángulo_

en cuyo vértice se encuentra el operador, logrando así una - visibilidad y acercamiento al paciente, facilitando la anticipación de la secuencia del procedimiento.

El anestesiólogo y su equipo se encuentra a la derecha y por detrás del operador, o del segundo asistente, pero estando lo suficientemente cerca del paciente para tener una - visión directa de él.

Responsabilidad del primer asistente.

Deberá de preparar el cuarto de operaciones, de la siguiente manera: Preparar y esterilizar en autoclave las charolas con el instrumental dental necesario, tanto restaurativo como protésico, endodóntico, mantenedores de espacio, unidad de cabitrón y una soldadura eléctrica; también tendrá disponible una unidad móvil dental mesa de mayo, enocclisis, instrumental, charolas, silla y mesa de operación, toallas, gaza estéril para colocarla en la garganta del paciente, gotas o aceite oftálmicas, tela adhesiva, esponjas esteriles, germicidas y forceps sobre la mesa de mayo.

Checará que todas las piezas de mano, así como el control del aire y succión se encuentren en buenas condiciones. Inspeccionará el plan de tratamiento, placas radiográficas y equipo necesario para ello.

Ayudará al operador a acomodar el campo operatorio, toallas en los hombros, protección de los ojos, gaza estéril en la garganta, retirando la lengua del paciente con un espejo o retractor. Para la toma de radiografías que no han sido tomadas previamente, mantendrá la posición de la cabeza del paciente de tal forma que permita una buena toma de las radiografías, quitando aretes o cualquier metal.

Ayudar al operador en la profilaxis, en la reexaminación y reevaluación del plan de tratamiento, colocación del dique de hule, etc.

Asistirá al operador cuando retire el empaque de gasa de la garganta, a transferir al paciente a la sala de recuperación remover el equipo e instrumental del área de trabajo, esterilizar y colocar en su lugar las charolas con los instrumentos.

Responsabilidad del segundo operador.

Ayudará al primero en los deberes anteriormente descritos. Además de anticiparse en las necesidades del equipo en el momento de la intervención. también llenará la historia clínica en lo efectuado durante el acto quirúrgico.

Responsabilidad del operador.

Revalorar la examinación física del paciente, así como su historia clínica, resultados de laboratorio, consultas, ordenes y procedimientos. Checar equipo, instrumentos, materiales dentales, medicamentos antes de empezar.

Informará adecuadamente a los asistentes de la secuencia de la operación así como de los instrumentos y medicamentos que serán usados. Informará al anesthesiólogo de cualquier cambio no usual en el color de la piel, respiración, posición de la cabeza, pérdida abundante de sangre durante la cirugía

Completando el procedimiento en el menor tiempo posible con sus debidas precauciones, irrigará y succionará la cavidad oral minuciosamente, removerá la gasa, ayudará al anesthesiólogo en la entubación y trasladará al paciente a la sala de recuperación.

VII. TERAPEUTICA FARMACOLOGICA.

TERAPEUTICA FARMACOLOGICA

La resistencia a la tensión nerviosa es diferente en cada paciente; si el dentista no logra conquistar la confianza de su paciente y se resiste a la anestesia local, entonces es preciso reforzar su acción con un medicamento que tenga efecto calmante sobre el Sistema Nervioso Central. Sin embargo no siempre el procedimiento consiste en administrar de manera sistemática un sedante o un narcótico a todos y a cada uno de los pacientes que solo necesitan una anestesia local para una operación corta y relativamente sencilla.

La premedicación es imprescindible para todos los casos de cirugía bucal grave o prolongada, como las extracciones múltiples y difíciles, o la eliminación de un diente incluido, en enfermos bajo anestesia local.

Los propósitos más importantes de la premedicación son:

- 1) Mitigar la aprensión, ansiedad o miedo; 2) elevar el umbral del dolor; 3) controlar las secreciones de las glándulas salivales y mucosas; 4) contrarrestar el efecto tóxico de los anestésicos locales; 5) controlar los trastornos locales (en enfermos con parálisis cerebral).

Para poder elegir el medicamento más apropiado que pro-

ducirá los resultados específicos deseados, es indispensable tener conocimientos básicos de la farmacología de dicho medicamento. Además de conocer la anatomía y fisiología básica del Sistema Nervioso Central.

