

405
2 Gen 1

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES IZTACALA**

U. N. A. M.



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

Tesis Profesional

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a

BERTHA ESPERANZA VALDEZ CASTILLO

SAN JUAN IZTACALA

MEXICO, 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.

I N D I C E

	Página
INTRODUCCION	7
CAPITULO I	9
PSICOLOGIA APLICADA A LA ODONTOPEDIATRIA	10
NATURALEZA DEL HOMBRE COMO UN TODO	14
CAPITULO II	16
TIPOS DE PERSONALIDAD	17
a) Personalidad bucal	18
b) Personalidad compulsiva	18
c) Personalidad histérica	19
d) Personalidad paranoide-esquizoide	19
TEORIAS PSICOANALITICAS DEL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD	20
Mecanismo del "Ego"	21
Regresión	21
Identificación	21
FASES DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL	22
a) Fase oral	22
Oralidad y Odontología	22
b) Fase anal	25
c) Fase genital ó fálica	25
d) Fase de latencia ó asexual preadolescencia	25
e) Fase de pubertad y adolescencia	27
CAPITULO III	28
PREPARACION DEL NIÑO PARA SU PRIMERA VISITA CON EL ODONTOLOGO	29
Conducta del Odontólogo	31
Gamas de personalidad del Odontólogo	31
Consultorio Odontológico	33
Factor importante: hora de la cita	34
Constelación familiar	36
Actitudes de los Padres hacia el niño	38

Patrones de conducta de los niños en
situación odontológica 40
a) "La niñez" (del nacimiento a los 2 años) 40
b) "La niñez temprana" (de 2 a 4 años) 40
c) "El niño preescolar" (de 4 a 6 años) 41
d) "Edad escolar" (de 6 a 9 años) 42
e) "El niño prepupal" (de 9 a 12 años) 43
f) "Fubertad y adolescencia" (de 12 a 18 años) 44
Nota: "Síndrome de mamila" 45
Cuadro clínico 46
Factores predisponentes en el "Síndrome de mamila" 47
Factores etiológicos 47

CAPITULO IV 50
FUENTES DE CONDUCTA NO COOPERATIVAS 52
CLASIFICACION DE PACIENTES (según el Dr. Frank y otros) 53
PATRONES DE CONDUCTA 55
Comportamiento de los niños a la experiencia
odontológica 58
Factores que influyen en la conducta que sigue un
niño en el consultorio odontológico 60
Factores mayores: Historia clínica 65
Factores menores 66
Preparación de los Padres 68

CAPITULO V 72
TERAPEUTICA NO FARMACOLOGICA.
Técnicas en el manejo del comportamiento del niño 74
Comunicación 74
Persuasión 76
Modelación 76
Teoría del reforzamiento 77
Desensibilización (desensitización) 78
Control de voz 79
Harcisismo corpóreo 79
Audio analgesia 79

