

305

2 Gen

**"ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA"
U.N.A.M.**

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA



**ASPECTOS PSICOLÓGICOS BÁSICOS APLICADOS AL TRATAMIENTO
DENTAL DEL NIÑO NORMAL Y DEL NIÑO DISMINUIDO.**

María Teresa Ortega Martínez

San Juan Iztacala, México, 1984



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INTRODUCCION

Una de las profesiones de más utilidad para la humanidad es sin duda la Odontopediatria, puesto que la ausencia de tratamiento o simplemente un tratamiento equivocado durante la infancia, puede ocasionar a futuro un perjuicio mayor a todo el aparato estomatognático.

En el tratamiento dental de niños, se necesitan aún más conocimientos que los generales de rutina, pues se tratará con organismos que se encuentran en continuo crecimiento y desarrollo tanto físico como mental.

Debemos recordar que uno de los problemas más frecuentes en Odontología son los estados estresantes que afectan al paciente, es por ésto que como Cirujanos Dentistas, necesitamos la ayuda de la Psicología Clínica para poder comprender la estructura psicológica infantil, determinando así, la forma más eficiente para interpretar algunas de las actitudes que adoptan los niños con problemas de conducta dentro del consultorio dental, y de esta manera llevar a cabo un correcto tratamiento psicodental.

Otro punto importante es saber reconocer la concepción que tiene el paciente del cirujano dentista, puesto que la mayor parte de los niños reciben una equivocada información con respecto al ambiente del consultorio y del odontólogo. Esta información, ya sea dada por los amigos, por la amenaza de los padres de lle-

var al niño al consultorio dental, o por experiencias propias que hayan sido desagradables, trae como consecuencia el temor que se manifiesta en los pacientes con la necesidad de un tratamiento dental; en caso de ser así, se debe intentar el borrar esa idea ganándose la confianza tanto del niño como de los padres dando la imagen de ser un dentista-amigo a base de cariño, paciencia, comprensión, interés y sobre todo demostrando destreza quirúrgica.

A través de esta investigación documental es que pretendo — mostrar una guía que ayudará en el trato que se le debe dar al paciente infantil normal o disminuido, a todo aquél, que como Tú, — se interesó en el presente trabajo.

CAPITULO I

CONCEPTO Y FINALIDAD DE

PSICOLOGIA Y PAIDODONCIA

El odontólogo que adquiere la responsabilidad de atender niños, sin duda alguna espera que su tarea traerá consigo algunas dificultades por lo que es importante que adquiriera conocimientos de psicología, no solamente para tratar con los niños, sino también para atender a los pacientes adultos haciendo que su visita al consultorio sea lo más agradable y efectiva posible, tanto para el paciente como para el dentista, por esta razón quisiera dar una generalidad de el concepto de psicología y paidodoncia.

Definición de Psicología

La psicología es parte de la filosofía que trata del alma, - sus facultades y operaciones. Proviene del Gr. psyche:alma y logos:tratado. Puede definirse como "la ciencia que estudia la conducta del hombre y de los animales; analiza las interacciones entre las respuestas del organismo y los sucesos ambientales."

Definición y Finalidad de Paidodoncia

Para poder concretar una definición, debemos conocer algunas de las definiciones más conocidas como la de R. Pauly que dice: - "es la rama de la Odontología que contempla al niño en su totalidad, tanto en su aspecto físico como psicológico, enfoca los problemas presentes de su boca, los trata y toma medidas preventivas

para evitarles otros similares en el futuro".

La definición que da Rhobrtan dice: "es la ciencia de la higiene, profilaxis y todos los cuidados dentales, para conducir a los niños a la edad adulta en las mejores condiciones dentales".

Así pues, tenemos que es una de las especialidades de la Odontología con una especial importancia, ya que uno de principales propósitos es el de ir concientizando a la población infantil la necesidad de acudir al dentista periódicamente y de esta manera mantener durante toda la vida en buen estado su sistema buco dental.

La Paidodoncia no debe entenderse únicamente como una especialidad de la boca, sino como parte integral de un organismo inmaduro que se encuentra en evolución y formación, altamente emotivo, al cual le debemos analizar sus problemas psicobiológicos y complejos, los cuales pueden derivarse de defectos bucodentales congénitos o adquiridos. Esta especialidad tiene la finalidad de:

- A) Inculcarle al niño hábitos de limpieza y de esta forma prevenir estados patológicos y obtener buenas condiciones de higiene.
- B) Prevenir, detectar y eliminar cualquier hábito que pueda provocar o influir para una mala oclusión dentaria.
- C) Con medidas preventivas, disminuir la incidencia de caries y mantener el parodonto en buenas condiciones.
- D) Motivar a la comunidad infantil para provocar la responsabili-

dad en el cuidado del sistema estomatognático y la concientización de la necesidad de cooperación que requiere el profesionalista

E) Mantener el cuidado de la primera dentición con los siguientes objetivos:

a) Proporcionar una eficiente función masticatoria con el fin de lograr una correcta asimilación de alimentos y mejor digestión.

b) Controlar por los diferentes medios el espacio necesario para los dientes permanentes, asegurando con ello una correcta articulación.

c) Contribuir al desarrollo físico e intelectual del niño; ya que su instrucción escolar requiere de esfuerzo mental y un niño con problemas dentales no podrá atender debidamente a su enseñanza.

F) Instruir a los padres para obtener su colaboración

G) Otra finalidad es la de clasificar a cada niño en sus diferentes etapas por la imposibilidad de conocerlos a todos.

a) Los dos primeros años de vida

b) Pre-escolar

c) Escolar

d) Adolescente

Paidología General

Para poder laborar dentro de la Paidología General, es menester partir de lo particular a lo general, pasar del estudio individual del niño a la formulación de leyes o reglas generales de comportamiento y evolución infantil, pretendiendo que de lo concreto se forme lo abstracto, es decir, que en el estudio del niño buscar los principios para la formulación de conceptos dejando a un lado las características que cada niño presenta y haciendo notar lo que es común en todos ellos.

Paidología Individual

En esta rama, se prescribe todo lo contrario, es decir, que todos los conocimientos psicológicos se enfocan hacia el estudio de un niño en particular aunque estos conocimientos deban tener presente los datos suministrados por la paidología general.

Paidología Clínica

La Paidología Clínica puede considerarse como parte de la paidología individual, estudiando a cada niño como unidad somato-psíquica cuya función está impulsada por estímulos internos y externos del medio.

En esta forma las reacciones estarán condicionadas a la constitución personal del niño pudiendo estudiar su evolución y comportamiento.

CAPITULO II

LA INFANCIA

Descripción psicológica del niño normal

A) FUNCION DE LA INFANCIA

La infancia en el ser humano es una etapa de fácil modelaje, favorable para el desarrollo somato-psíquico, considerando que si su niñez ha sido agradable, las probabilidades que existen de que su vida de adulto sea mucho más satisfactoria en todos sentidos - es mayor.

Debido a ésto, se puede afirmar que la infancia es de gran - valor en la vida del individuo, cuya función va consecuentemente a formar parte de todas las posibilidades del futuro del niño.

B) EVOLUCION PSICOLOGICA DEL NIÑO NORMAL

Para poder hablar de evolución, es necesario entender primero lo que significa crecimiento y desarrollo, puesto que la unión de ambos conceptos es lo que forma la evolución.

Crecimiento es el incremento constante de la materia humana-primordialmente en altura, peso y volumen.

Desarrollo es la cualidad del sistema orgánico de llegar al estado definitivo y perfecto de sus funciones a través de un continuo cambio, o sea, que la evolución es todo cambio de estructu-

ra, tamaño, función o forma de un organismo, como respuesta al medio interno o externo, aplicable tanto a la esfera somática como a la psíquica.

El ente humano al nacer hereda características que definen su constitución corporal, de la que se forman el plano psicológico y el temperamento que jamás cambiará y siempre influirá en su conducta. Dicha conducta peculiar, su comportamiento, la forma de actuar y el saber resolver los problemas que se le presentan es lo que llamamos Carácter, éste está relacionado y conformado por el fenotipo, que puede ser descrito como la forma de comportamiento individual dada por la sociedad y medio ambiente en el que se desarrolla; y diferencia del genotipo que es la característica dada por la disposición cromosómica.

Si existe un proceso de adaptación del individuo al medio, se llama maduración, si es todo lo contrario, es decir, la evolución aleja al individuo de su equilibrio con el medio se tratará de un proceso regresivo anormal o patológico.

La personalidad, es la forma de ser del individuo que lo caracteriza y diferencia moral y psicológicamente de los demás; conformada por un sin número de circunstancias y factores predisponentes que lo modifican hasta dar como resultado la forma peculiar de comportamiento del individuo, así pues, tenemos que estará comprendida en la conjugación del temperamento, crecimiento, desarrollo y carácter. Las características y formaciones psíquicas de la personalidad aparecen en la infancia sufriendo diferentes -

cambios y afirmaciones en el transcurso de la vida del hombre, pudiendo construir la diferencia entre un niño feliz y uno perturbado.

. La psiquis del individuo empieza a formarse desde las circunstancias que motivaron a la pareja para la concepción; influye aunque no en forma decisiva, la madurez y personalidad de los padres.

Desde el momento en que la personalidad del individuo se desarrolla, demuestra que no es únicamente un accidente genético de el ente humano en el período de gestación, si bien, la herencia predispone, no condiciona de una manera obligatoria la conducta del ser, sino que además influirán las costumbres y hábitos que se manejen dentro del medio ambiente, educación que reciba y variadas circunstancias que en conclusión determinan la personalidad del sujeto.

Se ha definido al psiquis como el resultado de la actividad cerebral, es por ésto, que no se puede separar el desarrollo del sistema nervioso del desarrollo psíquico. El desarrollo psíquico-somático es un conjunto de acontecimientos que se expresan en actividades tales como las ocupaciones, ocasiones y personalidad de el niño; por lo mismo, su desenvolvimiento, biológico, psíquico y social será de acuerdo a la edad por la que curse, ésto hará que el niño pase por diferentes fases en su comportamiento a través de los diversos períodos de su niñez, sin embargo, debemos estar concientes de que la edad psicológica del niño no siempre corres-

ponde a su edad cronológica.

Cada fase cronológica y cada niño se caracteriza por patrones de conducta diferentes que dependen de su nivel de desarrollo psicomotor, por lo tanto, el diagnóstico debe considerar ambas edades, la cronológica y la fisiológica.

a) ETAPA PRENATAL

La etapa prenatal comprende el primer trimestre de la gestación, desde el momento en que el espermatozoide germina al óvulo y se inicia una nueva vida, la composición genética y estructura del cigote influirá considerablemente sobre los futuros caracteres somáticos y psicológicos del niño normal.

Los elementos primarios del óvulo fecundado son el protoplasma, conteniendo los cromosomas y el núcleo con los genes. Los componentes que influyen en el desarrollo humano se han clasificado en intrínsecos que forman el ecosistema del medio interno, comprendiendo los neuroendócrinos, los genéticos y los de los aparatos y sistemas específicos del organismo, relacionados íntimamente; y los extrínsecos que conforman el ecosistema del medio externo. Ambos encontrándose correlacionados entre sí sobre el binomio madre-hijo integrando e identificando el micro, matro y macroambiente.

b) ETAPA PERINATAL

Esta etapa comienza en la 28a semana de gestación y termina al cumplir 28 días de vida extrauterina. Desde antes de nacer, el bebé tiene un pasado que se divide en tres partes:

I Un pasado distante de generaciones anteriores que lleva en sus genes y hace las diferencias individuales, se hacen presentes en el temperamento o pueden permanecer latentes y manifestarse - conforme van afianzando su predominio en el ambiente.

II Un período - reciente, de nueve meses dentro del seno materno, del que se sabe muy poco sobre las influencias de su vida-emocional.

III Un pasado más reciente, de duración mudable, lo que es exáctamente "el Parto"; de la forma en que sea liberado, responderá a ciertos estímulos, algunas veces lentamente, durante los dos primeros días, mientras reacciona al reflejo de alarma en todo el -- cuerpo a los demás estímulos.

Los rasgos somáticos funcionales, psíquicos e inmunológicos-- de su medio interno se encuentran en contínua correlación de las-- influencias ecológicas. Este acontecimiento es de gran importan--cia, especialmente en la etapa de crecimiento somático y desarro--llo funcional, desde que se inicia la vida intrauterina hasta que termina, al final de la adolescencia.

Aunque el nacimiento es una experiencia difícil para el niño

se cree que el proceso mismo y los estímulos sensoriales nuevos - recibidos inmediatamente, incitan a la maduración del sistema nervioso ya que pasa de un medio agradable, tranquilo y cómodo a un medio difícil, en donde sentirá hambre, frío y calor.

El recién nacido tiene un equipo emocional muy complejo que incluye miedo, alegría, hambre y frío, la respuesta miedosa a los cambios bruscos de posición es de lo más notable, el llanto va disminuyendo en pocos meses bajo la confianza que le proporciona la madre y el ambiente que lo rodea.

La unión emocional entre la madre y su hijo amamantando en una atmósfera de bienestar, integran las bases de la comunión de un individuo con los otros seres humanos. Mas sin embargo, es preferible para el bebé que la madre lo alimente con biberón si ella no está dispuesta mentalmente a satisfacer al niño.

ESQUEMA EVOLUTIVO

En las primeras cuatro semanas de edad, el bebé pasa su vida en forma vegetativa. En un constante dormir y despertar a la primera molestia, satisfaciéndose con el soporte firme de los brazos de la madre, leche caliente para satisfacer su hambre, la actividad de la succión y sobre todo, los olores y el calor materno.

En este período de vida, normalmente hay respuestas a los estímulos externos y los reflejos tendinosos, cutáneos y los oculares, existe fisiológicamente el reflejo de "Moro" o del abrazo, - que consiste en la adopción de la posición fetal, abducción prime

ro y en seguida aducción de los brazos y flexión de los miembros inferiores, bajo un estímulo de tipo auditivo, luminoso o táctil.

c) LACTANTE

Para la adaptación a su medio ambiente, en el niño es muy importante la formación de reflejos condicionados a los variados estímulos externos, que se inician en el primer mes de vida. Al final de este mes y comienzo del segundo, pueden formarse los reflejos condicionados partiendo de los analizadores. Los primeros en aparecer son los del analizador acústico, casi al mismo tiempo, aparecen los del analizador vestibular, a continuación los del visual e inmediatamente los del cutáneo o táctil.

ESQUEMA EVOLUTIVO

Del segundo al tercer mes de vida, en el bebé se presenta — una sensibilidad gustativa muy peculiar ya que tiene la habilidad de decidir si rechaza algún alimento desagradable para él o simplemente la leche si está muy fría o caliente. Gira la mirada hacia el sitio de un estímulo auditivo como la voz de los padres y el balbuceo se inicia con la emisión de algunas consonantes guturales como la J o la G.

En el cuarto mes, el niño presenta armonización de los movimientos oculares, teniendo la habilidad de seguir un objeto luminoso, sostiene la cabeza erguida, se chupa las manos, voltea la -

cabeza al escuchar un sonido cualquiera y sonríe ante la presencia de sus padres o motivaciones agradables, inicia el jugueteo con su ropa y manos.

Los movimientos naturales a voluntad de las extremidades se manifiestan en primer término en las superiores. Tales movimientos se caracterizan primeramente por su asimetría y asinergia. Mas adelante, la coordinación motriz se desarrolla hasta que llegue a la maduración.

Al quinto mes el bebé ya reconoce los objetos que lo rodean y en el sexto intenta tomarlos con las manos, en este mes, el niño empieza a sufrir los trastornos naturales de la dentición, tiene el deseo de morder y es necesario que lo haga mediante aparatos que sustituyan al pezón y los dedos.

Es su primer acto agresivo y no se le debe impedir porque una inhibición prolongada puede tener consecuentemente un gran problema de aprendizaje, o la agresión volcarla contra él mismo y expresarse posteriormente mediante el bruxismo, por onicofagia, o morderse la lengua y el carrillo.

El llanto del pequeño se vuelve autoafirmativo. Algunas veces las madres actúan negativamente, tratando en una forma equivocada de imponer su autoridad, es cuando existe un choque de prioridades que lleva a complicaciones en el desarrollo del niño. Sin embargo, si sus gritos son aceptados como una autoexpresión y sus deseos se cumplen, él aprende a esperar que se haga caso a su re-

clamo.

En el séptimo y octavo mes puede en condiciones normales, - volverse del decúbito dorsal al abdominal y reconocer a sus familiares, imita los movimientos de la mano para decir adiós y aplaudir.

Del noveno al décimo mes, el chiquito empieza a gatear. La - obscuridad le crea una sensación de aislamiento que le asusta y - para encontrar una forma de seguridad en ese momento, adoptan hábitos tales como la succión del pulgar, chupar la almohadita o su cobija, o golpearse alguna parte de su cuerpo. A los once meses - comienza la bipedestación, apoyándose en el barandal de la cuna o en los muebles, en lo referente al lenguaje, trata de imitar las palabras consiguiendo solamente la emisión de las primeras sílabas (ma-má, pa-pá).

d) MATERNAL

Los logros del niño en su primer año modifican fundamentalmente la relación de los niños con su medio ambiente y sus actividades. Al aparecer la marcha independiente, el niño adquiere una seguridad en sí mayor al ver el acceso que tiene a los objetos -- que antes le eran imposibles.