Los medicamentos utilizados para la premedicación actúan en Sistema Nervioso Central, sobre el cerebro, el tálamo y el bulbo raquídeo.

La corteza cerebral es el centro de la conciencia, percepción y evaluación de los impulsos aferentes que determinan las respuestas activas ejecutadas por los centros motores.

El tálamo puede considerarse como una subestación receptora de mensajes aferentes que serán transmitidos hacia la corteza cerebral para su evaluación ulterior.

El bulbo raquídeo contiene los núcleos que rigen las funciones vitales inconscientes, como la respiración y la circulación sanguínea.

La principal característica fisiológica del cerebro es la necesidad de un suministro constante de oxígeno. La mínima interrupción de este abastecimiento, provocará la inconsciencia. La hipoxia empieza a actuar sobre los centros medulares

y si la anoxia persiste por unos minutos se observan lesiones irreversibles del Sistema Nervioso Central.

Selección de las drogas.

Dependerá en parte del comportamiento del niño, clasificándose así en:

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

Los primeros exhiben varias formas de comportamiento - son potencialmente cooperativos para los tratamientos dentales, el niño tímido es un ejemplo de estos casos ya que coopera con el dentista mientras se le toman radiografías, proxis; sin embargo no actúan de esta manera cuando se trata de otro tipo de tratamiento.

Aunque estos niños pueden ser controlados con medicación para obtener una actitud más positiva hacia el tratamiento dental, en su manejo de conducta se podrá requerir cierta medicación preventiva, la cual se le dará al niño antes de la cita.

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

Administración oral

Cuando se prescribe algún agente oral, se debe considerar su forma farmacéutica. La medicación en forma de elixir debe ser prescrita para los niños pequeños que no pueden deglutir las tabletas, se pueden emplear para premedicar niños de mejor edad.

Es importante tener en cuenta que no se deberá prescribir ningún medicamento sin antes haber dado las instrucciones por escrito al familiar. En la receta se anotará el nombre de la droga, así como la hora que debe ser administrado, quedándose una copia de esta receta en el consultorio.

La medicación por vía oral tiene las siguientes ventajas:

- 1.- Puede ser administrada por el familiar.
- 2.- La medicación debiera ser suministrada a la hora indicada por el dentista, con el objeto de obtener el nivel efectivo de la misma cuando el tratamiento se practique.
- 3.- La administración por esta vía no produce en el niño ningún temor.

Desventajas

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

la droga.

Otra vía de administración es la inyección intravenosa, que no es aconsejable, sobre todo en niños muy pequeños, - - principalmente en niños menores de cinco años.

Vía intramuscular, es empleada en ocasiones, pero en este caso se llevará al niño una hora antes de su cita al consultorio.

Ventajas

- a) Efecto más rápido.
- b) Mayor acción sedativa.
- c) Menor duración que el equivalente de una dosis administrada por vía oral.

La droga también puede ser aplicada por vía subcutánea, a través de la misma, en cualquier parte del fondo del saco vestibular.

Responsabilidades del dentista.

Será de su exclusiva responsabilidad la selección de la droga, su dosificación, efectos farmacológicos de su aplicación, indicaciones y contraindicaciones de la misma.

El dentista debe hacerse responsable del niño, no solamente cuando se encuentra en el consultorio, sino hasta que se sienta completamente recuperado, deberá dar a los padres.

una información detallada y completa de los efectos que estas drogas pueden llegar a producir a sus hijos después de ser administradas.

Dentro de la práctica odontológica existen algunos medicamentos que son empleados con mayor frecuencia como medicación preoperatoria.

HIDRIXIZINA

Nombres comerciales, el Atarax y Vistaril.

La hidroxizina es uno de los agentes psicosedativos más populares en la práctica odontológica. Bennet clasificó los agentes psicosedativos en :

- a) Mayores
- b) Menores

Los primeros se emplean en el manejo de niños psicóticos y menores para el tratamiento de ansiedad, temor y aprensión.

La hidroxizina se deriva del difenilmetano. La presentación comercial del Atarax es de un polvo blanco inodoro, soluble en agua, y el Vistaril es conocido como sal de promotato de hidroxizina.