Imaginación emotiva 80

Control rígido (*) 81

Teoría Children's 81

Triada Odontopediátrica ("decir, enseñar, hacer") 81

Difusión estructurada 82

SopORTE 82

(*) Técnica "Home" 82

(*) Técnica de mano sobre boca 83

CAPITULO VI 86

TERAPEUTICA FARMACOLOGICA 88

Selección de la premedicación 89

Responsabilidad del Odontólogo 90

PSICOSEDACION..... 91

 a) Hidroxicina ("Atarax") 91

 b) Diazepam ("Vidalen") 91

 ("Valium") 92

 c) Fenobarbital ("Donnatal * Pediátrico") 93

 ("Sedilin") 93

 d) Haloperidol ("Haldol") 94

 e) Hidrato de cloral ("Noctec") 95

 f) Oxido nitroso con oxígeno 96

ANESTESIA GENERAL EN ODONTOPEDIATRIA 99

Medicación preanestésica 100

Indicaciones para anestesia general 101

Preparación de los niños pacientes externos para
anestesia general 102

Evaluación y preparación del paciente 103

Aspecto psicológico 103

Preparación para la hospitalización 104

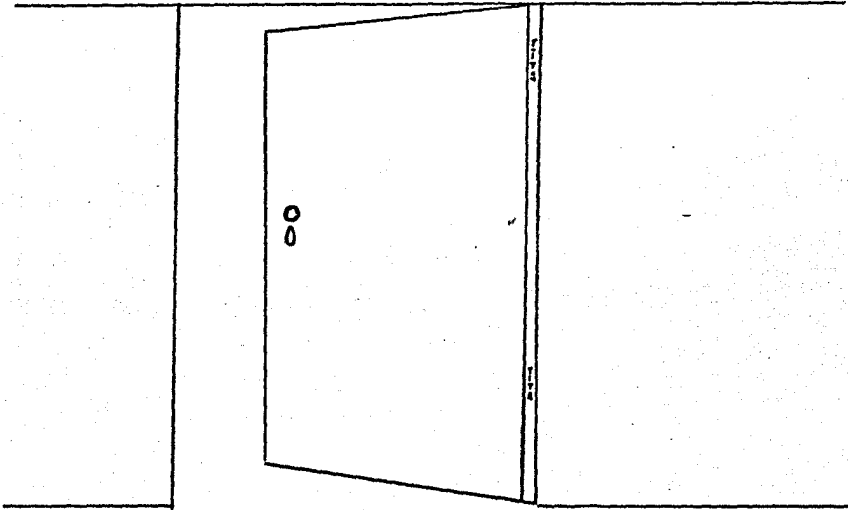
Relaciones familiares 105

Posición del niño ante la experiencia hospitalaria
(por edades) 106

CONCLUSIONES 107

VOCABULARIO 110

BIBLIOGRAFIA 116



"Hay un ser humano unido al diente, una persona con sentimientos y emociones, cuya actitud hacia el Odontólogo y a lo que éste hace determina con mayor frecuencia el éxito ó el fracaso de cualquier tratamiento más que la habilidad técnica del Odontólogo ó los materiales que usa".

Herland Leren

I N T R O D U C C I O N

En la práctica de la Odontología se requiere por parte del profesional que en un momento dado trabaja con niños, el uso de un amplio sentido común, calma y gran comprensión hacia esos pequeños pacientes.

Por lo tanto, al tratar con niños, el Odontólogo se ocupará no sólo del tratamiento de los dientes, sino del tratamiento del enfermo que tiene dientes.

Del niño, se deberán conocer sus actitudes en las diversas edades cronológicas tanto en la casa, como en la escuela y aún en los juegos para de ahí, detectar la sensibilidad, estado de ánimo y temores que adoptarán desde que entran al consultorio hasta que salen de él. (8)

El Odontólogo le deberá inculcar al niño hábitos de limpieza que mantendrán su boca en buenas condiciones de salud, creándole un sentido de responsabilidad y cooperación con respecto al cuidado de su boca para que él mismo vele por ella y, a la vez, instruir a los Padres para obtener una colaboración completa, haciéndoles notar la importancia de la boca y funciones en relación a una persona que circunstancialmente necesita atención no sólo dental sino también en su forma de pensar para que así, todo en conjunto, logre la salud bucal.

Cuando un niño acude por primera vez a consulta odontológica, el Odontólogo debe tener la capacidad de hacer agradable esa experiencia que va a ser definitiva ante su propia salud buco-dental futura; habrá pues que cuidar todos los detalles, desde el consultorio hasta su personal, que deberá conocer y aplicar la Psicología infantil, ya que no es lo mismo tratar a un adulto que a un niño quién tiene un temor natural en el consultorio. (13)

En este momento es muy importante la mirada, el aplomo y seguridad del profesionista ante cada caso en particular, ya que el niño capta todo esto.

En este trabajo expongo la clasificación de pacientes, las diversas personalidades y las fases en que estas se pueden hallar, así como también las conductas no cooperativas de los niños sobreprotegidos o ignorados que usan tal ó cual recurso para llamar la atención. (2)

Se tratará de interpretar mejor algunas de las actitudes que adoptan los niños con problemas de comportamiento para su manejo adecuado en el consultorio odontológico y que el cuidado de cualquier paciente requiere el interés y la comprensión de sus sentimientos y necesidades emocionales.