ESQUEMA EVOLUTIVO

En promedio, el niño de 1 año ya empieza a dar sus primeros-

pasos cuando se le lleva de la mano, e incluso puede hacer sus solitos desde un mueble a los brazos de mamá.

Hay una mejor comunicación entre el infante y la gente que lo rodea, alcanzando a comprender las expresiones manuales y orales que le indican lo que debe o no hacer. Puede introducir una pelota en un recipiente pequeño, trata de colocar un cubo sobre otro y ayuda cuando se le viste.

A los 18 meses su marcha es mucho más segura, puede comer solo y construir una torre con tres cubos, puede trazar una raya si se le enseña cómo y sus juguetes preferidos son los más sencillos como los que se tiran de un cordón, sin embargo, si su juego llegara a frustrarse, el niño reaccionaría con desesperación y contra sí mismo, posteriormente parece culpar a los objetos inertes y -- desahoga su enojo contra ellos.

Los niños que tardan en hablar tienden a ser más activos y toscos, se piensa que de esta forma desahogan la tensión a través del movimiento.

A los 2 años puede ya bajar y subir escaleras apoyándose del barandal, construye una torre de siete cubos, dibuja un círculo y adquiere el control de sus esfínteres.

En ocasiones, el cirujano dentista debe atender a niños de esta edad y es importante que tenga en mente lo anterior para no formarle al niño un complejo de defensa y antagonismo contra el

doctor que lo atienda, puesto que el niño va a condicionarse y a captar las experiencias de la primera visita al consultorio dental. La comunicación con ellos se complica un poco debido a que, según Gesell, el vocabulario varía entre 12 y 1000 palabras, por lo que, el trabajo con algunos niños termina con éxito y en otros la cooperación es limitada.

A esta edad, el niño puede presentarse tímido y temeroso ante los niños grandes y la gente extraña, por lo que siempre debe pasar al consultorio acompañado de una persona con la que se sienta familiarizado y en confianza. Es difícil llegar a él mediante las palabras únicamente, por lo que es indispensable platicarle mientras se le trabaja, dejarlo tocar los mismos objetos que nosotros vamos a usar en su tratamiento, para que a su vez, él se familiarice con el instrumental, teniendo cuidado de que no se vaya a lastimar.

El ruido y las vibraciones de la unidad y pieza de mano, así como la presión ejercida al usar el instrumento, son provocadores de temor, también los movimientos rápidos, la luz de la lámpara y los movimientos del sillón dental. Para distraer su atención, podemos darle a sostener los espejos, condensadores, etc. dejarlo jugar con la taza de hule, darle a oler los medicamentos agradables y la pasta dental. Al hacer esto, el niño tendrá una amplia idea de lo que el odontólogo pretende hacer, eliminando el temor y viendo en forma natural que el dentista use el instrumental en su boca.

A los 3 años pasa por un período de transformación en que deja de ser bebé para ser niño, intentará su autonomía tratando de hacer a un lado la tutela de la madre pero ante un momento estresante, de cansancio o lastimero, automáticamente se vuelve a la madre o sustituto buscando y exigiendo apoyo y seguridad. Dentro del consultorio dental, se sienten más seguros si se permite que su acompañante permanezca con ellos hasta que se habitúe a la presencia del personal y el ambiente del consultorio.

Está comenzando a luchar para cumplir las exigencias de su ambiente y hablan de las cosas como buenas o malas, sin término medio. Rara vez admiten ser culpables, descargando la responsabilidad de su mal comportamiento en algo o alguien. Es la época del "Yo también", y al final de este período puede comer solo, abrocharse los botones, atar los cordones de sus zapatos, etc.

Tiene un gran deseo de conversar y a menudo disfrutará contando historias al dentista, le gusta que lo alaben y trata de agradar a los demás, debemos escucharlo y hacerle sentir que somos sus amigos y que para nosotros es lo más importante del mundo. En esta edad, tendrá propensión a contradecir las indicaciones de las personas, teniendo aquí el cirujano dentista una ventaja, ya que si en algunos momentos el niño se torna difícil, bastará contradecirle que haga lo que se desea que NO haga. Este es un sistema que durará hasta que el niño se da cuenta del procedimiento que sigue el odontólogo.

Para que el niño acepte con agrado su atención dental, es me

nester explicarle ampliamente y de acuerdo a su capacidad y edad- qué es lo que se hará para el beneficio de su boca, al finalizar, reforzarle la conducta con un premio o unas palabras cariñosas.

e) PRE-ESCOLAR

La edad pre-escolar comprende de los 4 a los 6 años, en este período el niño se ha superado en varias etapas de su desarrollo y se ha independizado de la madre. Es capaz de realizar una distinción realista entre la verdad y la fábula. Es auténtico en sus autocríticas, se siente orgulloso de sus logros y experiencias, - le agrada sentirse amado y que lo alaben, puesto que ésto le da seguridad en sí mismo.

Principalmente, en el último año de esta etapa existe una importante transición, aparece su sentido social mostrando interés por los paseos y escuelas. Cuando desarrolla una actividad, para él tiene más importancia la actividad en sí, que los trabajos que en ella desarrolla sea modelar, pintar o construir.

ESQUEMA EVOLUTIVO

A los 4 años el niño ya no pregunta "¿qué es?", sino que está más interesado en el "¿cómo?" y el "¿porqué?" de las cosas. Puede elaborar e improvisar preguntas casi interminables. Tal vez ésta sea una forma evolutiva de práctica de la mecánica del lenguaje, a veces, es evidente que cuente historias inverosímiles debido a que trata de ser el centro de atención de ambiente social, -

buscando la aceptación de su persona. En ciertas situaciones puede volverse desafiante y a veces recurre al uso de malas palabras o pequeñas agresiones, en cambio, si ha tenido una vida familiar-feliz y con disciplina, será un paciente que acepte cooperar entusiastamente. Generalmente escuchará con interés las explicaciones respondiendo adecuadamente a las indicaciones verbales.

Le gusta desarrollar diferentes actividades motrices relativamente sencillas, a las que está habituado, como el brincar, trepar o correr. A esta edad, puede tirar una pelota lejos, se lava y seca la cara y manos, se viste y desviste casi sin la ayuda de la madre, se cepilla los dientes solo, aunque no está de más que la madre le de el toque final, hace un dibujo imperfecto de un hombre, le gusta modelar con plastilina y dibujar.

A medida que dibuja, traza o modela, el pre-escolar va nombrando sus dibujos o modelos y lo que en un principio era un gato más tarde es un conejo, etc. Esto es debido a la inmensa fantasía que nace en sus juegos y ocupaciones.

Para que el niño se sienta en confianza y acuda con interés al consultorio dental; en la sala de espera deberá haber dibujos-alusivos al cuidado dental, así como crayones, hojas de papel y motivos que hagan que el niño de rienda suelta a su imaginación, dejando que exprese mediante dibujos la imagen que tenga de la relación Dentista/Paciente. En este período de la infancia podrán acompañar los padres al niño dentro del cubículo, hasta que conozca bien al personal; después de ésto, el niño tendrá que entrar -

solo.

A los 5 años el niño entra al colegio y empieza a mostrar interés en las actividades de grupo, es dueño de sí mismo, reservado y su relación con el ambiente se plantea en términos amistosos y familiares. El niño puede saltar alternando los pies y sostenerse por algunos instantes en un solo pie, cuenta hasta diez y conoce el número de dedos, de una mano, reconoce los objetos de un dibujo y proporciona descripciones simples. Posee una comprensión más aguda del mundo y de su propia identidad. Piensa antes de hablar, tiene una noción general de la propiedad, tiende a ser realista, concreto y hablar y pensar en primera persona. Le agrada comportarse bien dentro del reino de sus posibilidades.

A esta edad, los niños se enorgullecen de sus posesiones y ropas, respondiendo positivamente a los comentarios y alabanzas de aspecto personal. Le gusta practicar la convención social, pide permiso y espera la respuesta formalmente. No conoce de angustias ni de temores, pero son por lo general temporarios y concretos.

El niño de 6 años busca salir del centro familiar para entrar a un nuevo ambiente social, ya sean sus vecinos o compañeros de escuela, teniendo predilección generalmente por uno solo.

En su centro de actividades, el niño trata de imitar las acciones y gracejadas de otros niños, predominando en ellas las actuaciones histriónicas. La actividad del niño en esta edad, es in

cansable, lo mismo le da que esté sentado o parado, se le puede ver que sube y baja, que va y viene. No le gusta que se le quiera mantener en estado estático y le afecta mucho el que se le quiera reprimir.

Le causa una impresión desagradable observar en su cuerpo -- contusiones o algún defecto físico, así como también la pérdida de sus incisivos, aunque esto puede parecerle una cosa normal, -- puesto que él sabe que le saldrán otros más grandes y fuertes.

f) ESCOLAR

En los primeros avances de su niñez, el centro de actividad social es su casa, después se amplía hasta el vecindario, llegando a abarcar la escuela y los grupos asociados.

A esta edad ya tiene una disciplina más estricta tanto en la escuela como en el hogar, motivo por el cual se le puede exigir -- más de sí mismo, pues su razonamiento es más claro. Es aquí donde el niño tiene que aprender que hay muchas otras reglas que las impuestas por los padres en casa. El ingreso a la primaria cambia -- de una forma decisiva su situación dentro de la sociedad, trans--forma fundamentalmente todo su sistema de relaciones múltiples -- con los adultos y los demás niños.

ESQUEMA EVOLUTIVO

A los 7 años se produce una especie de aquietamiento, la in

fluencia es franca y decisiva, se inicia la etapa intelectual y los intereses de aprendizaje comienzan a predominar sobre los deportivos. El niño se muestra conciente y abstraído del mundo exterior. Empieza a ver a su madre desde un punto de vista diferente, conquista cierto grado de separación respecto a ella, desarrollando nuevas adhesiones a otras personas.

Siente vergüenza de sus temores que son más profundos e inquietantes, por lo general puede solucionar su miedo a los procedimientos operatorios odontológicos. Puede el dentista razonar con él y explicarle qué es lo que está haciendo.

Quizá se sienta mal cuando se le haga un cumplido, pero sí acepta de buen agrado que se le elogie. Le es difícil admitir o recibir las expresiones de cariño pero él se siente capaz de exteriorizarlas. Para esta época han mejorado las relaciones sociales y se esfuerza por complacer y demostrar su alegría y simpatía. Se siente orgulloso de su hogar y su familia.

A esta edad el niño emplea el lenguaje en tono pausado, cuando se enoja no es posible sacarlo de su silencio, le interesa la magia y los trucos, sabe los nombres de los días de la semana, de los meses y las estaciones del año, se anuda los zapatos, copia un rombo y memoriza cinco frases juntas.

A los 8 años, ya empieza a actuar con mayor lógica y a tomar las cosas tal cual son, haciendo a un lado su mundo de magia y fantasía, la seguridad en sí mismo ha aumentado, su personalidad es más expresiva y formada. Se da cuenta de los defectos propios-

y ajenos. Es descuidado en su persona y egoísta de sus cosas, ante cualquier motivo se molesta y exita exagerando en sus manifestaciones. Es muy susceptible, le lastima el hecho de que le hagan críticas y observaciones de su conducta, sabe cuándo las personas -- tienen la razón. A este chiquillo le interesa que la armonía en su hogar no se altere, preocupándose especialmente por las buenas relaciones que existen entre sus padres.

Empieza a interesarle las diferencias que existen entre él y el sexo opuesto, se vuelve parlanchín exagerando sus vivencias cotidianas vanagloriándose. Cuando se le hace enojar o se siente cansado, altera el tono de su voz.

Empieza sutilmente a aparecer la adolescencia, todavía tiene sus rasgos ingenuos y no siempre se preocupa por las cosas que suceden a su alrededor.

A los 9 se ha acentuado de una forma más notoria su equilibrio mental, todo se le presenta sin complicaciones, deja de ser un niño, sin aún llegar a ser un adolescente. Se afirma una mayor confianza en sí mismo, convirtiéndose más autosuficiente, aceptando cada vez mejor sus responsabilidades, lo cual le permite mejorar sus relaciones con la familia, con el colegio y sus compañeros, trazándose un patrón de conducta más estricto y verdadero.

Le gusta sobresalir entre todos para así obtener premios y elogios no importándole que el esfuerzo sea mayor. Actúa en una forma más organizada en sus deberes, su agresividad ha disminuido acepta retos satisfaciéndole el lograrlos ya que la competencia es

uno de sus anhelos; al convivir con sus congéneres sabe aceptar -- de ellos bromas personales leves, pero no le agrada que se le -- ofenda, ni sentirse abrumado o enojado ya que esto le produce -- llanto.

En el niño de 10 años el equilibrio mental y emocional es mayor. Se puede decir que es un pre-adulto, o al menos un pre-adolescente en formación, puesto que el contacto con el medio adulto influye en sus hábitos y costumbres.

Su individualidad está completamente definida, la lealtad -- por sus amigos es auténtica, los varones empiezan a separarse de las niñas y a rehusarlas. Buscan el apoyo de sus padres pero no -- les agrada que ellos intervengan directamente en sus asuntos personales. Demuestra su talento y tiene mucha confianza en sí mismo se le facilitan sus quehaceres y los logra sin que tenga que forzarse demasiado, mostrando su habilidad para organizar su tiempo y facultades físicas, así como también sus deberes y tareas dentro del hogar.

Su comportamiento es más calmado, aceptando indiferentemente la visita al dentista, comportándose dentro del consultorio dental en una forma congruente.

g) ADOLESCENTE

La adolescencia es el período de transición entre la niñez y la edad adulta, es la etapa final del crecimiento, se caracteri

za porque durante ella ocurren importantes modificaciones morfológicas, endócrinas y psicológicas, es la última fase del desarrollo de la personalidad.

La adolescencia y la pubertad son dos términos que se usan para determinar el período de vida comprendido entre los 11 y los 16 años. La diferencia radica en que pubertad se refiere a los cambios somato-orgánicos-fisiológicos y la adolescencia se refiere al conjunto de fenómenos psicológicos efectivos emocionales -- ocasionados en forma natural por los cambios orgánicos.

Después de un largo período de comportamiento estable, el niño se torna falto de equilibrio y sus reacciones son imprevisibles a medida que entra en la adolescencia. El adolescente se enfrenta con fuertes impulsos sexuales y agresivos. La tensión genital y la necesidad de masturbarse surgen en ambos sexos. La convivencia con el púber, resulta difícil durante su desarrollo porque es inestable y desconcertante en sus reacciones, las niñas tienen tendencia a volverse autocríticas, caprichosas e irritables, o a veces durante su período menstrual, se sienten deprimidas. La energía de los varones es muy amplia y le gusta hacer alarde de ella, sienten el deseo tácito de demostrar y exigir su independencia aún más que las niñas.

Las fricciones dentro de las relaciones familiares son frecuentes. Tanto hombres como mujeres descargan regularmente su irritabilidad revelándose contra la autoridad de los padres y más que nada contra la madre que es la que tiene mayor trato con ellos

Para ellos toma una gran importancia su presentación, la correcta formación de su cuerpo y la higiene. Su atención la enfoca principalmente hacia su cara, preocupándose por los pequeños detalles que aparezcan tanto en su piel como en su boca, despertando en él la iniciativa de visitar al dentista y solicitar su rehabilitación bucal.

Debe entablarse entre el cirujano dentista y el paciente una correlación de amistad, respeto, simpatía y confianza con el fin de que el adolescente coopere durante las sesiones de su tratamiento.

Tipos de Conducta

Es común que el comportamiento de los niños en el consultorio dental sea un tanto difícil de controlar, puesto que el infante padece, hacia la necesidad de acudir al dentista, ansiedades y temores, muchas veces como un reflejo de la conducta de los padres.

Las posturas paternas pueden, en un momento dado, determinar si un niño será h^ostil o d^ocil, cooperador o rebelde. Los estados emocionales que influyen en el comportamiento y personalidad del niño están regidos por el crecimiento psicológico, el estado físico del niño, el medio ambiente y las actitudes que toman los padres con sus hijos como la dependencia, sumisión, afecto, indiferencia, dominación, hostilidad y rivalidad.

Cuando el niño no coopera, el motivo es, por lo regular, el deseo de evitar el trauma, ansiedad y dolor que sienten, sin embargo, si se les atiende correctamente y con responsabilidad, los niños que en un principio parecían inaccesibles, después se convierten en los favoritos por su disponibilidad.

A) NIÑO TIMIDO (ASUSTADIZO O VERGONZOSO)

Hay muchas razones por las cuales el niño puede ser tímido, asustadizo o vergonzoso, como por ejemplo, la falta de oportunidad para alternar con personas fuera del ambiente hogareño, poco afecto de los padres, ser único hijo o adoptado, los sermones exageradamente críticos y la excesiva autoridad de los padres.