Farmacología

Es sedativo, antihistamínico, antiespasmódico, antihemático y ligeramente anticolinérgico.

Es absorbido en el tracto gastrointestinal y sus efectos se manifiestan a los treinta minutos, el umbral de este efecto puede anticiparse a las dos horas después de su administración, que puede ser por vía oral, desapareciendo a las seis horas. Es modificada y degradada completamente en el hígado y escretada por la orina en grandes cantidades.

Efectos y precauciones

La hidroxizina, no induce a un verdadero sueño, por lo que es una ventaja para la odontología, no se han manifestado reacciones nocivas, sólo estados prolongados de somnolencia, se aconseja la asociación con la meperidina, opiáceos, barbitúricos, y otros depresivos del Sistema Nervioso Central.

Indicaciones.

Como medicación preoperatoria, en niños aprensivos ansiosos, hiperactivos, o hiperquinéticos.

Dosis.

Se indica de 20 a 30mg. tomando oralmente, 45 minutos antes de la cita.

Se sugieren dosis con las siguientes indicaciones:

Para el tratamiento endodóntico y procedimiento quirúrgico, una dosis inicial de 25mg. de meperidina (Demerol) que puede ir asociado con 100mg. de hidroxizina, ambos se darán

una hora antes del tratamiento.

Para niños muy pequeños suspensión de Vestaril 25mg antes de la cita. En la mañana una hora antes de la cita 1000 mg (15 granos de hidrato de cloral) (Nocteo).

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

DIAZEPAN.

Nombre comercial Valium, que es considerado como un agente sedativo; su característica de ser anti-ansiedad lo ha hecho popular en su empleo para pacientes aprensivos así como para niños problema. Se deben tomar precauciones cuando se administren en pacientes con enfermedades cardiovasculares, o que han sufrido procesos mentales subnormales no controlados.

Hay incompatibilidad de Valium con otro tipo de drogas tales como la meperidina o el pentobarbital (Nembutal). Otros defectos indeseables pueden ser la somnolencia y la ataxia, en niños muy pequeños se presenta hiperexcitabilidad. El efecto puede durar unas seis horas después de la medicación inicial.

Indicaciones

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

Cuando el Diazepan es administrado por vía intravenosa_ deberá de ser lenta, ya que podría ocasionar una depresión - circulatoria o respiratoria, observandose un efecto clínico_ pronunciado después de una hora de haber sido aplicado.

Administración y dosis.

Oral e intra venosa, las siguientes dosis se sugieren _ para tener un efecto tranquilizante.

1 a 5 años de edad 0.5mg 4 veces al día

1 a 12 años de edad 1.0mg, 4 veces al día

Como efecto sedativo se recomienda:

1 a 5 años de edad; .4mg antes de irse a dormir.

6a 12 años de edad; .8mg antes de irse a dormir.

EROMETAZINE.

Derivado de la fenotiazina, conocido comercialmente como Fenergan es un sedativo preoperatorio. Se recomienda su - administración de 12 a 35mg asociado con la meperidina (Demergol) y la cloropromazina (Torazina).

Precauciones o reacciones de la Prometazine.

Depresor respiratorio, se han reportado casos de hipotensión, hiperexcitabilidad, pesadillas en los niños en los cuales se ha administrado de 75 a 125mg.

Indicaciones.

Aconsejando a niños aprensivos con una dosis de 12.5 a 25mg. Su empleo principal es co medicación con otras drogas. Una hora antes de la cita.

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

Algunos autores opinan que no es un agente altamente sedativo.

HIDRATO DE CLORAL.

Nombre comercial, Noctec. Existen dos opciones básicas con que se enfrenta el clínico cuando emplea agentes farmacológicos para el manejo de la conducta.

1. Escoger un agente antiansiedad que sea seguro para el niño.

2. Determinar la dosificación para obtener un óptimo efecto de sedación.

Farmacología.

En dosis terapéuticas, el agente casi no tiene acción depresora en la respiración, ni en la presión sanguínea, tiene

un leve efecto analgésico. Es absorbido por el tracto gastro intestinal, cuando es administrado por vía oral o rectal.

Precauciones.