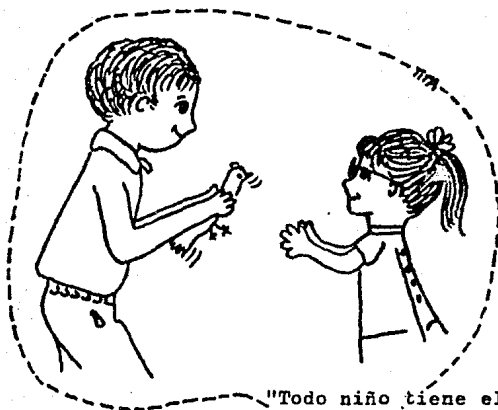
Esta tesis lleva un mensaje especial a todas aquellas personas que tienen relación directa con la niñez. Es por eso que los temas están explicados en una forma amena y agradable para que informen y orienten de las distintas maneras para manejar el comportamiento del niño en el consultorio odontológico; de ahí mi idea, de intercalar dibujos a la exposición de los temas.

Sinceramente, espero que esta información sea motivación ó consulta para quienes tengan el positivo deseo de actuar mejor en el campo de la Odontología, especialmente con los niños quienes requieren una atención especial.

C A P I T U L O I

"PSICOLOGIA APLICADA A LA ODONTOPEDIATRIA"

"NATURALEZA DEL HOMBRE COMO UN TODO"



"Todo niño tiene el privilegio y el derecho de desarrollarse física y mentalmente hasta el límite de su capacidad".

PSICLOGIA APLICADA A LA ODONTOPEDIATRIA

La psicoterapia es el más viejo método de curación del hombre enfermo, método al que se le ha concedido desde la antigüedad una gran importancia.

Numerosos y destacados médicos señalaron el gran papel desempeñado por el factor psíquico en el desarrollo de los estados morbosos y en su curación.

La influencia positiva de la palabra del médico sobre el enfermo y sobre los procesos patológicos que tienen lugar en su organismo no se ponen en duda en la actualidad. (12)

Gracias al desarrollo de la doctrina fisiológica de I. Pavlov sobre la actividad nerviosa superior, la psicoterapia encontró un nuevo camino que ha hecho posible la concepción materialista de los mecanismos sobre los que se fundamenta.

Se ha creado una base fisiológica sólida para el manejo psicoterápico, gracias al estudio de las palabras y los hechos como factores fisiológicos y terapéuticos en los mecanismos de las perturbaciones funcionales del Sistema Nervioso Central.

Cada vez es más convincente que la palabra es a veces un factor curativo extraordinariamente poderoso, capaz de actuar de una manera directa e inmediata sobre el carácter del dinamismo de los procesos corticales. Esta circunstancia hace de los hechos y las palabras un factor de acción directa en la reestructuración de los procesos fisiológicos y en la movilización de los recursos internos necesarios del organismo del enfermo. (12)

La hipercinesia infantil de carácter reactivo también cede a la sugestión verbal.

El éxito del tratamiento -tanto odontológico como médico- depende en gran manera de la acción ejercida por los rasgos personales del médico y por el ambiente en que se practica. (3)

Quando se trata de niños en situación odontológica, se trata de algo más que meros dientes y estructuras estomatognáticas y su rehabilitación; el profesional realiza un intercambio activo con un ser humano inmaduro y en desarrollo, que es sumamente emotivo y de pronta reacción, la relación con niños es muy íntima dado que en estos pacientes la boca es una zona especialmente sensible. (3)

Los procedimientos odontológicos son a menudo dolorosos y la imagen que del Odontólogo tiene el niño suele ser atemorizante. Gran parte del tratamiento odontológico, por lo tanto, debe incluir el problema de la ayuda al niño para que se sobreponga a sus temores y acepte las técnicas especiales y adecuadas.

Lamentablemente, en otros tiempos, el fin primero del Odontólogo era forzar al niño a que aceptara el tratamiento de sus dientes aún contra su voluntad. El sometimiento del niño por la fuerza, nada hacía por mejorar la imagen del Odontólogo. Con frecuencia tales experiencias traumáticas dejaban un temor profundamente acentuado en el niño que se pagaba en exodancias totales en el adulto joven.