Puede tratarse de un niño psicológicamente y emocionalmente inmaduro y, por lo tanto, subordinado. Es fácil descubrir al niño corriente asustadizo, pues tratará de esconder la cara detrás de la falda de la madre, o mirará al suelo, o a otra parte, cuando se le dirija la palabra, responde a pocas preguntas o comentarios y no cooperará mientras esté rodeado de este caparazón. Esta reacción es común en el niño pre-escolar, especialmente en los que no han concurrido al jardín de infantes, los niños de las zonas rurales o semirurales son afectados más a menudo que los de las zonas urbanas.

El profesional debe hacer toda clase de esfuerzos para que el niño y la madre se sientan cómodos lo más pronto posible. En estos

casos puede frecuentemente llegar al niño a través de su madre, lo antes posible debe aprenderse el nombre del niño y después algo sobre su pasatiempo favorito o mascota. Esos niños responderán favorablemente si se les demuestra un interés sincero.

En cada comunidad, hay chiquillos quienes por una u otra razón han tenido muy limitadas oportunidades de conocimientos y experiencias fuera de su inmediata vecindad. La visita al consultorio odontológico es algo nuevo, diferente y extraño a su diaria rutina. Es responsabilidad del dentista, hacer de esto una visita agradable en que ambos se conozcan y familiaricen.

B) NIÑO CONSENTIDO

Todo operador conoce al niño consentido o mimado, resulta de la excesiva indulgencia, o en algunas ocasiones, del rechazo de los padres. Este niño puede lloriquear, golpear, patear, tirarse al suelo para desplegar arranques de mal humor o hacer una docena de cosas cualquiera, intentando por esos medios persuadir al padre para que lo lleve a casa o al menos lo saque del consultorio. Los padres comienzan en este momento a hacerle varias promesas pero al chiquillo no le interesan, porque está familiarizado con el hecho de que casi todas las cosas son suyas con solo pedir las.

La entrevista inicial con el padre y el niño, permitirá al odontólogo determinar el procedimiento a seguir. Al dentista no le conviene enojarse, mostrar que está irritado o expresar antipatía

por el niño, pues el padre se dará cuenta de tales reacciones y -- tendrá un buen motivo para asumir una actitud protectora hacia su hijo. El chico también puede percibir cualquier signo de enojo, -- por parte del profesional y esta reacción conducirá a muchos in-- convenientes. Además el odontólogo enojado no puede, en realidad, operar con eficiencia y muy probablemente hará más daño que bien-- el procedimiento intentado.

El acercamiento a estos problemas de manejo del niño, es im-- portantísimo en la determinación del éxito o del fracaso de esta-- rama de la Odontología. Algunos niños pasan por la entrevista ini-- cial y el examen sin ninguna objeción seria, pero cuando se ini-- cia la limpieza o el tratamiento se escucha el siguiente comenta-- rio "esa cosa no me gusta y no quiero que me la pongan", o el pe-- queño empieza a retorcese, resistirse o gritar.

En este momento debe hacerse todo lo posible, despacio y con calma para explicar al niño las razones para el procedimiento y -- además que se tomarán todas las precauciones para completar el -- tratamiento con la menor incomodidad posible.

En caso que el niño decida poner obstáculos por un tiempo, o desatender cualquier acercamiento o comentario razonable del ciru-- jano dentista, se conversa entonces con el padre para determinar-- qué procedimiento va a seguirse. Si el padre decide continuar en-- la forma recomendada por el odontólogo --separación del niño de la madre-- el primer objetivo es informar al pequeño que todo se hará para ayudarlo y que tan pronto como el examen o tratamiento se --

complete, podrá volver a su madre y la sala de espera. El chiquillo en muchas ocasiones, no dejará de llorar y se resistirá a todos los esfuerzos para retenerlo en el sillón dental. Si continúa llorando y se niega a responder a comentarios amables, entonces como último recurso, se sostiene firmemente sus manos y pies. La mano del operador se coloca con firmeza sobre la boca y la nariz durante unos 5 ó 10 seg. Este solo tratamiento es por lo general suficiente, a pesar que ocasionalmente es necesario repetirlo varias veces, pero en todos los casos, el dentista debe ser el dueño absoluto de la situación. Este método es definitivo, rápido y práctico además de que ahorra horas de tiempo.

El operador, ya controlado el pequeño, debe felicitarle sinceramente y, cuando sea posible, pedirle que sostenga los rollos de algodón o ayude algo en la operación. El paciente gana más confianza en cada nueva visita y se convertirá en uno de los mejores amigos del dentista.

C) NIÑO DESAFIANTE U OBSTINADO

Algunos chicos demasiado protegidos por sus padres, en particular los varones, desafían al odontólogo a que intente hacerle cualquier trabajo. Esos niños no lloran y raramente dicen mucho. Una de sus expresiones comunes es "no abriré la boca". Una capa exterior arrogante rodea a ese niño y si se consigue alguna cooperación, hay que apelar a su fanfarronería cuando se ha estableci-

do u obtenido la confianza y consentimiento del padre para ver al niño a solas, el problema está resuelto, ya que el tratamiento -- discutido previamente, convencerá rápidamente a este chiquito de-- quién manda en el consultorio. Estos niños llegan a ser excelen-- tes paciente y verdaderos amigos en corto tiempo.

D) NIÑO TEMPERAMENTAL

Genealmente, este tipo de niño se caracteriza por ser calla-- do y no expresar sus emociones. Las causas de su conducta más fre-- cuentes son principalmente, la falta de uno de los padres y el -- abuso en el consentimiento por parte del otro, o de los abuelos, -- la indiferencia o indulgencia de los padres y abuelos.

El cirujano dentista debe tener mucha paciencia para tratar-- a estos pequeños, como en todos, debe aprovechar hasta el máximo-- el tiempo que el infante quiera ofrecerle, cuando el niño no esté dispuesto a cooperar, será preferible que asista al consultorio -- en otra oportunidad y hacerle algo sencillo para que no se vaya -- con la idea de que él hace lo que quiere y cuando quiere.

E) NIÑO MIEDOSO

El miedo solo puede ser vencido estableciendo confianza en -- el individuo. La imaginación vuela en los niños cuando se acercan

al consultorio odontológico por primera vez y ¡qué agradable sorpresa recibe cuando encuentra un cirujano dentista y personal en general, amables y comprensivos!

A cada uno le gusta ser elogiado y reconocido, y más de una lágrima fue detenida con algun comentario gentil y considerado. - El miedo puede ser controlado, ganando la confianza de los niños- a través de un interés positivo en sus preferencias, sus gustos y disgustos, sus amigos o aún en su religión.

F) NIÑO SOCIABLE

Este, es el resultado de familias con organización, libre de problemas emocionales. De padres dignos de encomio por su educación, equilibrio emocional, cuidados, en una palabra, amor bien encausado que brindaron a sus hijos.

Este niño, desde su etapa prenatal, se relaciona fácilmente con quien lo rodea, es curioso, accesible y fácil de tratar, por lo que no debemos abusar de su colaboración; no dejarlos con la boca abierta mucho tiempo ni evitarles la anestesia "porque solo es un momentito lo que te va a molestar", puesto que de ser así, no tendremos pacientitos cooperadores por muchos años.

Influencia de los padres hacia los hijos en sus diferentes tipos psicológicos

Todo cirujano dentista debe tener conciencia que la odontopediatría no es una tarea fácil sin la confianza y ayuda de los padres de nuestros pacientitos, es por ésto que además de estudiar las acciones y reacciones de estos últimos, también debe entender los efectos de las actitudes paternas que influirán en los pequeños.

Durante la elaboración de la H. C., el profesional tiene la oportunidad de comunicarse ampliamente con los padres por medio del interrogatorio, conversación y la observación de las normas de conducta que el padre ejemplifica a su familia.

La personalidad del niño se conformará por las cualidades innatas, los juegos, la moralidad, el esparcimiento y primordialmente las relaciones que se sostenga con los padres y hermanos puesto que la competencia que pudiera nacer entre ellos para ganar la preferencia y cariño de alguno o de ambos padres es determinante en la conducta que adopte el niño.

Algunas veces los padres adoptan o tienen actitudes equivocadas que pueden perturbar la conducta de los hijos, y estas actitudes las podemos describir como: Protección exagerada, Rechazo, Dominación, Ansiedad exagerada e Identificación.

A) PROTECCION EXAGERADA

La protección exagerada de algunos padres hacia sus hijos, - en muchos casos influye en forma decisiva en la formación mental del infante. En un gran porcentaje de estos niños llega a suscitarse que pierden gran parte de su personalidad, convirtiéndose - en seres tímidos, sin iniciativa propia. Son retraídos pues los - padres les limitan su libertad de acción, prohibiéndoles juegos, actividades y deportes ya que por el riesgo que corren los niños - al ejercerlos, los padres temen que pueda darse la ocasión de un accidente.

El excesivo amor maternal se hace tan presente en estos casos que en el niño se forma una necesidad de dependencia al grado de que la madre debe ayudarle desde su aseo personal hasta relacionarse socialmente. El exceso de afecto más una buena dosis de indulgencia, dan por resultado niños con resistencia activa, con dificultades para adaptarse al medio social que los rodea. Por lo general en la primera consulta no presentan problemas, pero en las siguientes pretextan que algo les disgusta y no permiten que se les atienda. Exigen atención, afecto y servicio, pues no es raro que los padres les hagan conciencia de que todo lo merecen y - se les debe dar por derecho, convirtiéndolos en personas vanidosas, tiránicas, egoístas y ostentosas.

Es recomendable que para atender a estos chiquillos, se prohíba estrictamente estar presente dentro del cubículo operatorio

a la persona que le acompañe, ya con el paciente a solas, empezaremos por platicar con él sobre sus intereses, llegando hasta alegrarle despertando su deseo de colaborar, en caso contrario, que no acepte el tratamiento tratará de evitarlo con infinidad de argumentos. Si se dan cuenta de lo inútil de sus pretenciones, tratarán entonces de alejarse y a sabiendas de que el profesionalista no podrá repeler ninguna agresión, intentará hacer uso de la fuerza física.

B) DOMINACION

Los padres que tratan a sus hijos con máximo rigor, son exageradamente críticos y en su intransigencia no aceptan al niño como lo que es: un Niño, exigiéndole responsabilidades no compatibles a su edad además de competir con sus mayores., abusan de su autoridad provocando confusión en el pequeño inspirando más temor que respeto por esta manera de educación.

Los resultados que logran con esta conducta son niños con resentimientos tornándose evasivos, sumisos e inquietos. No obstante que está sometido es común el negativismo en ellos, rara vez desobedece pero nunca hace las cosas con gusto. Lo que el profesionalista debe hacer para obtener de ellos su cooperación y amistad es sencillamente tratarlos con amabilidad y consideración.

C) ANSIEDAD EXAGERADA

Cuando en un familia ha habido algún suceso lamentable como es una enfermedad grave o la muerte, es común encontrar a niños - cuyos padres se preocupan excesivamente de su bienestar y salud, - estos pequeños son tímidos, desconfiados, cobardes, miedosos y hu^uraños, les falta capacidad para tomar decisiones por sí mismos.

Aunque por lo regular esta actitud se deja acompañar de afec^uto y perdón a todos los errores, no quiere decir que no se pueda dar sola. El niño depende de sus padres para dirigirlo y está pro^upenso a convertirse en una persona hipocondriaca. Por lo regular es un paciente fácil de manejar si se le enseña la manera de ser lo asegurándole que todo lo que hacemos es por la protección de - su salud, ya que ésta depende de la debida atención y el buen fun^ucionamiento de su sistema estomatognático. Sin embargo el cirujano dentista se encontrará con múltiples obstáculos al persuadirlo de que sus temores no tienen fundamento.

D) RECHAZO

Este el padre que dice "yo no voy a malcriar a mi hijo procu^urándole hasta el menor deseo" y conciente o inconcientemente lo rechaza. Este rechazo puede darse como consecuencia de un trabajo o algún interés absorbente que provoca cierta indiferencia hacia el chiquillo o por problemas emocionales que causan un rechazo de

finitivo, estos niños además de la falta de amor y afecto, algunas veces son tratados con desprecio y brutalidad, son severamente criticados y atormentados.

Los hijos de los padres indiferentes por cualquiera que fue se el motivo, son niños que se sienten inferiores y olvidados, son inseguros, inconcientes, asustadizos y soberbios, desarrolla resentimientos y se vuelven exigentes pretendiendo que sus deseos sean respetados, son desobedientes y no se interesan por nada ni nadie.

Adolescen de amor propio y se sienten ineptos, lo que provoca en ellos graves temores. Para hacerse notar se vuelven agresivos y mentirosos, por lo que es recomendable que el cirujano dentista se comporte con ellos de una forma comprensiva, atenta, cariñosa y les haga sentir la persona importante que es para nosotros. Así él se dará cuenta que si facilita las cosas, su tratamiento será mucho más agradable y sencillo.

E) IDENTIFICACION

Cuando los padres adoptan esta conducta es por que tratan de revivir su vida a través de los hijos, ofreciéndole así, las ventajas que éstos no pudieran obtener en el transcurso de su vida.

Cuando el niño es muy pequeño, los padres lo consideran co-

mo "un niño fuera de serie", lleno de cualidades interminables, y en cuanto el infante se d  cuenta que le empiezan a atraer opciones contrarias a las deseadas por los padres, pensando que éstos no aprobarán lo que él elija por su libre albedrío y que sabe -- que tratarán de imponerle su criterio; se formar  en el chiquillo un complejo de culpabilidad que lo tornar  retraído, tímido, quieto, inseguro por el temor a fallar en los planes que los padres habían proyectado para él.

CAPITULO III

CONCEPTOS FUNDAMENTALES

EN EL TRATAMIENTO

DE NIÑOS

Primera experiencia odontológica

Debemos tener mucho cuidado con un paciente que asista a la clínica dental por vez primera, ya que las experiencias en las relaciones entre él y nosotros, se formará un concepto favorable o nefasto para las subsiguientes entrevistas y los tratamientos futuros que aquel pequeño llegue a tener, inclusive en su vida de adulto.

Es necesario conocer si es que el paciente asiste a nuestra consulta por primera vez, puesto que de ésto dependerá la conducta que presente; los que asisten sin haber tenido alguna experiencia odontológica por lo general serán manejables y colaboradores, dependiendo de nosotros el darles un trato adecuado e inspirarles simpatía y confianza para que continúen así en las consiguientes citas. También observaremos la conducta de los que ya han tenido alguna experiencia, la cual puede ser negativa por la mala atención que haya recibido, de ser así, trataremos de corregirla y si la conducta fuera positiva la mantendremos en la misma forma.

Durante las primeras citas del tratamiento, el éxito dependerá de la armonía, coordinación y cooperación que haya entre los padres, el odontólogo y la asistente sin importar si las condiciones son con previa cita o de emergencia.

Para los niños se utiliza el período de citas los cuales son de 30 a 45 minutos como máximo. Cuando un niño asista por primera vez, trataremos de atenderlo entre dos pacientes receptivos para-

que al entrar o salir del cubículo, vea a los niños tranquilos.

A) PACIENTES CON PREVIA CITA

Por la misma ignorancia de lo que es un tratamiento dental, el paciente que asiste con previa cita al consultorio, puede sentirse predisuesto al tratamiento y el dentista, puesto que no sabe lo que es un dolor intenso en su boca y el daño que puede causarle a su organismo.

a) INTRODUCCION DEL NIÑO AL CONSULTORIO DENTAL

Cuando el niño tenga su primera consulta, citaremos a la misma hora a otro paciente al que se le esté haciendo un tratamiento sencillo e indoloro, para que cuando el niño entre al cubículo, el ambiente lo tome con naturalidad, familiarizándose con la tranquilidad y pasividad que exista. Dejándole que mire, contestando las preguntas que haga y mostrándole algunos instrumentos que no sean cortantes o punzantes y explicarle su utilidad, de manera -- que el niño se familiarice con los sonidos y acciones de cada accesorio y de esta forma invertir el miedo por curiosidad.

Es indispensable establecer una comunicación con el niño preguntándole cómo le gustaría que lo llamáramos y dirigirnos a sus objetos familiares, sus amigos, animales o su escuela, evitando los problemas emocionales. Trataremos de explicarle que podemos --

comprender sus problemas porque también nosotros los tuvimos en la infancia.

A las interrogantes deberemos contestar con la verdad, evitando palabras agresivas para él como dolor, inyección, picar, extraer, pinza. Se deberán realizar procedimientos menores e indolores. Se obtiene la historia clínica, estudio radiográfico y modelos de estudio, se instruye sobre el cepillado, profilaxis y aplicación de flúor.

b) EXAMEN CLINICO, RADIOGRAFICO, "MODELOS DE ESTUDIO, TECNICA DE CEPILLADO, PROFILAXIS Y APLICACION DE FLUOR.