El hidrato de cloral puede antagonizar con efectos anti-cuagulantes de las drogas en forma de elixir, produce irritación gástrica, náuseas y vómito, no se debe emplear en pacientes con gastritis; aunque ese efecto puede ser reducido administrándolo en forma de cápsulas.

Contraindicaciones.

En enfermos con deficiencias renales, hepáticas.

Indicaciones.

Es de acción rápida, de 20 a 30 minutos, y la recuperación se realiza sin incidentes, generalmente no produce dolor de cabeza se prepara en soluciones de distintos sabores. Las dosis aconsejables son de 500 a 700mg para los niños de 2 a 4 años de edad con un peso de 11.33Kg a 22.66Kg, de 4 a 7 años de edad, de 750 a 900mg., peso de 22Kg a 31Kg; de 7 años de edad o más grandes de 1000 a 1500mg, peso de 31Kg.

De cualquier manera, el dentista deberá recordar que en caso de que el tratamiento se prolongue, se prescribirá una segunda dosis, que será la original a la mitad, el hidrato de cloral puede emplearse como coomedicación y asociarse con la hidroxizina, se emplea como premedicación para la aplica-

ción de óxido nítrico. Y para poder restablecer o mantener el efecto sedativo.

ALFAPRODINA.

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

Cuando es administrado por vía intravenosa, su efecto se produce a los dos minutos, pero debido a la velocidad de la reacción es difícil controlar sus efectos, por lo que no es recomendable esta vía como rutina en el tratamiento dental.

Desventajas.

Causa depresión respiratoria, náusea, vómito.

Es una de las drogas que generalmente es suministrada por vía subcutánea o submucosa.

Indicaciones.

Para niños entre 3 y 6 años de edad, y de 2 y medio, dosis mínimas. No produce una sedación profunda, por lo que el paciente no se encuentra completamente dormido, la droga no es efectiva en casos severos de conducta.

Comercialmente también se conoce como Nesentil, cuya presentación es de 40 A 60 mg.

Dosificación.

El nivel se calcula de 0.5 mg/lb de peso en niños cuyo peso es de 13Kg, la dosificación será de 15mg.

El nisentil o alfaprodine puede contribuir a obtener la cooperación del niño en el consultorio. Se encuentra indicada para preescolares.

MEPERIDINA.

Nombres comerciales Lofan y Narcon

Fue el primer narcótico sintético introducido en 1939; droga de potente poder analgésico, es más o menos mitad de efectividad de la morfina, pero más efectivo que la codina.

Farmacología.

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

Desventajas.

Puede provocar depresión respiratoria, náusea y vómito, el mayor efecto se obtiene una hora después de ser administrado, no debe usarse en niños con padecimientos de obstrucción pulmonar crónica, con disfunción hepática, xerostomía.

Indicaciones.

Empleado como premedicación, como co-medicación, administrándose dos y medio granos (150 mg) de senal y 25mg de meperidina para un niño de 3 años con peso de 11Kg.

Después de una hora, si el efecto no es el deseado se podrá administrar otra dosis de 3/4 de granos (45mg) de senal y 12 mg de meperidina. El efecto nocivo de la droga se puede disminuir con el uso de la co-medicación ya que potencializa la acción de la meperidina, esta potencialización -- permite al dentista emplear menos narcótico y obtener de esta manera el efecto sedativo deseado.

Puede administrarse por vía subcutanea, oral, intramuscular o intravenosa.

Dosis.

18 mg en niños entre 3 y 4 años de edad.

25 mg en niños entre 5 y 6 años de edad.

37 mg en niños entre 7 y 8 años de edad.

50 mg en niños entre 9 y 12 años de edad.

En resumen, la meperidina es una ayuda efectiva para el manejo del comportamiento del niño, se indica principalmente en niños menores de 8 años de edad, que demuestran un comportamiento violento.

VIII CONCLUSIONES.

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

Para complementar mis conclusiones realicé 20 entrevistas_ con diferentes odontopediatras y los resultados son los siguientes:

El dentista que desee dedicarse al cuidado de los niños deberá tener suficiente conocimiento, tanto para la resolución de los problemas técnicos de la boca del niño. (Realizar el tratamiento adecuadamente, en un mínimo de tiempo sin provocar molestias); como también sus diferentes aspectos psicológicos. (Antes de realizar el tratamiento dental hay que obtener primero_ la cooperación y comunicación, lo cual se logra con la comprensión, cariño y además la confianza que le brinde el profesional a su pequeño paciente, asegurando así el éxito).