Sin embargo, al madurar la profesión odontológica y aceptar su responsabilidad frente al paciente como persona, aparte de sus dientes, ha habido un creciente reconocimiento de la necesidad de comprender al paciente, sus actitudes y sus temores, además de sus problemas dentales. (3)

El adulto tiene en cierta medida el dominio de sus temores y ha aprendido a controlar su conducta para adaptarse a las exigencias de la sociedad incluidas las del Odontólogo; pero el niño tiene un dominio mucho menor por que su mecanismo inhibitor cortical no está aún plenamente desarrollado, es aún un "reaccionador talámico" incapaz de inhibir sus sentimientos, por lo cual ha de exteriorizarlos. (9)

Apelar a la razón ó al orgullo tiene poco efecto sobre los pequeños, sencillamente porque no están preparados para ello.

A un niño se le puede manejar de diversas maneras: desde la amenaza

del castigo físico ó mediante la comprensión de sus necesidades, lo que lo llevara a la aceptación de los procesos odontológicos por medio de un aprendizaje activo que promueve su desarrollo psicológico.

Extremando la situación; es tan inútil ser demasiado complaciente como autoritariamente rígido; ya que ésto no sólo no le producirá efecto al paciente y hasta dañará la imagen del profesionista. (8)

Pero los niños crecen y cambian. Un niño de 4 años difiere de sí mismo a los 2, tal como el de 6 difiere del de 4. Cada período cronológico y cada niño se caracteriza por patrones de conducta distintos que dependen de su nivel de desarrollo psicomotor, de su nivel de desarrollo emocional, de las influencias ó formación de su medio ambiente y de la estructura básica de su personalidad.

Si el Odontólogo sabe reconocer cuál es el patrón de conducta característico de cada edad, estará mejor preparado para afrontarlo, además de reconocer las desviaciones de la conducta "normal" a esa edad, y buscar su causa. (2)

Para ser eficaz el Odontólogo debe conocer la psicología infantil.

Todo Odontólogo adquiere una orientación psicológica hacia las necesidades de los pequeños pacientes por el solo peso de la experiencia, pero una experiencia guiada y un conocimiento del crecimiento y desarrollo emocional de los niños puede hacer de esa experiencia algo interesante y compensador, en vez de frustrante.

El Odontólogo necesita una diversidad de actitudes técnicas y un conocimiento del crecimiento y desarrollo físico, mental y emocional de los niños para manejar satisfactoriamente sus necesidades odontológicas. Pero necesita en especial la aptitud para manejar la conducta del niño. Debe saber como controlar la angustia y el temor natural del niño. (3)

La habilidad técnica por sí sola es inútil si el niño no puede cooperar y el Odontólogo no podrá realizar un tratamiento si no es capaz de persuadir a un niño a aceptarlo.

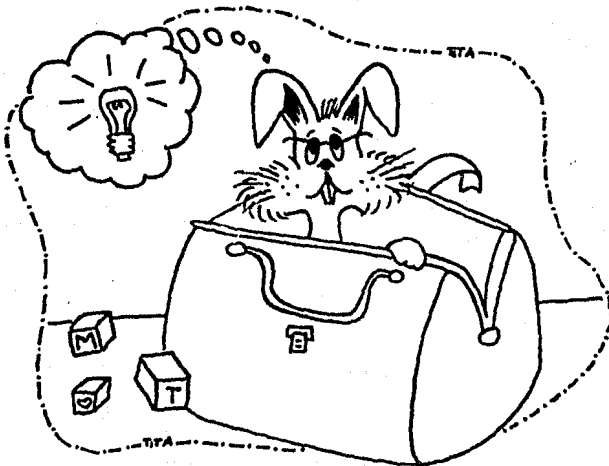
Aunado a todo lo anterior está la posición de los Padres (habitualmente la Madre) con quien el Odontólogo debe aprender a comunicarse, debe comprenderla casi tan bien como al niño para ser eficaz.

Buena parte de la conducta del niño pequeño está condicionada por la relación con sus Padres. De hecho toda la constelación familiar debiera ser tomada en cuenta si es que se quiere entender realmente a los niños.

La ciencia social ha considerado a los hermanos como posible fuente potencial de ansiedad y miedo. La mala conducta del niño pequeño en el consultorio puede ser el resultado directo de la influencia del hermano mayor en un proceso conocido como "transmisión de conducta".

Los temores del niño, su actitud hacia los adultos, sus gustos y disgustos, todo ello condiciona su conducta en el sillón odontológico.