EXAMEN CLINICO

El principal objetivo de la historia clínica es tener un amplio conocimiento del estado general en que se encuentra el paciente para así obtener un acertado diagnóstico y en base a esto, elaborar un adecuado plan de tratamiento.

El dentista no debe tomar en cuenta la petición de los padres de practicar una odontología fragmentaria y aliviar solamente los síntomas agudos, sino brindar una atención completa y adecuada e informar a los padres cuál es el tratamiento indispensable a realizar con el paciente.

El examen clínico empieza desde el momento en que el niño entra al consultorio dental, el odontopediatra debe observarlo, lo primero que notará es la estatura, marcha, tez, lenguaje y uñas.

La historia clínica deberá incluir sus datos personales; nombre, diminutivo, sexo, edad, dirección, lugar de nacimiento, grado escolar, teléfono. Dirección del tutor, nombre del pediatra, -teléfono, número de hermanos, sus nombres, lugar que ocupa el paciente en la familia.

Problema actual, enfermedad actual, enfermedades infecciosas antecedentes traumáticos, alérgicos, trastornos químicos (fluorosis), perturbaciones hormonales, trastornos del desarrollo, alteraciones de la nutrición, forma de manifestación de los estados estresantes, enfermedades misceláneas, antecedentes familiares.

Examen de cabeza y cuello; piel y cabello, tumefacción facial y asimetría, la ATM, ojos, nariz, cuello. Examen de la cavidad oral, labios, saliva, encía, piso de la boca, lengua, paladar faringe y amígdalas.

Hábitos perniciosos; succión de dedo, mordida de labio, protrusión de la lengua, onicofagia, respiración bucal. Índice de placa dentobacteriana. Oclusión y anomalías de carácter dental; caries, diente ausente congénito, sin erupcionar, giroversión, fusionado, supernumerario, traumatizado, cerca de exfoliación, movilidad, hipoplasia. Para los pacientes con experiencia odontológica se anotarán restauraciones, prótesis, extracciones, etc. Se anotará el grado de inflamación gingival.

EXAMEN RADIOGRAFICO

El estudio radiografico es indispensable en cualquier trata-

miento dental y sobre todo cuando tratamos con niños, si se usa juiciosamente la radiografía para realizar el valor del servicio dental, podrán salvarse muchos dientes que de otra manera se perderían y podrán evitarse muchas maloclusiones. La radiografía deberá emplearse para proporcionar las siguientes categorías de información:

- Lesiones cariosas incipientes
- Anomalías
- Alteraciones en la calcificación de los dientes
- Alteraciones en crecimiento y desarrollo
- Alteraciones en la integridad de la membrana periodontal
- Alteraciones en el hueso de soporte
- Cambios en la integridad de los dientes
- Evaluación pulpar

En la operatoria dental, las técnicas que con mayor frecuencia se utilizan son las intrabucales, éstas a su vez se dividen en dos técnicas; la de Paralelismo y la de Angulo de Bisección.

La técnica de ángulo de bisección se basa en el principio de triangulación isométrica. Cuando la película y los dientes forman ángulo, y el rayo central se dirige perpendicularmente a la bisectriz de este ángulo. El paciente generalmente mantiene la película en su lugar, se usan los pulgares para los dientes superiores y los índices para los inferiores. Deberá tenerse cuidado de que al sostenerse la película, ésta no se curve, pues nos podría dar-

una imagen deformada, por lo que se aconseja utilizar alguna forma de sostenedor de película con el objeto de que se mantenga plana.

Las técnicas de paralelismo y de ángulo de bisección a veces fracasa en niños muy aprensivos, en estos casos se sugiere no utilizar el sostenedor de la película, la cual se sostendrá con los dientes.

Las piezas anteriores pueden examinarse usando la película intrabucal como película oclusal. En las áreas posteriores, puede doblarse unos 8 mm de película adulta periapical en los ángulos adecuados y colocarla en la boca como película de aleta de mordida. Las radiografías de mordida con aleta se toman para examinar las coronas de los dientes en el plano horizontal. En el plano vertical, el haz de rayos X se dirige ligeramente hacia abajo para formar un ángulo de 8 a 10 grados con el plano oclusal.

Al tomar las radiografías, nos dirigiremos al niño por su diminutivo y trataremos de que coopere tranquilamente, cuando en el niño se presente el reflejo del vómito, trataremos de calmarlo y relajarlo, sin embargo si persistiera, se podrá hacer uso de los anestésicos tópicos en spray, pero antes se le deberá explicar al pequeño la sensación que tendrá para evitar que éste se alarme.

MODELOS DE ESTUDIO

El profesional hará entender al niño la función de los modelos de estudio, así como también se le explicarán los pasos a se-

guir para la obtención de éstos.

El material que se usa generalmente es el alginato, aunque - se puede emplear el silicón o el hule de polisulfuro que son más exáctos y detallistas en su resultado, el inconveniente, si se -- puede tomar así, es que el portaimpresiones individual es indis-- pensable para obtener un resultado satisfactorio. En cualquier ma-- terial que empleemos se deberá correr el modelo inmediatamente - después de la impresión.

TECNICA DE CEPILLADO

La placa dentobacteriana es uno de los principales enemigos- de la boca, puesto que la enfermedad parodontal y la caries den-- tal tienen su origen en ésta. Así tenemos que si eliminamos la -- placa, el índice de caries y enfermedad parodontal disminuirá, pa-- ra ésto nos auxiliaremos de un cepillo, el cual generalmente se - aconseja que sea mediano, porque limpian los dientes mejor que -- los de cerdas duras o blandas y no producen lesiones a los teji-- dos gingivales, pasta dental, hilo dental, agua y una adecuada -- técnica de cepillado, con opción a escoger entre la Intersurcal o de Bass, la de Stillman, Stillman modificada, la de Charters, la- de Barrido o de Giro, el método de Foxes y el de "Refregado". El o-- dontólogo elegirá la técnica que más favorezca a su paciente, se- le enseñará y tratará de habituarlo, logrando de esta forma preve-- nir las consecuencias que la falta de higiene ocasionan en la sa-- lud dental.

PROFILAXIS

Se debe hacer ver al paciente que las dietas blandas, acumulación de saliva, función anormal de los músculos y sobretodo una incorrecta higiene oral, darán por resultado la acumulación de --tártaro dentario, y que este tártaro es la respuesta a la calcificación progresiva de la placa dentobacteriana y que para eliminar dicha placa, y en caso necesario el tártaro, será indispensable - practicarle una profunda profilaxis, sin hacerle sentir que tiene un problema grave en su boca. Se le informará que le cepillaremos los dientes ayudándonos de las pastillas reveladoras, pasta abrasiva, copa de hule, cucharillas, hilo dental y agua.

Primero se le mostrará en su uña que las vibraciones provo--can cosquillas. Convencido el paciente de lo inofensivo del tratamiento, procedemos a darle a masticar la tableta reveladora, di--ciéndole que la debe pasar por todos los lados de los dientes du--rante 30 seg., la placa dentobacteriana se verá pigmentada de ro--jo vino; le mostraremos al paciente y le informaremos que se está cepillando pero no limpiando los dientes, después se trabajará --por cuadrantes; con la pasta y la copa se limpiarán perfectamente las caras de los dientes y se enjuagará, con el hilo se elimina --la placa y dentritus alimenticios que haya en las caras proxima--les y por último con la cucharilla eliminaremos lo que no se pudo quitar con la copa de caucho, se enjuaga con spray y se seca con--gasas.

APLICACION DE FLUOR

Para la prevención de la caries, se han utilizado las aplicaciones tópicas de fluoruros de sodio al 2 % y de estaño al 8 %. - Aunque según estudios estadísticos, se dice que las aplicaciones con fluoruro estañoso son más efectivas que las sodio.

El flúor actúa sobre los dientes por medio de un intercambio de iones en el armazón de los cristales de apatita del diente, inhibiendo los sistemas enzimáticos bacterianos, permitiendo así, - la existencia de una flora bacteriana que no elabora ácidos suficientes para descalcificar la estructura dental.

La aplicación tópica de fluoruros que se realiza en niños de 4 a 14 años de edad, inhibe la destrucción por caries de un 40 a 60 %. La máxima reducción de caries obtenible con solución neutra de fluoruros de sodio al 2 % se logra con cuatro tratamientos en un período de un año. Sin embargo, el fluoruro estañoso se ha empleado como solución al 8 % aplicado a los dientes una vez al año. El odontólogo estimará, dependiendo del estado del paciente si la administración es o no conveniente.

Después de la profilaxis, se aíslan los dientes con torundas de algodón; se recomienda los superiores e inferiores de un solo lado cada vez. Un eyector de saliva nos ayudará a mantener seca - el área. Se secan los dientes con aire y se aplica el fluoruro a cada superficie dental con un algodón, se deja secar la solución - durante 3 a 5 minutos, después se tratan de igual manera los dientes del lado opuesto. Se le indicará al paciente o a la madre de

éste que no deberá comer ni enjuagarse la boca por lo menos en 45 minutos.

Uno de los medios más eficaces para mantener una práctica luego - establecida, es llevar una lista para llamadas profilácticas y re examen, esta cuestión debe ser discutida con el padre en la última cita, se le informará que es una norma que sigue el consultorio el llamar de nuevo a todos sus pacientes por lo menos cada 3 ó 6 meses, según el estado bucal del niño.

B) PACIENTES DE EMERGENCIA

a) INTRODUCCION DEL NIÑO AL CONSULTORIO DENTAL

Debido al estado de stress por el que cursa el paciente, la entrada al consultorio dental no se presentará tan fácil, por lo que en esta situación la habilidad del odontólogo es esencial. - Dicha introducción deberá ser rápida y precisa, pero sin escándalos ni aspavientos.

Después de escuchar los detalles del padecimiento actual referido por la madre, se interrogará por los antecedentes patológicos y alérgicos principalmente.

Lo primero que se intentará es un tratamiento paliativo que tranquilice tanto al niño como a los padres, obteniendo la confianza de ambos. Inmediatamente se buscará la amistad del chiquito y se le dará a entender que si quiere evitar los inconvenien-

tes que lo forzaron a presentarse en el consultorio, deberá hacer caso de sus indicaciones y estar dispuesto a cooperar en el transcurso de todo su tratamiento odontológico.

b) TRATAMIENTO PALIATIVO

Las causas más comunes del tratamiento de emergencia son:

ABSCESO ALVEOLAR AGUDO. Es la formación de una colección purulenta en el hueso alveolar a nivel del foramen apical, como consecuencia de una pulpitis o una gangrena pulpar, el dolor es leve e insidioso al principio, después se torna intenso, violento y pulsátil. Va acompañado de una tumefacción dolorosa en la región periapical y edema inflamatorio.

La periodontitis aguda es síntoma que nunca falta, así como movilidad y ligera estrucción, puede haber reacción febril, osteo flemón y linfadenitis de la región correspondiente. Según la virulencia o la forma clínica, la colección purulenta quedará confinada en el alveolo o bien tenderá a fistulizarse a través de la cortical ósea para formar un absceso submucoso y finalmente establecer un drenaje a la cavidad oral, posterior a la fase aguda, el absceso puede evolucionar hacia la cronicidad en forma de absceso crónico, con fistula o sin ella, granuloma y quiste paradentario. El diagnóstico se basa en dolor a la percusión y al palpar la zona periapical, además la coloración opaca e historia. El roentgenograma mostrará ligero ensanchamiento del ligamento periodon--

tal y posteriormente dará la típica zona radiolúcida periapical - de un absceso crónico, algunas veces se tendrá que hacer diagnóstico diferencial con un absceso periodontal o con un mixto de comunicación gingivo apical.

La terapéutica de urgencia será establecer un drenaje entre la cavidad y la pulpa, manteniéndolo abierto cierto tiempo para dar salida a los exudados, seguido del tratamiento de conductos.

ABSCESO DENTOALVEOLAR CRONICO. Es la evolución más común - del absceso alveolar agudo, después de que desaparecen los síntomas lentamente, puede presentarse en dientes con tratamiento odontológico irregular o defectuoso. Suele ser asintomático, de no regularizarse la reacción, radiográficamente se observará una zona radiolúcida periapical de tamaño variable y aspecto difuso que lo diferencia de la imagen más circunscrita y más definida del granuloma, se hará el tratamiento de conductos y si a los 12 meses persistiera la lesión se indicará legrado periapical o excepcionalmente apicectomía.

FRACTURAS DENTALES PARCIALES O TOTALES. Un traumatismo puede dejar expuesta la dentina profunda modificando el umbral doloroso y ocasionando una reacción inflamatoria pulpar. El diagnóstico resulta de la observación de la lesión o a la movilidad del fragmento, hay hipersensibilidad a las pruebas térmicas. El tratamiento consiste en la protección o recubrimiento pulpar directo o indirecto con hidróxido de calcio.

Cuando la fractura es mayor, se procederá a reducirla, tratando de colocar las porciones en su posición original lo mejor posible. Ferulizar el diente fracturado con las piezas contiguas y si fuera necesario, se hará el tratamiento del conducto.

Muchas veces los pacientes se presentan a la consulta por que el diente les ha cambiado de color, son motivo aparente puesto -- que no sienten dolor, el tratamiento será igual al anterior.

GINGIVITIS CRONICA. En esta afección las papilas adquieren coloración magenta y aparecen inflamadas y brillantes. La encía marginal es delgada y de color rosa pálido; presenta puntilleo gingival firme sin exudado. En las regiones interproximales, puede revelar un proceso inflamatorio crónico localizado en la pared lateral de la bolsa. Se encuentra gran cantidad de células plasmáticas y algunos linfocitos en los vasos delgados. El epitelio de la encía se caracteriza por abundantes prolongaciones epiteliales.

El tratamiento será un raspado y curetaje, así como la enseñanza al paciente de una adecuada higiene oral.

GINGIVITIS HERPETICA. Esta es producida por el herpes Simple, se puede confundir con la de Vincent. La herpética se distingue por que es generalizada, produce una vesícula llena de un líquido amarillo o blanco, posteriormente se rompen formando una úlcera abierta de 1 a 3 mm de diámetro, cubierta por una membrana gris, blanquizca e inflamada y puede observarse en cualquier zona de la mucosa bucal. Suele aparecer entre el 1° y el 5° año de vida.

Los síntomas principales son malestar, cefalea, irritabilidad y dolor al tomar líquidos o alimentos ácidos. Se ha relacionado con situaciones estresantes o a la exposición excesiva de sol. Tiene un curso de 10 a 14 días.

Su tratamiento es a base de medicamentos capaces de elevar los mecanismos de defensa como las gammaglobulinas, que no tienen una fase específica curativa, sino que atenúan la virulencia del microorganismo en acción.

La terapéutica local de elección es el raspado y curetaje, eliminando las causas que la provocaron, también la aplicación de anestésicos tópicos como la diclonine (Dyclone) antes de las comidas y los clorhidratos de aureomicina y de cloretetraciclina en las zonas ulceradas, ayuda a evitar la infección secundaria. Se puede indicar también un complemento alimenticio.

GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA. También se conoce como "Boca de Trinchera" o "Infección de Vincent". Se presenta en adultos, jóvenes y rara vez en pre-escolares.

Como su nombre lo indica, esta lesión es una enfermedad inflamatoria aguda y dolorosa con necrosis del tejido gingival como una de sus principales características; pero por su proceso patológico completo, se presenta a innumerables confusiones. Este padecimiento es causado por las bacterias de Borelia Vincent y bacilos fusiformes llamados Simbiosis fusoespiroquetal. Conjuntado con una deficiente dieta e higiene oral.

A nivel de la papila interdentaria estará una lesión crateriforme y este cráter presenta una pseudomembrana grisásea, que al desprenderla deja una zona enrojecida brillante, olor fétido, psialorrea y hemorragias al menor estímulo.

Los principales síntomas son dolor intenso al tacto, dolor a la masticación de las comidas irritantes, excesivo sabor metálico sensación de demasiada saliva en la boca. Hay fiebre, malestar general, anorexia, fatiga, palidez y linfadenopatía general.

La terapéutica será a base de un curetaje subgingival, debriamientos y solución oxidante suave. Si fuera necesario, antibióticos. Generalmente la enfermedad cede a las 14 ó 48 horas del curetaje.

Indicaciones y Consejos a los Padres

Para tener éxito en el tratamiento psicodental del paciente niño, es indispensable que antes se establezca entre odontólogo y padres un diálogo en el cual, el profesionista tratará de conocer las actitudes e influencias de los padres para con los hijos y -- así saber cómo y cuál es la forma más idónea para ofrecerle una satisfactoria atención al paciente.

Además de que mediante este diálogo, el cirujano dentista aprenderá a valorar la comunión existente dentro de la familia del paciente, estará más preparado para aconsejar a dichos padres la forma en que deben enseñar las distintas técnicas que existen pa-

ra la higiene bucal así como indicarle una dieta balanceada insistiendo que sea baja en carbohidratos puesto que la falta de higiene y la alimentación defectuosa dan lugar a un alto índice de caries y enfermedad parodontal.