Cabe mencionar que en las entrevistas se reportó que en un 95 por ciento estuvo de acuerdo que el tratamiento dental de -- los niños debe hacerse con un odontólogo infantil., ya que un - dentista de práctica general muchas veces por falta de tiempo, - paciencia y aún deficiencia de conocimientos en la materia, no_ realiza tratamientos adecuados y hasta llega a provocar traumas en los niños en lo que respecta al tratamiento dental.

El manejo de los niños es sin duda una de las problemáticas más importantes dentro de la odontopediatría, ya que si no hay_

cooperación adecuada del paciente, los procedimientos dentales se vuelven difíciles. Por eso es que hay varias técnicas o métodos para aumentar la cooperación y disminuir la tensión y molestias tales como sedantes, analgésicos y anestesia general. Pero como ya se recalcó en este trabajo no hay que hacer un uso indiscriminado de las drogas, ni como sustituto para lograr un acercamiento siempre, sino como un coadyuvante para el odontólogo en los casos en que este indicado.

Acercas de estos temas hay datos que se pueden reportar como:

Todos los odontopediatras sin excepción, primero agotan todos sus recursos antes de premedicar o sedar a un paciente. Además de que también, con mayor frecuencia usan la técnica de desentización (se parece a la de "mostrar decir y hacer" combina con la de modelaje y refuerzos.

También se les pregunto, que opinán acerca de la técnica "mano sobre boca y nariz". Un 80 por ciento dijeron que era muy efectiva pero que solo se usaba cuando esta indicada y no de una manera indiscriminada.

Cuando se les pregunto que cual creían que era el éxito para tratar a los niños, contestaron casi con las mismas palabras; en un 70 por ciento, que es dar confianza y hablar con honestidad y nunca engañar al niño con promesas que no se van a

cumplir.

Otra cosa en la que estan de acuerdo es que los padres entran con el niño la primera vez, a excepción de los niños muy pequeños que requieren la presencia de la madre. Solo una doctora comento que la presencia de los no alteraba su relación con los niños, en el consultorio dental.

Pregunte al respecto de la premedicación, y en este caso hay dos corrientes bien definidas en las que un 20 por ciento no les gusta premedicar, pues lo consideran como un fracaso para el dentista; el otro 80 por ciento lo llegan a hacer sin olvidarse de las indicaciones y dosis para cada cosa, y sin olvidar, además de que es un riesgo.

Los doctores que llegan a usar la premedicación lo hacen no más de 3 ó 4 veces

En niños menores de 2 ó 3 años

En niños de difícil trato, con los que no se puede establecer comunicación como es el caso de retardo mental, ocasionalmente

En niños con tratamientos rápidos.

La anestesia general, se reporto que por lo general se usa muy poco y cuando desiden usarla también tiene sus indicaciones:

En niños pequeños

Con los que no se pueda establecer comunicación

En niños que en un momento pudieran presentar un cuadro crítico por alguna enfermedad o anomalía, pero esto se hará en un hospital donde se cuente con todo lo necesario en caso de alguna complicación. Esto es sumamente raro en el caso de un odontólogo particular.

En tratamientos extensos.

En pacientes foráneos.

El fármaco que con mayor frecuencia se usa es en más de un 90 por ciento el Hidrato de Cloral (Noctec) además de mencionar otros como el Lorfan; Prometazine (Fenergan), Diazepam.

Al preguntarles que en que porcentaje llegan pacientes -- con anomalías como las que expone esta tesis de los "niños impedidos", el reporte fue de que no llega ni siquiera a un 5 -- por ciento, cuando llegan a atender a un paciente así, reportan que el manejo no es difícil, que se les debe tratar como a cualquier niño, salvo en los casos de de retardo mental o síndrome de Dawn en los que no siempre se logra la comunicación, dependiendo del grado de retraso mental; y dependiendo de la anomalía que tengan, se tomarán las medidas y precauciones necesarias para tratarlos, acentuando el afecto, cuidados, estímulos, atención y confort; para desarrollarles una sensación de seguridad y confianza.