Detrás de una falta de cooperación en el niño pueden existir un Padre punitivo, una Madre excesivamente protectora, una vida insegura en el hogar y muchas otras situaciones vitales. (2) (13)



NATURALEZA DEL HOMBRE COMO UN TODO.

El concepto de que el hombre es un todo, afirma que éste es una entidad, un organismo indivisible.

El hombre no es un conjunto de partes sin relación entre sí ó que funcionan de manera independiente, sino que cada parte es esencial e integral de un todo.

Así, tanto los efectos de la enfermedad como los del tratamiento no quedan nunca limitados a la porción interesada, sino que afectan al hombre en su totalidad.

Al decir "todo" me refiero al núcleo central del hombre ó sea su personalidad dentro del "Sistema Biopsicosocial".

En la personalidad se enlaza la vida y cobra dirección la actividad del hombre, se abarca la calidad total del individuo, su estructura orgánica y la integración de su modo de ser y comportamiento.

Sin personalidad no existe el ser humano (sólo su cuerpo como una organización refleja), la desintegración de la personalidad destruye al ser humano, a pesar de que la vida misma pueda persistir.

Al decir que la enfermedad afecta al hombre, se alude a la personalidad. Es la personalidad la que determina la respuesta a la enfermedad y al tratamiento; la que le da sentido.

Una parte importante del comportamiento y del condicionamiento del hombre, es consecuencia directa de los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales que han influido en las primeras etapas de su existencia, desde la concepción hasta el fin de la pubertad.

En cada una de estas etapas existen necesidades y requerimientos especiales bien definidos que, de no ser satisfechos, originan grandes perturbaciones en ocasiones irreversibles durante el crecimiento y desarrollo del

organismo.

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

Los sentimientos y actitudes que se expresan en relación al nacimiento del niño, son factores que influirán en su formación.

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

† Durante la vida afectiva, el niño sufre impulsos agresivos que entre otros tiene que afrontar por si mismo, a lo que algunos muestran inadapatación limitando su forma de vida por problemas no resueltos en el pasado.

El desarrollo emocional del niño depende de su disponibilidad para establecer lazos afectivos con adultos como Padres, educadores, médicos, etc., que deben conjugar sus esfuerzos para satisfacer las necesidades fundamentales de un organismo en continuo movimiento.

Estas necesidades son similares para todos los niños desde un punto de vista cualitativo, pero se combinan y se asocian de diferente manera en el tiempo y en el espacio. (5) (2) (3)

C A P I T U L O I I

TIPOS DE PERSONALIDAD:

- a) Personalidad bucal.
- b) Personalidad compulsiva.
- c) Personalidad histérica.
- d) Personalidad paranoide-esquizoide.

TEORIA PSICOANALITICA DEL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD.

- a) Fase oral.
- b) Fase anal.
- c) Fase genital ó fálica.
- d) Fase de latencia ó preadolescencia.
- e) Fase de pubertad y adolescencia.



"Para ser Odontólogo no basta una formación científica, se requiere también el arte de tratar a los seres humanos"

TIPOS DE PERSONALIDAD

La personalidad está constituida por la manera en que aparecemos ante los demás y ante nosotros mismos.

La personalidad está formada por las complejas interacciones entre los atributos con que nacimos (inteligencia, estatura, etc.), las modificaciones introducidas por lo que aprendemos de nuestra familia, la cultura y los efectos de la motivación; todo está reflejado en los patrones característicos en que nos comportamos. (3)

Otro concepto más actualizado, especifica que la personalidad de un individuo es algo más que la suma de sus desarrollos (partes individuales).

Cada persona tiene un aspecto ó concepto de sí mismo que al integrarlo junto con sus diferentes aspectos a un todo, crea una nueva y decisiva porción de su personalidad. Esta nueva sección agregada, que sirve como el pegamento para las otras partes de la personalidad, es el concepto propio de cada persona.

El concepto básico de la personalidad es que, la primera vez que una persona experimenta algo representa un poderoso impacto en su mente. Este concepto básico concerniente al poder que representan las experiencias y su efecto en el concepto propio, es el que sirve para explicar por que la niñez es considerada por cualquier clínico crucial en el desarrollo de la personalidad de un individuo. (5)

Es durante la infancia cuando las personas experimentan muchas cosas nuevas por primera vez.