Así también les sabrá aconsejar algunas indicaciones que - - transmitirán a sus hijos para que éstos no vayan predispuestos al dolor, no sientan aversión contra el dentista y colaboren gustosos en su tratamiento dental. Estas instrucciones pueden ser escritas, verbales o por medio de audiovisuales.

Las normas que aconseja el doctor Finn son once:

- A) Los padres no deben manifestar sus propios temores frente al niño.
- B) No deberán utilizar la Odontología como castigo sino como ayuda. El castigo lo asocian con el dolor y lo desagradable.
- C) Deben familiarizar a sus hijos con la Odontología, llevándolo al consultorio a una revisión periódica, para que se acostumbre y mantenga una buena relación con el dentista. Este debe cooperar plenamente mediante un saludo cordial al niño.
- D) El padre deberá entender que un despliegue visible de valor en cuestiones dentales, le dará coraje al niño; existe una correlación entre los temores paternos y los del niño.
- E) Se aconsejará a los padres sobre el medio hogareño conveniente

y la importancia de las actitudes moderadas en la creación de un niño de buenos ajustes; en estas condiciones serán buenos - pacientes.

- F) Se recalcará a los padres el valor de un cuidado regular no so lo desde el punto de vista de la conservación de los dientes, - sino para la formación de buenos pacientes. El peor momento -- psicológico del niño es cuando está padeciendo alguna odontal-
gia.
- G) Se les recalcará que no sobornen a sus hijos para que vayan a la consulta dental ya que el niño podría entender que existe - algún peligro.
- H) Que nunca avergüencen, reten o ridiculicen a sus hijos para do minar su temor al tratamiento. Muchos niños suelen tener resen-
timiento hacia sus padres o hacia el dentista por esta causa.
- I) El padre no debe asegurar lo que hará o no hará el dentista -- puesto que si miente solo conseguirá la decepción y desconfian-
za del pequeño.
- J) Varios días antes de la cita (siempre y cuando no sea una emer-
gencia), el padre llegará en forma casual y le dirá al niño -- que ha sido invitado a visitar al dentista.
- K) El padre deberá confiar el niño al cuidado del dentista una -- vez que ha llegado al consultorio y no debe entrar al cubículo

a menos que sea completamente necesario y lo indique el cirujano dentista. Una vez dentro, deberá actuar como simple espectador.

Ambientación

Como es probable que el niño entre al consultorio dental con miedo, el primer objetivo que deberá alcanzar el odontólogo será infundir confianza al niño, y hacer que se de cuenta que no es el único que pasa por esa experiencia. Una manera eficaz de inspirar esta sensación es acondicionar la recepción de tal manera que cause impresión agradable tanto al pequeño como a sus familiares, haciendo que la sala de espera sea similar en varios aspectos al medio ambiente del hogar. Para hacerla reconfortante tanto para los adultos como los niños, es conveniente apartar en un rincón una mesa con sillitas, juguetes sencillos y resistentes, libros y revistas para niños de todas las edades, etc. Este pequeño espacio puede estar adornado con pinturas o cuadros de personajes fantásticos, además de las fotos o dibujos de los pacientitos, se le puede decir que "como es uno de los mejores pacientes, de los más cooperadores, debe estar en la pared de honor". Esto hará sentir al infante que es importante, lo que significa una ventaja psicológica en apreciable número de casos.

La higiene en el consultorio dental es importante ya que muchos padres juzgan la capacidad del dentista por la limpieza de -

de su consultorio. La limpieza debe apreciarse en todos los detalles. Es lógico pensar que tanto éste como el personal que labore dentro, deben lucir impecables, desde los zapatos hasta el peinado, libres de toda suciedad como mancha de sangre, comida, etc. - Tanto la recepcionista como asistente, preferentemente usarán un uniforme en color pastel, el profesionista puede usar *Filipinas* o batas de diferentes colores, de preferencia evadiendo el blanco puesto que por lo regular los niños asocian este color con el dolor. El aliento debe ser agradable y los dedos deben oler a jabón con las uñas limpias y recortadas.

El cubículo operatorio no debe ser ostentoso, se mostrará -- una estancia agradable y confortable. Las paredes pintadas en colores claros, el lugar debe ser iluminado y ventilado. Si se cuen con un cuarto especial para niños, se adornará con motivos infantiles y dibujos que los pequeños hagan de la relación dentista paciente.

El sillón dental deberá ser cómodo, la charola de instrumental estará colocada en una mesa de mayo por detrás del paciente.- Si no se tuvieran las facilidades de un cuarto de rayos X, éste - se colocará cerca del sillón dental.

Se tratará de evitar que los pacientitos vean sangre o a - - otros pacientes con dolores. Las personas con ojos enrojecidos de llorar o perturbados emocionalmente enervarán a los niños.

Técnicas usadas en el trato del niño dentro del - Consultorio Dental

La conducta que adquiriera el niño dentro del consultorio dental se verá influenciada por la amabilidad con que lo atienda el odontólogo.

Cuando el niño tiene un proceder incorrecto, el cirujano dentista deberá ignorarlo puesto que de esta forma, al ver que no -- existe un reforzamiento, modificará su conducta. Claro que ésto - estará supeditado a la impresión y confianza que tenga el niño.

La forma más sencilla y eficaz de erradicar las reacciones - emocionales de los pacientes niños es el actuar con calma, tacto, consideración, comprensión, paciencia, sinceridad y firmeza. Pues aunque existen numerosos métodos empleados en la Odontopediatría- para manejar psicológicamente al niño, no siempre son eficaces en la eliminación del temor.

A) TECNICA DEL NO HACER

Este método está caracterizado por la posposición y retardo- del tratamiento o la consulta. Como se verá, es casi lógico el -- pensar que esta técnica no es aconsejable puesto que nunca se de- debe demorar un tratamiento, ya que al hacerlo, lo único que conse- guimos es aumentar la fobia que tiene el paciente al sentir el te mor que manifiesta el dentista a la sola idea de trabajar con él. Además debemos pensar en el mal que se ocasiona a los dientes al

dejarlos con su enfermedad.

B) TECNICA DE LA APLICACION FRECUENTE DE ESTIMULOS

Este sistema puede caer en el error de tener muchas y muy -- frecuentes visitas del paciente a la clínica dental, antes de que se forme la necesidad del tratamiento. Debe trabajarse a base de 16 2 citas previas al tratamiento dental, pues al hacerlas, perderá paulatinamente el temor y ansiedad que le causa la nueva experiencia que se le presentará.

No debemos abusar de ellas, puesto que las visitas constantes pueden malograr los beneficios que hayamos obtenido. Da buen resultado con pre-escolares y escolares hasta de aproximadamente 8 años ya que los chiquitos son los que principalmente sienten temor a lo desconocido y lo que está fuera de su círculo familiar.

C) TECNICA DEL RIDICULO

A esta técnica la caracteriza la actitud zumbona que algunos dentistas adoptan creyendo que así lograrán un buen comportamiento del niño en el consultorio dental. No se dan cuenta que el miedo, temor o ansiedad que se hacen presentes en la mente del niño provocan que disminuya su capacidad de entendimiento y la cooperación que estaba dispuesto a ofrecer, para obtener la aceptación del profesional, no se manifieste palmariamente.

Este proceder es inapropiado y peligroso ya que el ridículo-

social puede producir frustración y resentimiento en un niño, la reacción puede ser en sentido inverso al deseado y se logrará un acrecentamiento del disgusto por el cirujano dentista.

D) TECNICA DE LA IMITACION SOCIAL

Los niños son por naturaleza competidores, les agrada trabajar en las cosas que hacen los demás, si observa que un paciente, sea familiar o ajeno, es atendido y no se queja, le dará confianza y accederá a ponerse en manos del profesional, éste deberá prevenirlo de que en ocasiones la operación produce un poco de molestias (jamás mencionará la palabra dolor), puesto que de no hacerlo así, y él experimentara dolor, cuando en realidad nunca observó en el otro paciente expresión alguna, toda la confianza que pudo llegar a tener, se derrumbará y habrá pocas posibilidades de recuperarla.

E) TECNICA VERBAL

En este método se deja al niño que exprese sus dudas y temores y cuando éstas estén satisfechas, se procederá a trabajar. Sin embargo, una vez que el chico se sienta preso de un estado que le infunda miedo, las intenciones de alejarse se presentarán arrastrando a la razón. Así es que para alcanzar buenos resultados de este sistema, lo aplicaremos en forma adecuada, haciendo que el -

niño nos entienda y crea en nuestra intención de ayuda.

F) TECNICA DE COMPARACION

Este método consiste en comparar a nuestro pacientito con otro niño y el resultado es casi seguro que fuera nefasto, puesto que al hacer las comparaciones, el niño podría presentar dos reacciones: explicativa o enojosa. Explicativa por que nos haría ver que aquél no padece ni siente lo mismo que él. Enojosa puesto que él piensa que le insinuamos que es menos que el otro.

Métodos prácticos para el manejo de la conducta

La conducta puede alterarse por la acción de algunos elementos como son los reforzamientos tanto positivos como simbólicos.

Se llaman Positivos a las reacciones que provocan las palabras de elogio, caricias y al interés y atención que se le preste al niño.

Los Simbólicos son los objetos materiales con los cuales el niño fortalece su comportamiento adecuado como juguetes, dulces,--estampillas, cepillos dentales, etc.

Pero aún más importante que todos los regalos es el hacerle ver al chiquito lo importante que es su colaboración para su buen tratamiento.

En hartas ocasiones vemos que es necesario castigar al niño con el fin de llegar a eliminar, o por lo menos disminuir su mal-comportamiento, aunque debemos tomar en cuenta que un castigo no es necesariamente doloroso y un reforzador no es precisamente un premio.

En las etapas de aprendizaje, el castigo y las gratificaciones son básicas, por lo tanto, es de suma importancia el saber aplicar de una forma ecuánime las recompensas, así como los castigos, pues si observamos, el no reforzar la conducta negativa hará que el pequeño cambie su actitud hacia una conducta positiva para el correcto desempeño del trabajo del odontólogo. Se recomienda no dar los reforzamiento de una forma sistemática ya que ésto ocasionaría que el niño llegara a perder interés por ellos, siempre se debe alegar y hacerle ver al infante lo importante que es para el cirujano dentista laborar en pequeños tan accesibles como él.

A) PERSUACION

La persuasión sirve al odontólogo para inducir u obligar al niño con razones, a lograr el entendimiento y comunicación entre-ambos. Para una mayor comunión en la relación dentista/paciente no basta el entablar una plática amena o elogiosa, sino también es menester acompañarla con algunos gestos de ternura y amor hacia el niño ya que de esta manera, se sentirá con más confianza y cooperará entusiasta y solícitamente.

El profesional estará conciente de que no siempre va a resaltarle positivo el sistema que utilice con todos los pacientes, pues tendrá entre ellos los que sean accesibles, nobles, solícitos, etc. pero también encontrará pacientes rebeldes, negativos, agresivos por lo que se deberá tener la atingencia necesaria para saber manejarlos poniendo absoluta atención a lo que él le diga o pregunte, contestando siempre verídicamente y con un léxico claro, preciso y de acuerdo a la edad, inteligencia y preparación del niño.

B) CONTROL DE LA VOZ

Es por todos sabido que el énfasis que le demos a nuestra conversación será siempre de primera importancia ya que la alteración o disminución que usemos, dependerá de la atención que nos ponga el paciente. Todo esto se recomienda pues las conversaciones monótonas o con el tono de voz a bajo volumen tienden a aburrir puesto que se pierde el interés en lo que decimos y hacemos.

Siempre que se hable o se indique al pacientito lo que debe o no hacer, será con voz clara y fuerte, sin llegar al grito. Cuando sea una orden, debe pensarse antes si es que el niño está en la capacidad de obedecer ya que de no ser así, será muy difícil que el niño haga caso de las futuras indicaciones que le haga el cirujano dentista. Insistiendo en que la seguridad y jerarquía de el odontólogo debe imponerse de una manera firme y sutil, para --

que el paciente obedezca y sienta confianza en el trabajo del den-
tista.

C) TECNICA DE MANO SOBRE BOCA Y NARIZ

Para tratar a los pacientes-niño-difícil, existen varios mét-
dos, uno de ellos es de "mano sobre boca y nariz", éste, provoca -
infinidad de polémicas puesto que no todos los ciñujanos dentistas-
lo aplican o recomiendan.

Esta técnica se aplicará a criterio del profesionalista en los-
casos de pacientes con conductas negativas como el desafío, la his-
teria, berrinche y alteración emocional, pues debe tomarse en con-
sideración el estado físico-mental, o la corta edad de los niños -
ya que por falta de razonamiento hará caso omiso a la sugerencia -
del dentista.

Esta técnica consiste en colocar la mano sobre la boca y na-
riz del paciente y acercándose a su oído se le indicará que se le
quitará la mano cuando él se calme y nos permita ver sus dientes.-
Durante el tiempo que el niño se controla y accede, se mantendrá -
una plática cariñosa para distraer su atención. Pero si continúa -
con su mal comportamiento, se volverá a poner en práctica este pro-
cedimiento hasta lograr la tranquilidad del paciente.

Operado correctamente y con gran dominio de sí mismo, este mé-
todo no forma traumas ni alteraciones de la conducta en las visi-

tas posteriores del paciente al consultorio, sin embargo, será recomendable aplicarlo como última instancia.

D) ELIMINACION DEL MIEDO AL DOLOR

Casi todos los pacientes sienten pavor hacia el tratamiento dental, dando como consecuencia que en varios casos, éstos prefieren padecer enfermedades dentales que verse en la necesidad de -- afrontar la irremisible visita a la consulta dental.

Este miedo se presenta casi siempre en los pequeños por que creen que el tratamiento que se va a aplicar será excesivamente - doloroso. Puede originarse en dos diferentes tipos: como miedo - subjetivo y miedo objetivo.

El Subjetivo es el que se presenta en el niño motivado por - la información de experiencias odontológicas propias de las personas que lo rodean.

El Objetivo es el producido por las experiencias vividas en - tratamientos dentales anteriores, llegando al paciente por el recuerdo de sonidos, sabores, sensaciones, objetos, uniformes de -- trabajo y olores que en un momento dado le fueron traumatizantes.

Cuando a la consulta se presentan pacientes con un miedo y - ansiedad de tipo traumático, es recomendable usar esta técnica en la que durante la primera cita será indispensable tener una con-versación de tipo amistoso con el paciente, su madre y un acompa-

fianste X que sea de confianza y admiración para el niño, (puede ser un hermano, amigo, etc.), por un corto tiempo, suficiente como para que conozca al dentista como persona. Esto será en la recepción y sin uniforme.

En la segunda sesión, se invitará al paciente y al acompañante X a pasar al cubículo, donde se hará al acompañante X un trabajo sencillo como una profilaxis, mientras nuestro paciente estará observando, cuando se termine la operación se indica al paciente que es su turno y se procederá a hacer el mismo tratamiento que al acompañante X.

En la tercera cita, entrará al cubículo todavía acompañado, pero el paciente será el primero en pasar al sillón dental. Es posible que al principio lllore un poco, pero no se opondrá al trabajo.

Durante la cuarta y quinta sesiones, casi no llorará y el procedimiento será parecido al de la tercera. Hasta aquí no deberá usarse ningún tipo de uniforme.

En la sexta y séptima visita, al acompañante X se le pedirá que regrese a la sala de espera cuando se haya terminado su trabajo.

Para las visitas subsiguientes se recomendará al acompañante X que no asista al consultorio y el paciente solo irá con su madre. Esto es con la finalidad de que el pacientito no necesite ya

de un modelo como estímulo, sino que haga conciencia de que él --
puede superar esa fobia que sentía al dolor.

CAPITULO IV

CONCEPTO DE ANESTESIA

Anestesia puede definirse como un estado de depresión reversible del S.N.C., caracterizado por la pérdida de la sensibilidad y de la conciencia, así como la actividad refleja y de la motivación. Se deriva del gr. Aisthesis = sensación. Se designa también como Narcosis siendo los anestésicos generales quienes producen - este estado.

La mayoría de los niños que son sometidos al tratamiento dental lo aceptan con poca o ninguna dificultad. Como dije anteriormente, el enfoque psicológico adecuado es de una importancia primordial en el manejo de la conducta del niño, sin embargo, el tratamiento de un paciente angustiado y emocionalmente perturbado, - requiere ayuda especial.

Este grupo de niños debe ser considerado para la premedicación puesto que el empleo prudente y juicioso de ésta, puede ser muy valioso en tales casos, además es útil para los procedimientos operatorios y quirúrgicos prolongados. La identificación de estas ocasiones y la determinación del curso de acción a seguir se puede obtener siguiendo una guía como esta:

- Identificar claramente el tratamiento que va a realizarse
- Decidir cuánto tiempo se necesitará en circunstancias razonables
- Decidir cuánta molestia será causada y qué efecto tendrá en el paciente.
- Decidir cuánta conducta trastornadora se puede aceptar sin sacrificar la calidad del tratamiento.