Visite algunas instituciones como el IMSS, ISSSTE, DIF,

e IMAN

En el IMSS.- Cuando llega un niño que presente dificultad en el manejo de conducta, el odontólogo trata de conversarlo, pero cuando no lo logra la mayoría opta por dejarlos ir a su casa sin haber recibido atención. Por la falta de tiempo y número de pacientes que deben atender no emplean técnicas o no tienen la suficiente paciencia para ganar la confianza de los niños y de igual manera sucede en el ISSSTE.

En caso de premedicar a sus pacientes, cuando es necesario lo envían con el médico familiar pues es el quién se encarga de prescribir el medicamento, lo mismo sucede con los niños -- que presenten una anomalía y requiere de un trabajo más especializado, deberá primero tener el pase del médico familiar para el Centro Médico o alguna otra clínica de especialidades.

En el DIF.- Solo se atienden a niños con secuelas de alguna enfermedad. En el caso que nos interesa atienden a niños -- con retardo mental, epilepsia o con problemas neurológicos.

Antes de ser atendidos por el dentista deben estar registrados y haber sido atendidos por el médico o neurólogo, quién también se encargará de la premedicación y de autorizar en determinado caso la anestesia general.

Aquí tienen más paciencia con el niño.

En el IMAN.- Aquí llegan los niños con un tercer nivel o -

sea que requieran de alguna especialización.

Cuando requieren de atención dental y presentan alguna anomalía, como por ejemplo retraso mental, diabetes, cardiopatías, etc., son controlados y atendidos por el pediatra en la especialidad, y posteriormente remitido al odontopediatra.

El tratamiento de los niños va en cada caso particular, pero se puede dividir en tres niveles.

1 Convencimiento, comunicación y confianza (diferentes técnicas)

2 Tratamiento con premedicación

3 Tratamiento con anestesia general

Hay determinados días en que se citan a los niños que requieren de la premedicación y también cuando se usa la anestesia general (martes y jueves).

Todo el trabajo que se realiza en esta institución es realizado por especialistas en la materia.

Observe que los doctores que premedicaban, en su mayoría, eran egresados de los cursos de especialización que se imparten en el IMAN. No así los doctores egresados de C. U. que habían reportado no gustarles hacer uso de la premedicación.

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

1. Finn, Sidney B., Odontología pediátrica., México D.F., Interamericana. 4a. ed., 1976.
2. Sidney B., Mac. Donald., Psicología del desarrollo infantil teoría empírica y sistematizada de la conducta., Mex. 1977.
3. Ralph, E. Mac. Donald., Odontología para el niño y el adolescente., Buenos Aires, ed Mundi., 1975.
4. A. Fox, Lawrence., Odontología Pediátrica. Clínicas Odontológicas de Norte-america., Mex. Internacional., Julio 1974
5. Desarrollo Psicológico del niño normal y patológico., 4a,ed., México Interamericana 1974.
6. Leonard Carmichael., Manual de Psicología Infantil. Ed "El Atenco"
7. Ieyt, Samuel., Temas de Odontología Pediátrica., Buenos Aires, Odonto, 1976
8. Ma. del Pilar Fragoso., Psicología Aplicada a la Odontología., Rev. adm. Vol 36, No 4. Julio-Agosto., 1979 Pag,376-91.
9. Monus Albert., Como agilizar el tratamiento de niños., Rev. Odontologo Moderno., Junio 1973., pag 41-47.
10. Curso de Odontopediatría (I)., Om, abril 1978. Pag. 19-24
11. Curso de Odontopediatría (IV)., Rev. om., oct-nov.1978 pag. 19-21.

12. Sergio Ojeda, Gustavo Perez., Manejo del cardiopata en Odontología Infantil., adm XXXV nov- dic. 1978
13. Rehabilitación bucal bajo anestesia general.en Odontopediatría., Rev. adm, Vol 36 No. 3 Mayo-Junio 1979.
14. James T, Louis W. Ripa., The use of behavior modification techniques to successfully manage the child dental patient JADA, Vol. February 1977, 329-334
15. Norman L, Elliot N. Stephen J., The use of relaxation and distraction to reduce psychological stress during dental - procedures
16. Enciclopedia de la vida.