- Si se prevee que va a ocurrir demasiada conducta trastornadora, o si el procedimiento va a ser demasiado exigente para el paciente, decidir si el dolor o la ansiedad, o ambos necesitan medidas especiales.
- Escoger las drogas que proporcionarán el alivio necesario.
- Escoger las dosis, vías de administración y horas de administración que probablemente lograrán la modificación deseada de la conducta,

La oposición a la tensión nerviosa en cada paciente se presenta de distintas formas, por lo que algunas veces es necesario reforzar su efecto con un medicamento que tenga mayor acción calmante sobre el S.N.C. y de esta forma mitigue la aprensión, ansiedad o miedo, eleve el umbral al dolor, controle las secreciones salivales y mucosas y que además contrarrestre el efecto tóxico de los anestésicos locales.

Se deberá considerar la edad del niño, su peso, actitud mental y actividad física del niño. Para ayudarnos, podemos emplear el siguiente cuadro que presenta la proporción de dosis, éstas han sido determinadas basándose en el área corporal, pero relacionada con el peso corporal.

E D A D	P E S O		(A)	(B)
	lb	kg	Dosis como propor ción de dosis pa ra adulto.	Dosis en mg por kg, si la dosis para adulto es 1 mg / kg
Adulto	145	66	1	1.0
12 años	82	37	3/4	1.25
7 años	51	23	1/2	
3 años	33	15	1/3	1.5
1 año	22	10	1/4	
4 meses	14	6.5	1/10	2.0

Premedicación

Los medicamentos que describiré son usados con frecuencia en Odontopediatría como medicación preoperatoria.

A) CLORHIDRATO DE HIDROXINA (Atarax, Visteril)

La hidroxina constituye uno de los agentes psicosedativos — más populares en la práctica odontológica, se deriva de la dife— nilmetano, la presentación comercial del Atarax es de un polvo -- blanco inodoro soluble en agua y el Visteril es conocido como sal promato de hidroxina.

Este es un medicamento seguro, con ningún otro efecto secundario que una ligera somnolencia, aún con las dosis mayores, está indicado como medicación preoperatoria, en niños aprensivos, an-- siosos, hiperactivos o hiperquinéticos.

Se sugieren dosis con las siguientes indicaciones: Para un - tratamiento operatorio endodóntico y procedimiento quirúrgico, u-- na dosis inicial de 25 mg de meperidina, que puede ir asociado -- con 100 mg de hidroxina, ambos se darán una hora antes del trata-- miento. Para niños muy pequeños, suspensión de vistaril 25 mg an tes de la cita. En la mañana una hora antes de 25 mg de Vistaril, mas 1000 mg de hidrato de cloral. La hidroxina parece ser la dro-- ga más indicada como agente depresor del niño, para su adminis-- tración debemos considerar su peso, sexo, estado físico y emocio-- nal.

B) DIAZEPAM (Valium)

Es considerado como un agente sedativo, su característica de ser depresor lo hace popular en su empleo para pacientes aprensivos así como en niños problema. Se deben tomar precauciones cuando se administre en pacientes con anormalidades cardiovasculares, o que han sufrido procesos mentales subnormales no controlado. Este medicamento se puede administrar por vía oral e intravenosa. Las siguientes dosis se sugieren para obtener un efecto tranquilizante:

1 a 5 años	0.5 mg	4 veces al día
6 a 12 años	1.0 mg	4 veces al día

Como efectos sedativos se recomienda:

1 a 5 años	.4 mg	antes de acostarse
6 a 12 años	.8 mg	antes de acostarse

C) SECOBARBITAL (Seconal) PENTOBARBITAL (Nembutal)

Son barbitúricos que han sido muy usados con grados variables de éxito. Es muy difícil determinar la dosis correcta para un determinado niño con el fin de proporcionarle un grado predecible de sedación y por tal razón, muchos odontólogos abandonaron el uso rutinario de los barbitúricos para premedicación del tratamiento odontológico.

D) CLORHIDRATO DE PROMETAZINA (Fenergan)

Es un derivado de la Fenotiazina. Este medicamento es depresor respiratorio, se han reportado casos de hipotensión, hiperexcitabilidad y pesadillas, en niños a los cuales se les administraron de 75 a 125 mg. Está indicado en niños aprensivos, las vías de administración son la intramuscular, intravenosa y la rectal. Su empleo principal es como co-medicación con otras drogas y se aconseja administrar una dosis de 12.5 a 25 mg.

E) CLORHIDRATO DE MEPERIDINA (Lorfan, Narcon y Demerol)

Fue el primer narcótico sintético introducido en 1939, es un analgésico preparatorio, espasmolítico y sedante. También tiene un ligero efecto anestésico local. Se absorbe con rapidez cuando administrado por vía muscular o bucal, por vía muscular hace efecto en unos 15 min. pero la tableta puede demorar hasta 40 min. para ser eficaz. Hay pocas contraindicaciones para el uso de la meperidina, como en los pacientes con lesiones hepáticas. Una desventaja es que crea hábito. Se considera que la dosis está alrededor de un miligramo por 1 lb de peso corporal, No obstante, no se aconseja emplear más de 100 mg. La meperidina puede ser considerada el medicamento de elección para el paciente tenso que coopera, para el demostrativamente aprensivo, para el miedoso, para el que tiene una cardiopatía congénita en la cual es conveniente aliviar la angustia y para los niños física y mentalmente dismi-

muidos. Los efectos secundarios de la meperidina pueden incluir escosor de la piel y náuseas. Para el caso ocasional de una depresión respiratoria que podía producirse por el empleo de la meperidina, el dentista debe tener a su alcance clorhidrato de nalorfina (Nalline), que también es un narcótico y administrará 5 a 40 mg por vía I.M.

F) HIDRATO DE CLORAL (Noctec)

En dosis terapéuticas, el agente casi no tiene acción depresora en la respiración, ni en la presión sanguínea, tiene un leve efecto analgésico, que se absorbe por el tracto gastrointestinal cuando es administrado por vía oral o rectal. El hidrato de cloral puede antagonizar con los efectos anticoagulantes de las drogas en forma de elixir, produce irritación gástrica, náuseas y vómito, por lo que se recomienda tener precaución en su uso, además de que está contrindicado en enfermos con deficiencias renales y hepáticas. Es de acción rápida, de 20 a 30 min. se preparan soluciones de distintos sabores para que el niño escoja uno en especial. También puede ser administrado en cápsulas suaves de distintos sabores. Las dosis aconsejables son de 500 a 700 mg para los niños de 2 a 4 años con un peso de 11.33 Kg a 22.66 kg, de 4 a 7 años de 750 a 900 mg con peso de 22 a 31 kg; de 7 años en adelante de 1000 a 1500 mg con peso de 31 a 45 kg.

Analgesia con Oxido Nitroso

Dentro de la Odontología se han realizado grandes adelantos en la conquista del dolor asociado con los procedimientos operativos, mediante el uso de los anestésicos locales y generales.

Lo que demostró ser útil por cambiar la actitud mental a una manera positiva, fué el uso del Oxido Nitroso como analgésico.

Quizá sea el más utilizado entre todos los agentes anestésicos por inhalación, ejerce su acción farmacológica sobre las células del S.N.C. deprimiendo dicho sistema. Los efectos se observan principalmente en corteza cerebral de modo que la depresión de actividades respiratorias y circulatorias son inapresiables y la relajación muscular es escasa. No es histaminogénico y su toxicidad es menor que la de los otros medicamentos por inhalación.

Para utilizar este tipo de analgesia es necesario equipo y técnica especiales. Los gases se almacenan en cilindros a presión los cuales fluirán a través de una tubería flexible hasta un sistema de tubos que los conducirán al cubículo, en el cual existirán unas salidas que permitirán la unión de colecciones rápidas. De estas salidas se conectarán tubos flexibles a un aparato que consta de las siguientes partes:

- I) Medidores del paso con válvulas que indican el volumen de cada gas suministrado al paciente en términos de libras -- por minuto.

- II) Un dispositivo de seguridad de oxígeno, que automáticamente cerrará el flujo de protóxido si fallara el suministro de oxígeno.
- III) Una palanca para el oxígeno que permite suministrarlo puro al paciente, en grandes cantidades, si así se deseara.
- IV) Una bolsa de respiración, que asegura al odontólogo que el paciente está inspirando y aspirando por la boca. También asegura que está llegando un volumen adecuado de gas.
- V) El inhalador nasal es la única parte que tiene contacto -- con el paciente. El inhalador tiene dos aberturas; una permite que el aire ambiental se mezcle con el óxido nitroso- y oxígeno y la otra permite que escape la mezcla exhalada.

A) INDICACIONES DEL OXIDO NITROSO

- a) Niños, jóvenes y adultos que no son receptivos a las técnicas de anestesia local.
- b) Operatoria, preparación y excavación de cavidades sensibles
- c) Odontopediatría
- d) Extracciones
- e) Lograr exposición pulpar previa a colocar c. caña por presión.

- f) Eliminar obturaciones de dientes con pulpitis
- g) Preparación de coronas de dientes con pulpitis
- h) Prueba o cementación de coronas o incrustaciones
- i) Parodencia
- j) Ortodoncia. Separación inmediata de dientes
- k) Como suplemento en la administración de barbitúricos endove
nosos.
- l) Como suplemento del fluotane
- m) Para intervenir brevemente cuando no se requiere relajación
ni profundidad más allá del plano quirúrgico superficial.
- n) Para producir analgesia en Odontología
- ñ) Cuando son necesarios procedimientos operatorios múltiples-
de pacientes con afecciones espásticas graves.
- o) Toda persona que padezca alguna anomalía mental y pacientes
muy aprensivos.
- p) Ajuste de ligaduras y grapas cervicales.
- q) Tratamiento de alveolitis
- r) Cirugía y debridación de abscesos.

B) TECNICA

Después de obtener la historia clínica y social del paciente

(por las contraindicaciones que pudieran presentarse), será necesario describir a los padres acerca de la analgesia y cómo afecta y beneficia al niño. Y cuando sea el momento, se le debe mostrar al niño el equipo y explicarle cuál es el uso que se le va a dar, haciéndole pensar que todo el equipo es parte de una nave espacial y que él es el capitán de dicha nave, se le dirá: "Tú vas a ser el que dirija todo el viaje y como capitán que eres, te vamos a poner tu máscara, cuando estemos llegando al espacio, vas a tener diferentes sensaciones, como cosquilleo en los dedos de los pies y manos, sentirás pesadez en piernas y brazos, como si se te relajaran, sentirás que te zumban también los oídos." Para todo esto, el cirujano dentista le dará confianza al niño ya sea tomándole la mano o dándole palmaditas en el cuerpo; se le dirá que si él siente la necesidad de quitarse la máscara, que se lo diga al dentista, lo que hará inmediatamente y volverá a ponérsela si así lo cree conveniente.

El óxido nitroso no es letal cuando se administra con 20% o más de oxígeno al nivel del mar, es transportado disuelto en la sangre ya que no se combina con la hemoglobina. La ausencia de un transporte de tipo químico no ocasiona problemas puesto que su solubilidad en la sangre es 16 veces superior a la del oxígeno.

El óxido nitroso, al igual que los demás agentes de inhalación, ha de ser transportado por las vías respiratorias hasta alcanzar los sacos alveolares, desde allí, por difusión a través de

la membrana alveolo capilar llega al torrente sanguíneo. Después pasa de la circulación pulmonar a la general. Se disuelve rápidamente en sangre, la saturación se presenta a partir de una determinada concentración, inspirada se produce en tres recorridos de la sangre a través del circuito pulmonar.

La absorción es rápida al principio, pero pronto disminuye, una proporción del gas es distribuida a tejidos muy irrigados (cerebro, corazón, hígado y riñón). Puesto que estos órganos representan una masa relativamente pequeña, la saturación es total hasta que hayan transcurrido 15 minutos.

Los restantes tejidos corporales (grasa, músculos, tej. conjuntivo), al recibir tan solo 30 % del gasto cardíaco, únicamente reciben una pequeña cantidad durante los primeros 15 min.

Cuando el primer grupo de órganos está saturado, estos últimos asumen el papel predominante en la recepción del gas administrado. Debido a que la absorción en el tejido adiposo y otros tejidos es lenta, no existe ninguna reserva definida que retarde la recuperación cuando cesa la administración. El equilibrio entre el nivel de sangre y en los tejidos se ve ligeramente afectado por una lenta pero continua pérdida de óxido nítrico a través de la piel, no obstante, este fenómeno solo representa de 5 a 10 ml por minuto y no constituye un factor importante para la concentración a nivel plasmático de este anestésico.

Su principal acción farmacológica es la depresión del S.N.C.

No compete con el oxígeno y el dióxido de carbono para combinarse con la molécula de hemoglobina.

El óxido nitroso posee propiedades anestésicas debido a su gran solubilidad en el plasma sanguíneo y su modo de acción es directamente proporcional a este tipo de solubilidad.

Puede afirmarse que la cantidad de gases que puedan ser llevados por un volumen sanguíneo determinado depende de las presiones parciales de estos gases en contacto con la sangre. Las presiones parciales de óxido nitroso inhalado que llegan a los alveolos pulmonares, son un factor que indican la tensión de este gas en la sangre. Por lo tanto la cantidad de óxido nitroso absorbida de los pulmones depende de la concentración o presión parcial que existe en los pulmones en relación con la tensión de óxido nitroso o presión parcial en la sangre.

El paciente adquiere un semblante sonriente, sus manos estarán relajadas, abrirá la boca a pedido y la mantendrá abierta hasta que se le pida que la cierre, en caso de que no siga estas indicaciones es por que el niño ha recibido una cantidad mayor de gas. Normalmente se necesita de 3 a 5 min. para que el paciente manifieste las características deseables de la analgesia.

Algunas de las ventajas del uso de este tipo de analgesia son: en casos de niños que tienen marcado el reflejo del vómito que torna difícil realizar los procedimientos operatorios, lo disminuye sin afectar el de la tos, también para muchos pacientes, -

este tipo de analgesia es suficiente para permitir al odontólogo aumentar los procedimientos restauradores que se necesiten. Después de la analgesia, la administración de oxígeno al 100 % por un período de 1 a 3 min. es todo lo que requiere para que el paciente deje el consultorio totalmente recuperado. La analgesia con pro--toxico oxígeno proporciona al profesional otro instrumento para -ayudar al paciente a superar el temor y el dolor. Es importante -que reconozca como objetivo primordial del óxido nitroso el con--trol del temor al dolor. Se le puede usar con seguridad en niños--con pocas excepciones y puede ser administrada con la anestesia -local o sola.

Uso de la Anestesia General

La anestesiología pediátrica, aunada a la odontología infantil, forman una disciplina que últimamente está adquiriendo gran--demanda en atención dental de aquellos pacientes, que por condi--ciones especiales, es imposible tratarles en forma convencional.

Claro está que antes de tomar la decisión de hospitalizar a--un niño y realizar el trabajo bajo anestesia general, se debe in--tentar la operación en el consultorio dental. Esto es aplicable --hasta para niños disminuidos que podrían parecer incapaces de cooperar física y mentalmente.

Para llevar a cabo procedimientos operatorios bajo anestesia

general, debemos tener suficientes conocimientos sobre la farmacología de los anestésicos, modo de acción, vías de administración, y técnicas para realizar la anestesia general.

A) PERIODOS DE LA ANESTESIA

a) Por FASES.

- I) Taquicardia, taquipnea, temblores finos a nivel facial- y de miembros superiores e inferiores.
- II) Hipnoalgnesia -respiración profunda y pausada- la frecuencia cardíaca disminuye, reflejo palpebral abolido, no - hay reflejo al dolor.

b) Por PERIODOS

ANALGESIA. Desde la inducción de la anestesia hasta la pérdida parcial de la conciencia y de la sensibilidad al dolor, con reflejos activos.

DEL DELIRIO. Desde la pérdida de la conciencia, hasta la pérdida del reflejo óculo-palpebral, agitación y pupilas dilatadas.

QUIRURGICO. Desde la pérdida del reflejo óculo-palpebral - hasta la parálisis de los movimientos respiratorios.

DE SOBREDOSIFICACION. Desde la parálisis de los movimien

tos respiratorios (apnea total) -
hasta el paro cardíaco.

En el período de la analgesia; el paciente pasa del estado de la conciencia a la inconciencia (el paciente ve y oye pero no siente dolor, no hay cambio circulatorio, ni respiratorio, o son poco notables.

El período de delirio y el anterior no tiene límite y se suceden confundiéndose.

B) ACCION FARMACOLOGICA

La acción fundamental de los anestésicos volátiles, consiste en la depresión no específica del Sistema Nervioso Central.

a) SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Los anestésicos volátiles tienen una potencia anestésica clínica del 100 % pudiendo llevarse al paciente hasta el IV período o parálisis bulbar. Pero su potencia relativa, dada por la concentración necesaria de aire inspirado para producir la anestesia general, es variable. El metoxiflurano y el halotano son, los más potentes, siéndolo menos el éter.

La fase de inducción es de 15 a 20 min. para el éter; en cambio es rápida para los anestésicos fluorados, como el halotano y el metoxiflurano en que es de 3 a 9 min. Dada la rapidez de induc

ción para estos últimos, el período de excitación es muy corto o está casi siempre ausente.

La relajación muscular es importante, para que el cirujano - dentista pueda realizar las maniobras quirúrgicas necesarias. En este sentido el éter y el metoxiflurano son los que producen mayor relajación, mientras que el halotano la produce en menor grado, lo que hace conveniente el uso de relajantes musculares.

En pacientes sometidos a tratamiento dental bajo anestesia general, no se requiere la relajación muscular estriada, bastará con la relajación temporaria del masetero y buccinador.

En lo que respecta a la recuperación de la anestesia, es prolongada a 2 horas, para el éter; en cambio es corta 5 a 10 min. - para el halotano y el metoxiflurano.

En el caso de este último, se produce un grado de analgesia prolongado durante el período de recuperación, por lo cual no es necesario usar analgésicos en el postoperatorio.

b) SISTEMA CARDIOVASCULAR.

La acción difiere para los éteres y los hidrocarburos halogenados.

ETERES SIMPLES. Todos los anestésicos generales son depresores cardíacos, pero esta acción no es muy intensa en el éter, pues éste no supersensibiliza al miocardio a la acción de las catecolaminas, especialmente a la adrenalina, de manera que la inyección de

ésta no provocan arritmias ventriculares ni la fibrilación ventricular, como sucede en los hidrocarburos halogenados.

Durante el período de excitación, se produce generalmente taquicardia debido a la descarga simpático-adrenal, aceleración cardíaca que también puede existir en el período III debido al bloqueo vagal sobre todo en los niños que normalmente poseen un alto tono vagal.

ETERES FLUORADOS. Las acciones cardiovasculares del metoxiflurano; son semejantes a las del éter, pero la depresión de la actividad del corazón es algo mayor debido a la presencia de halógenos en la estructura química del primero. Durante la anestesia, - la frecuencia cardíaca se mantiene más o menos normal. La presión arterial es la habitual del paciente en los primeros planos de la anestesia, pero luego desciende a medida que la profundidad de la anestesia aumenta, lo que se debe a la depresión del centro vasomotor y a la depresión cardíaca.

HIDROCARBUROS FLUORADOS. El halotano es el menos cardiotoxico pero la acción depresora del corazón se intensifica a medida que la anestesia se hace más profunda. Es común la producción de bradicardia, pues es suprimida por la atropina pudiendo llegar así - al paro cardíaco en raras ocasiones.

A veces se produce extrasistolia ventricular y el halotano - supersensibiliza al miocardio a las catecolaminas, en especial a la adrenalina, que es capaz de provocar taquicardia ventricular y

aún fibrilación ventricular mortal; dichos trastornos son más frecuentes si existen factores capaces de exagerar una descarga simpaticoadrenal, como la anoxia y el exceso de dióxido de carbono - sanguíneo.

El halotano produce desde el comienzo un descenso de la presión arterial que se va acentuando con la profundidad de la anestesia.

c) RESPIRACION

Todos los anestésicos generales deprimen la respiración; a medida que se profundiza la anestesia, disminuye la respuesta del centro respiratorio del dióxido de carbono y se produce anoxia, - por lo que es preferible ayudar a la respiración con maniobras mecánicas.

El éter irrita las mucosas y, por vía refleja estimula las secreciones bronquiales y salivales durante las fases de inducción y recuperación. Si durante la fase de inducción la concentración del éter inhalado es muy elevada, la respiración puede detenerse por un reflejo defensivo, pero se reanuda en seguida. Esta acción irritativa del éter, es la que se hace a pesar de ser un depresor del centro respiratorio, que la respiración se mantenga bien hasta los planos de la anestesia profunda.

Tanto el halotano como el metoxiflurano no son irritantes locales y no aumentan las secreciones bronquial y salival, en cam--

bio son depresores respiratorios desde el comienzo de la anestesia quirúrgica, depresión que se exagera cuando la anestesia se profundiza, lo que lleva fácilmente a la anoxia y a la acidosis respiratoria por retención del bióxido de carbono, pudiendo llegarse a la apnea.

Por estas razones la respiración, siempre debe ser ayudada por el anestesista durante la administración de estas drogas, siendo importante la intubación traqueal.

d) TRACTO GASTROINTESTINAL

El éter por ser irritante, causa un aumento de la secreción salival durante los primeros períodos de la anestesia. Pueden aparecer náuseas y vómitos en el período II, y especialmente durante la recuperación de la anestesia. En cambio el halotano y el metoxiflurano son poco emetizantes.

e) HIGADO

El éter es escasamente hepatotóxico en comparación con los hidrocarburos halogenados. Los anestésicos volátiles fluorados-halotano y metoxiflurano son muy poco hepatotóxicos, a pesar de su contenido halogenado-cloro; la presencia del fluor parece quitarles gran parte de su hepatotoxicidad.

C) INDICACIONES PARA EL USO DE LA ANESTESIA GENERAL

La utilización de un anestésico general como auxiliar de una atención odontológica completa para los siguientes grupos de niños, ha sido aconsejada por Wilhemy y por Album:

- a) Niños con retardo mental al punto de que el odontólogo no pueda comunicar la necesidad de atención odontológica.
- b) Niños en quienes no se puede lograr un control adecuado de la conducta por los procedimientos habituales a tal efecto, complementados con premedicación, anestésicos locales y un grado aceptable de restricción.
- c) Pacientes con alergia conocida a los anestésicos locales.
- d) Pacientes hemofílicos en quienes el uso de un anestésico puede provocar una hemorragia interna.
- e) En niños con movimientos involuntarios.
- f) Niños con trastornos generales y anomalías congénitas que imponen el uso de un anestésico general.

D) VIAS DE ADMINISTRACION

Como la mayor parte de las drogas anestésicas son gases o vapores, la vía más frecuente de administración de éstos es la respiratoria. Desde un punto de vista práctico, lo necesario en un sistema para administrar drogas anestésicas por inhalación son --

los siguientes:

- a) Fuente de oxígeno
- b) Fuente de anestésico general
- c) Mecanismo para eliminación del bióxido de carbono
- d) Mecanismo para ventilación adecuada

Los diversos sistemas para administrar anestésicos generales por inhalación, han recibido varios nombres. Los términos utilizados para describir estos sistemas son:

a) MECANICOS

- Sistemas abiertos, semiabiertos, semicerrados y cerrados.
- Sistema circular y sistema de vaivén

b) FISIOLÓGICOS

- Sin reinhalación parcial
- Reinhalación parcial
- Reinhalación completa

E) TÉCNICA DE REALIZACIÓN

a) PROCEDIMIENTO PREOPERATORIO

Se hará un examen bucal, radiográfico, plan de tratamiento y exámenes de laboratorio; así como una valoración pediátrica preoperatoria.

En la historia clínica revisaremos la hipersusceptibilidad - farmacológica, el tratamiento medicamentoso previo, la exposición a infección respiratoria y a los exantemas infantiles corrientes. La historia personal y familiar de coagulopatía y el estado de inmunización.

Durante la exploración física observaremos si es que existe enfermedad respiratoria aguda incipiente; volumen del hígado, anomalias congénitas, cardiopatías y presión arterial.

Los estudios de laboratorio que se pedirán son de hemoglobina, 10 a 12 g por 100 ml; flebotomía e introducción de sonda intravenosa; urinalísis; prueba de tuberculina. Radiografías de tórax (según esté indicada). tiempos de tromboplastina parcial y de protombina.

b) PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS

Se refieren a la preparación y medicación preanestésica y a los procedimientos preliminares.

- I) La preparación y medicación preanestésica, es necesaria - - pues el niño debe tener suficiente sedante para alejar el - temor y la ansiedad y controlar la secreción salival para - poder mantener el acceso de aire.
- II) Los procedimientos preliminares se refieren a la asepsia y antisepsia de los integrantes del equipo quirúrgico. Venoo-

clisis en el paciente. Relajantes musculares e inducción a la anestesia, colocación de intubación nasotraqueal y de el agente protector en los ojos del paciente. Así como la colocación en la zona cordial de un estetoscopio y en el brazo un baumanómetro.

c) ACTO QUIRURGICO

Se empieza por la colocación de los campos, colocación de una gasa humedecida en solución salina en la orofaringe como protector.

Colocación de un abre bocas del lado opuesto al que trabajemos. Profilaxis y aislado del cuadrante en el que operemos.

Una vez terminados los cuatro cuadrantes, se efectúa una limpieza adecuada para eliminar restos de materiales o tejido dentario.

Antes de reanimar al paciente, se debe haber cohibido perfectamente la hemorragia que se pudiera presentar y se retirará el paquete faríngeo.

c) PROCEDIMIENTOS POSTOPERATORIOS

Se retiran los campos. El anestesiólogo aspira las secreciones, sangre, saliva y agua que se encuentren acumulados en el pa

ciente, después lo reanimará con una buena oxigenación.

Se continuará con la extubación. Se traslada el paciente a la sala de recuperación manteniendo la venoclisis. Cuando se le retire, se trasladará a su cama.

El dentista deberá registrar las órdenes postoperatorias completas en el expediente.

Después de todo esto, el odontólogo está preparado para informar a los padres sobre el éxito del tratamiento.

CAPITULO V

PACIENTES DISMINUIDOS

Parálisis Cerebral

La parálisis cerebral (P.C.) es un problema de impedimento muy complejo; lo podemos definir como "una alteración del movimiento y la postura que resulta por un daño o lesión no progresivo y permanente en un encéfalo inmaduro", caracterizado por la dificultad para controlar algunos de los músculos, aparte de esta característica común, las disfunciones neuromusculares se manifiestan como Espasticidad, Atestosis, Rigidez o temblores y Ataxia. Es difícil hallar dos niños con P.C. semejantes porque las alteraciones del desarrollo cerebral pueden adoptar diferentes formas afectando, a veces, además del control motor su inteligencia, visión, audición, lenguaje y el estado emocional, por lo que es importante para el cirujano dentista informarse durante la elaboración de la H. C. sobre los aspectos importantes, si hubiera, de las otras afecciones neuromusculares que padece el paciente en cuestión.

Un gran porcentaje de niños paralíticos cerebrales están capacitados para recibir un cuidado dental adecuado sin la necesidad de la anestesia general. Cuando el profesional ha comprendido y estudiado sus limitaciones físicas y mentales, sabrá tomar las medidas precautorias necesarias en su tratamiento odontológico.

A) CAUSAS Y FRECUENCIA DE LA PARALISIS CEREBRAL

Aunque no se ha establecido con certeza la etiología de la

parálisis cerebral, existen pruebas que demuestran que gran variedad de condiciones ayudan a su instalación.

Algunas células del cerebro del niño pueden resultar lesionadas antes, durante o después del nacimiento y la falta más común es la anoxia en el cerebro infantil. Aproximadamente una tercera parte de niños afectados con P.C. son prematuros y han tenido bajo peso al nacimiento, otra causa es la toxemia del embarazo, también se ha visto que los gemelos son más frecuentes entre parálisis cerebrales: al rededor del 5 - 10 % en varios estudios, incluyendo el de Henderson (1961) que comprende 240 casos. Aún cuando la gran mayoría de los casos de P.C. son causados por factores que actúan durante el embarazo o en el momento del parto, un 10 % resulta afectado en los primeros años de vida por infecciones graves como la meningitis o la encefalitis, o por lesión cerebral como consecuencia de un grave accidente. Son raras las causas hereditarias, las madres demasiado jóvenes o demasiado maduras se encuentran en mayor riesgo que las otras y es más común en el sexo masculino que en el femenino.

B) TIPOS DE PARALISIS CEREBRAL

Existen cuatro tipos principales de P.C.:

- I) **ESPASTICO.** Este es el grupo más grande, se observa al rededor del 75 % en los niños con P.C., se caracteriza por la notable rigidez de movimientos e incapacidad para rela

jar los músculos impidiendo el movimiento pasivo de la extremidad, por lesión de la corteza cerebral que afecta los centros motores. El grado del defecto varía; en la monoplejía solo está afectado un brazo o una pierna; en la hemiplejía se encuentra afectado un brazo y una pierna del mismo lado; en la cuadriplejía los cuatro miembros muestran espasticidad y la Paraplejía donde únicamente las piernas están afectadas.

II) **ATETOSICO.** Se observa en un 10 % de los niños afectados, en esta situación el niño presenta frecuentes movimientos involuntarios que enmascaran e interfieren con los movimientos normales del cuerpo. Se producen por lo común movimientos de contorsión de las extremidades, de la cara y la lengua, gestos, muecas y torpeza al hablar. Los defectos de la audición son bastante comunes (más del 40 %) en este grupo, que interfieren con el desarrollo del lenguaje. La lesión de los ganglios basales del cerebro parece ser - la causa de esta condición.

III) **ATAXICO.** En esta condición el niño presenta mal equilibrio corporal y una marcha insegura, dificultades en la coordinación y control de las manos y los ojos. La lesión del cerebelo es la causa de este tipo de P.C. relativamente rara.

IV) MIXTO Y OTROS. Casi el 10 % presentan un tipo mixto de P.C. y un porcentaje reducido, un tipo especial de tensión muscular como distonía, hipertonia, rigidez y temblores.

El tipo de parálisis cerebral que presenta un niño dice poco acerca del grado de su incapacidad. Es importante para el odontólogo conocer además del tipo y el número de miembros afectados, - el grado en que se halla afectado su control motor.

A menudo se observa que la lesión cerebral afecta también el desarrollo de la inteligencia, la visión, la audición, el lenguaje y otros factores importante para el progreso del niño. Las - - principales complicaciones que acompañan a la P.C. son:

a) EPILEPSIA

Se observa de un 25 al 35 % aproximadamente, en realidad la mayoría de los espásticos tienen pocos ataques, ésta es más común entre los cuadripléjicos y hemipléjicos.

b) DEFECTOS VISUALES

Una elevada porción de niños paralíticos cerebrales sufren - poca agudeza visual, nistagmo, estrabismo, errores de refracción - y otros defectos oculomotores.

c) PERDIDA DE LA AUDICION

Se encuentra sobre todo en los atetósicos, en los cuales la pérdida se refiere a sordera para los tonos agudos.

d) DEFECTOS DEL LENGUAJE

Estos varían desde los leves defectos de articulación a la ausencia completa del habla. Aproximadamente el 50 % de la muestra de Henderson presentaba cierto grado de defecto del lenguaje y casi el 20 % no tenía habla inteligible, la mayoría de éstos con déficit intelectual y en quienes la falta del lenguaje se debía a una combinación de factores. En muchos de estos niños se presentan dificultades para la alimentación, aunque la situación pueda mejorar por medio de la fisioterapia y la foniatría utilizadas precozmente.

e) DEFICIT INTELECTUAL

En varios estudios se ha podido observar que por lo común los niños con disminución física de mayor grado tienen la inteligencia de menor grado, debido al grado de lesión cerebral, se ha calculado que el 36 % tienen un C.I. de 50; el 21 % tienen el C.I. de 50- a 70 ; el 5 % un C.I. de 110 y el 1 % el C.I. de 130. También se observó que la mayor frecuencia de retardo mental se da en el grupo espástico y la menor en el grupo de los atetoides.

C) DESARROLLO EMOCIONAL

Se describe a menudo a los paráliticos cerebrales como niños emocionalmente hábiles, de sentimientos intensos, fácilmente excitados, difíciles de controlar y muy variables. Demuestran gran temor ante nuevas situaciones, se muestran deprimidos y llorosos, retraídos y se observa la negativa a cooperar, por estas razones, el cirujano dentista debe saber manejar la situación manteniendo una rutina estable, constante y regular, con el mínimo de excitación y tensiones, aumentará la estabilidad y reducirá la alteración emocional y la distracción.

Sordo

Una disminución grave como la sordera, tiende a aislar al niño de la vida normal, en tiempos pasados la mayoría de los ciegos, sordos y espásticos se mantenían aislados en hospitales, escuelas con pensionado apartadas, este cuadro ha cambiado en los últimos años por la inclinación hacia el mejor aislamiento y la mayor "integración" del discapacitado dentro de la comunidad anormal. La actitud del público en general frente al disminuido ha mejorado.

A menudo no se comprende a los sordos por que el defecto es menos manifiesto que en el caso del invidente o el espástico, pero el déficit que supone la sordera es muy importante, si pensamos que el sordo no adiestrado está aislado no solamente de los -

sonidos, sino también del lenguaje y en consecuencia aislado de muchos tipos de contacto social. Por lo tanto, los principales es fuerzos del odontólogo deberán estar centralizados en su facultad de comunicación. Existen muchas maneras de comunicación entre el dentista y su paciente: por medio de expresiones faciales, de ges tos, tocándolo, levantándolo, etc.; el pequeño sordo lo comprende rá y estará abierto a la cooperación.

A) CAUSAS Y TIPOS DE SORDERA

La pérdida de la audición puede ser de cualquier grado; desde muy leve a muy profunda y aún llegar a la sordera total que se observa ocasionalmente. Muchas veces la pérdida de la audición en el niño es temporaria, como la que es provocada por bloqueos e in fecciones.

Existen cuatro grados de deficiencia de la audición y el len guaje:

- a) Pérdidas auditivas leves, descritas a veces como el niño "duro de oído" (o hipoacústico) que poco interfieren con el desarrollo del lenguaje.
- b) Pérdida parcial de la audición, que conduce a dificultades para oír la voz de la conversación común, que en la mayoría de los casos precisa la ayuda de un audífono junto con lectura labial.
- c) Pérdida importante de la audición: es el caso del niño que no

puede oír una conversación a menos que se le hable en voz muy alta y muy de cerca y aún así, con frecuencia no alcanza a comprender lo que oye, requiere de un audífono pero apoyándose más en la lectura labial.

d) Sordera profunda; en algunos casos, por medio de audífono, oye algunos sonidos pero no los relacionados con el lenguaje, por lo cual se debe recurrir casi completamente a la lectura labial. Algunos expertos no se muestran satisfechos con el tipo de lenguaje que adquieren los niños sordos por medio de los métodos de educación "oral" y abogan por un retorno a los métodos "manuales" primitivos que, incluyen el empleo de gestos y signos, así como el dactiloteo con los dedos.

Existen muchas causas de sordera: el oído es un órgano muy complicado y puede ser afectado de muchas formas de tal modo, producir diferentes tipos de sordera.

Algunos niños nacen sordos, por un defecto hereditario del oído y sus conexiones nerviosas con el cerebro (del 40 al 50 % aproximadamente), por enfermedad o infecciones (rubeola) de la madre durante el embarazo, o las dificultades durante el parto, la incompatibilidad de grupo sanguíneo entre los padres. También los niños pueden perder la audición en la primera infancia como resultado de enfermedades como la meningitis, escarlatina, sarampión y a veces a consecuencia de accidentes.

B) EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA SORDERA

Las consecuencias psicológicas de los niños pueden ser graves. El mundo del sordo profundo es de silencio y este silencio da una sensación de aislamiento por lo que el cirujano dentista debe comprender que el mejor camino es la adaptación, también ayuda saber que las dificultades son muy similares a las de los niños comunes, como los que se refieren a accesos de mal humor, de desobediencia, problemas con la higiene dental, temor, etc. -- Los niños sordos varían en su conducta tanto como los niños comunes y en general se ven ayudados o trabados en gran medida por la confianza que el odontólogo le ofrezca.

La participación del niño sordo en la relación dentista/paciente está limitada, en cierto grado, por la dificultad en la comunicación, sin embargo, si el niño se siente fundamentalmente -- querido y seguro, no ha sido controlado con demasiada rigidez ni se ha coartado su iniciativa, irá disminuyendo gradualmente su necesidad de propia afirmación y de rebeldía.

Se evitará mostrar los instrumentos cortantes o punzantes -- que puedan intimidar al paciente, si el niño todavía no ha aprendido la lectura de los labios, se solicitará la presencia del --- acompañante que pueda mantener una comunicación manual.

Invidente

La ceguera, es una incapacidad consistente en la pérdida parcial o total del sentido de la vista, cuya etiología puede ser de dos características:

A) PRENATALES

Incluyen atrofia muscular, microftalmus, cataratas, colobomata, tumores dermoides y otros, toxoplasmosis, enfermedad por inclusión citomegálica, sífilis, rubeola, meningitis tuberculosa y anomalía de desarrollo de la órbita.

B) POSTNATALES

Como trauma, fibroplasia retroretal, hipertensión y prematuridad.

Gradualmente estamos comprendiendo que, aún cuando el niño invidente se halla privado de uno de los cinco sentidos, es capaz de tener un cuadro vivido de el mundo que lo rodea. Aprende a conocer los objetos con "la visión de los dedos", por el tacto, por el sonido, el olfato, y el gusto. Si es ciego de nacimiento, no tendrá el verdadero concepto de lo que le falta y no se le debe demostrar que es diferente a los demás.

Los pequeños ciegos encuentran un gran placer en el agua; - - le agrada que le indiquen el color de las cosas y con frecuencia -

inquiére sobre ello cuando es más grandecito.

Mientras se le hace la profilaxis, es conveniente hablarle, describiéndole los objetos que siente, igualmente cuando se haga cualquier otro trabajo debemos hablar con naturalidad de los instrumentos para que aprenda a relacionar su forma y textura con su nombre y uso.

El interés en los colores, se debe al hecho de que oye hablar de ellos constantemente a las personas que ven y perciben que es algo importante y que él debe saber.

Conviene recordar cómo aprende el niño invidente a conocer el medio ambiente y es importante darle muchas oportunidades de escuchar y tocar. La regla de oro es hablarle al niño de todo - - cuanto le rodea, con referencia a los objetos reales, platicarle mucho, contestar ampliamente a sus preguntas, aunque a veces conviene repreguntarle "ahora tú me dices qué piensas?" y sobre todo estimularlo para que haga sus propios descubrimientos y hable de sus emociones.

Retardo Mental

Cuando nos referimos al niño retrasado mental, hablamos del paciente con características intelectuales por debajo de lo normal; caracterizado por la debilidad mental, imbecilidad, mongolismo, idiotéz, hipo u oligofrenia y moronismo. Con un coeficien-

mos constituidos por las infecciones en los períodos prenatales, - perinatales y postnatales, drogas como la talidomida, cortizona, - quinina, gases anestésicos y fármacos antimetabólicos, prematuridad del producto, problemas de incompatibilidad sanguínea y factores psicológicos. El retardo mental ataca aproximadamente al 3 % de - la población.

B) PROBLEMAS DENTALES

Los niños retrasados mentales no presentan padecimientos odontológicos específicos, pero debido a su incapacidad para asearse y a la poca atención de sus familiares de procurarles una dieta saludable además de la adecuada higiene bucal; sufren de problemas parodontales y un alto índice de caries.

C) TRATAMIENTO DENTAL

Aunque normalmente los pacientes que acuden a nuestra consulta estarán dentro de lo fronterizo o subnormal leve, debemos determinar la edad mental y así atenernos a su cooperación, tratándolos con mucha más firmeza y comprensión que necesite un pequeño de 8 ó 10 años, sin embargo, cuando el tratamiento sea largo y -- complicado, lo mejor es recurrir a la anestesia general.

Síndrome de Down

El síndrome de Down, es un síndrome de retraso mental asociado a una gran variedad de anormalidades. Los pacientes especiales en virtud de las afecciones que los incapacitan, tienen un nivel de resistencia que suele ser bajo. Son propensos a las diseminaciones infecciosas y enfermedades.

Para la atención de estos pacientes, es menester que el cirujano dentista mantenga su lugar de maestro, médico, compañero y - sobre todo de amigo, pues solamente así logrará la confianza, comunicación y cooperación de este tipo de paciente.

Presentan poca estatura, braquicefalia, occipusio liso, ojos sesgados y extendidos, epicanto, manos anchas y lisas, clindactilia y un puente nasal demasiado pequeño; generalmente mantienen - la boca abierta con la lengua en protrusión, parodontopatías, baja incidencia de caries, lengua fisurada o estriada, maloclusiones y retraso en su erupción dentaria.

A) ETIOLOGIA Y FRECUENCIA

Este síndrome es provocado por la actuación de cuando menos una porción "crítica" del cromosoma XXI. La mayoría de los pacientes son Trisómicos por el XXI como resultado de la no disyunción; algunos son mosaicos con líneas celulares normales y trisómicos.- En algunos casos están presentes 46 cromosomas normales, pero hay una translocación de un cromosoma XXI extra a otro sitio.

El estado es más frecuente en niños nacidos de madres mayores de 35 años y tiene una frecuencia aproximadamente de uno de cada 600 recién nacidos, se presenta en todas las razas y dentro de los trastornos cromosómicos, éste es el que presenta mayor número de supervivencia.

B) PROBLEMAS DENTALES

La dentición primaria generalmente retarda su erupción, sus dientes son pequeños y hay una frecuente ausencia de éstos congénita, presentan hipocalcificación y por lo regular mantienen una clase III de Angle. La lengua es normal en el momento del nacimiento, pero más tarde aparece una hipertrofia de las papilas caliciformes. La hipertrofia empieza después de los dos años y la fisuración a partir de los cuatro años.

C) TRATAMIENTO

La mayor parte de los niños Down, pueden ser tratados en la clínica dental, aquellos que no están afectados con gravedad física y mental pueden ser capacitados para que colaboren.

La primera visita, será a los 3 años de edad para una profilaxis y aplicación de flúor, recalcando a la madre que de la buena higiene bucal que mantenga, dependerá el avance o retraso de la enfermedad parodontal.

CONCLUSIONES

En resumen, podría afirmar que el cirujano dentista, a lo largo de su carrera debió haber adquirido conocimientos para resolver en forma eficiente cualquier problema bucal que se le presente, además de estos conocimientos técnicos, deberá conocer la psicología infantil, será observador y analizará psicológicamente al paciente. Es conveniente que el odontólogo se mantenga siempre ecuaníme, de buen humor y optimista para que en esta forma, él esté preparado emocionalmente y así lograr comunicar al niño su entusiasmo y deseo de colaboración durante el tratamiento dental.

Procuraremos siempre darle al niño básicamente, un trato de confianza y alegría platicando con él, explicando porqué y las bondades de su arreglo bucal evitando darle sesiones largas que lo cansen o le molesten, para anular en ellos el temor y aversión a lo relacionado con el dentista, sea cual fuere su tipo de conducta.

El profesionista estará preparado para educar no solamente a los niños, sino también a sus padres puesto que muchas veces éstos, transmiten a sus hijos sus temores o malas experiencias formando los pequeños traumas provocados por falsos conceptos de lo que es la consulta dental.

Es de suma importancia que el interrogatorio a los padres sea sencillo, y en una forma sutil nos demos cuenta de la influencia que éstos ejercen en los niños puesto que la conducta que adoptan los pacientes, muchas veces es el reflejo del trato que reciben de sus padres, tomando en cuenta esto, a cada uno debemos-

darle el cauce adecuado para obtener buenos resultados.

La primera experiencia dental ,se deberá presentar sin complicaciones para el pequeño, el tratamiento que se aplique será sencillo y evitará lo que le cause molestias, cuando el niño asiste con dolor, el objetivo principal será eliminarlo y en cualquier caso, ganarse la confianza tanto del paciente como de sus padres. El consultorio dental mantendrá un confort y limpieza que refleje el interés que presenta el profesionista por sus pacientes.

Habrá honestidad y sinceridad con el paciente no importando cual sea su edad o su estado físico y mental. Estamos obligados dentro de la enseñanza a los padres, indicarles la forma correcta en que deben hablarle a sus hijos y cuál será su comportamiento dentro y fuera del consultorio en lo referente a la relación dentista / paciente.

Se deberá tomar en cuenta que el trato con cortesía, seguridad y amistad a los pacientes, es más importante que el uso de la premedicación y los agentes anestésicos, puesto que, si bien es cierto que la anestesia general nos facilita la operación al permitirnos en una sola sesión lograr todo el tratamiento, jamás se podrá comparar con el trato humano, la confianza y el cariño que le transmitamos al paciente durante la convivencia que mantengamos con él.

También se habló de los niños impedidos como los retrasados mentales, el niño invidente, el sordo, el paralítico cerebral y -

el síndrome de Down, que aunque no son más importantes, sí requieren un mayor cuidado, interés, atención y todo el amor que les podamos brindar. Se trataron los problemas dentales dando en una forma general el tratamiento que se sugiere en cada caso.

BIBLIOGRAFIA

Bijou Sidney / Baer D.

PSICOLOGIA DEL DESARROLLO INFANTIL

Ed. Trillas

Tomo I y II

México, 1980

Cinotti William

PSICOLOGIA APLICADA A LA ODONTOPEDIATRIA

Ed. Mundí

B. A. Argentina 1970

Clínicas Odontológica de Norteamérica

ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO INCAPACITADO

Ed. Interamericana

Vol 17 # 1 / Vol 18 # 3

México, 1973 1974

Cohen M. Michael

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Ed. Mundi

1a. edición

B. A. Argentina 1958

Collins Vincent

ANESTESIOLOGIA TEORIA Y PRACTICA

Ed. Interamericana

2a. edición

México 1980

Finn Sidney B.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Ed. Interamericana

5a. edición

México 1982

Gardner Leslie / Bowley Agatha

EL NIÑO DISMINUIDO

Ed. Panamericana

B. A. Argentina 1976

Gessell Arnoldo

EL NIÑO DE 5 A 10 AÑOS

Ed. Paidós

B. A. Argentina 1972

Gessell Arnoldo

EL ADOLESCENTE DE 10 A 16 AÑOS

Ed. Paidós

B. A. Argentina 1980

Goth, Andres

FARMACOLOGIA MEDICA

Ed. Interamericana

México 1977

Hotz

ODONTOPEDIATRIA, ODONTOLOGIA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

Ed. Médica Panamericana

Argentina 1977

Leyt, Samuel

TEMAS DE ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Ed. Odonto

B. A. Argentina, 1966

Mc Donald, Ralph

ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

Ed. Mundi

2a. edición

B. A. Argentina, 1975

Peinado Altable, José

PAIDOLOGIA PSICOLOGICA INFANTIL

Ed. Purrua

4a. edición

México, 1978

Weyman, Joan

ODONTOLOGIA PARA NIÑOS IMPEDIDOS

Ed. Mundi

B. A. Argentina 1976

INDICE

	Pag.
INTRODUCCION	I
CAPITULO I	
CONCEPTO Y FINALIDAD DE PSICOLOGIA Y PAIDODONCIA	1
Definición de Psicología	1
Definición y finalidad de Paidodoncia	1
Paidología General	4
Paidología Individual	4
Paidología Clínica	4
CAPITULO II	
LA INFANCIA	
Descripción psicológica del niño normal	6
A) Función de Infancia	6
B). Evolución psicológica del niño normal	6
a) Etapa prenatal	9
b) Etapa perinatal	10
c) Lactante	12
d) Maternal	14
e) Pre-escolar	18
f) Escolar	21
g) Adolescente	24
Tipos de conducta	26
A) Niño tímido (asustadizo o vergonzoso)	27
B) Niño consentido	28

C) Niño desafiante	30
D) Niño temperamental	31
E) Niño miedoso	31
F) Niño sociable	32
Influencia de los padres hacia los hijos en sus diferentes tipos psicológicos	33
A) Protección exagerada	34
B) Dominación	35
C) Ansiedad exagerada	36
D) Rechazo	36
E) Identificación	37

CAPITULO III

CONCEPTOS FUNDAMENTALES EN EL TRATAMIENTO DE NIÑOS

Primera experiencia odontológica	39
A) Pacientes con previa cita	40
a) Introducción del niño al consultorio dental	40
b) Examen clínico, radiográfico, modelos de estudio, técnica de cepillado, profilaxis y aplicación de flúor.	41
B) Pacientes de emergencia	48
a) Introducción del niño al consultorio dental	48
b) Tratamiento paliativo	49
Indicaciones y consejos a los padres	53
Ambiente en el consultorio dental	56
Técnicas usadas en el trato del niño dentro del consultorio dental	58
A) Técnica del no hacer	58
B) Técnica de la aplicación frecuente de estímulos	59

	Pag.
C) Técnica del ridículo	59
D) Técnica de la imitación social	60
E) Técnica verbal	60
F) Técnica de la comparación	61
Métodos prácticos para el manejo de la conducta	61
A) Persuasión	62
B) Control de la voz	63
C) Método de mano sobre boca y nariz	64
D) Eliminación del miedo al dolor	65
CAPITULO IV	
CONCEPTO DE ANESTESIA	68
Premedicación	71
A) Clorhidrato de hidroxina	71
B) Diazepam	72
C) Secobarbital y Pentobarbital	72
D) Clorhidrato de meperidina	73
E) Hidrato de cloral	74
F) Clorhidrato de prometazina	73
Analgesia con oxido nitroso	75
A) Indicaciones	76
B) Técnica	77
Uso de la anestesia general	81
A) Períodos de la anestesia	82
B) Acción farmacológica	83

	Pag.
C) Indicaciones	88
D) Vías de administración	88
E) Técnica de realización	89
CAPITULO V	
PACIENTES DISMUNUIDOS	
Parálisis cerebral	93
A) Etiología y frecuencia	93
B) Tipos de parálisis cerebral	94
C) Desarrollo emocional	98
El niño sordo	98
A) Etiología y frecuencia y tipos de sordera	99
B) Efectos psicológicos de la sordera	101
El niño invidente	102
A) Etiología	102
B) Atención al infante ciego	103
Retardo mental	103
A) Etiología y frecuencia	104
B) Problemas dentales	105
C) Tratamiento dental	105
Síndrome de Down	106
A) Etiología y frecuencia	106
B) Problemas dentales	107
C) Tratamiento dental	107
CONCLUSIONES	
BIBLIOGRAFIA	