La personalidad es la estructura de la conducta.

Cada enfermo exhibe un patrón particular de conducta que sugiere a que tipo de personalidad puede pertenecer.

Sin ser psicólogo, el Odontólogo puede clasificar a su paciente identi

ficando algunas de las características de su comportamiento ya que como profesionalista no se deberá nunca limitar a la cavidad bucal, pues debe observar al paciente en su totalidad, examinando sus acciones, comportamiento, lo que dice y como lo dice, su forma de vestir y aspecto general en conjunto.

a) Personalidad bucal. El representante de este tipo de personalidad considera que su boca y funciones tienen un valor exagerado desde el punto de vista de que por este medio obtiene placer, además de que alivian su estado de tensión.

Para este individuo el comer, beber, masticar, etc., serán objetos de gran interés.

Se caracterizan por ser obesos, tendientes a la frustración ante circunstancias mínimas y aunque son simpáticos y amistosos son volubles ya que cambian rápidamente al enojo y a la exigencia irracional.

Esta clase de personalidad le confiere a su representante el ser presa fácil de la depresión ante cualquier pérdida por insignificante que sea.

Tiene marcada inclinación a experimentar tensiones bucales excesivas y a quejarse injustificadamente pidiendo cuidados que probablemente no necesite. (5)(3)

b) Personalidad compulsiva. El representante de este tipo de personalidad es muy rígido y exige y se exige perfección: es puntual, metódico y preocupado por toda clase de detalles y es inflexible ante cualquier cambio.

Esta es una situación muy notoria en las exigencias que le hace a su Odontólogo (y a cualquier situación ó persona), de que esto ó lo otro no está bien hecho, pedirá por ejemplo modificaciones en sus prótesis ó en la oclusión, ya que su descontento ante el Odontólogo es casi constante y si el Odontólogo no sabe reconocer a este tipo de paciente su trabajo será interminable tratando de corregir aparentes problemas dentales, si es que no se da cuenta de que se encuentra ante un problema mental y no dental. (5)

c) Personalidad histérica. El representante de este tipo de personalidad es emocionalmente inestable, dado a actuar ó a dramatizar todas las situaciones, ya que además es sugestionable y fácil de hipnotizar por su gran imaginación y vanidad.

Le son característicos los estados de angustia aunque ante el Odontólogo responda con firmeza.

d) Personalidad paranoide-esquizoide. El representante de este tipo de personalidad es receloso en su comportamiento y emocionalmente frío y desconfiado, es difícil ganarse su confianza ó establecer relaciones amistosas con ellos ya que frecuentemente reaccionan con enojo, criticando y reprobando sin causa.

El Odontólogo que reconozca este tipo de personalidad deberá realizar el tratamiento con sumo cuidado y prudencia. (5)

TEORIAS PSICANALITICAS DEL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

S. Freud creía que la personalidad está motivada por impulsos instintivos e inconscientes de carácter sexual.

La personalidad consta de 3 partes:

1) El "Id" ó "Ello" que existe desde el momento del nacimiento y que es un depósito inconsciente de los instintos que tienden a la satisfacción de los impulsos y que, conforme crece, desarrolla el

2) "Yo" que es el Ego en torno del cual las diversas experiencias son integradas y que, poco a poco, ganan conciencia sobre el "Id".

El "Yo" unifica los actos voluntarios e ideas.

3) El "Super ego" es la correcta distribución entre el "Id" (sentimientos) y el "Ego" (aceptabilidad), actuando como censor.

Muchos trastornos de la personalidad resultan de conflictos entre el "Super ego" y el "Ego", que se originan cuando éste intenta satisfacer directamente los impulsos del "Id" ó "Ello".

Un desajuste de la personalidad provendría de la incapacidad para pasar con éxito todas las etapas del desarrollo psicosexual; el manejo equivocado de los Padres, la incapacidad para obtener satisfacción en un nivel más alto de adaptación y la gravedad del conflicto entre los impulsos del "Id" y el "Super ego" podrían ser causales del retardo del progreso normal. (3)

Mecanismo del "Ego". (3)

- 1) Represión.
- 2) Regresión a una etapa mejor.
- 3) Identificación, con él mismo ó algún personaje.
- 4) Racionalización.
- 5) Proyección. El niño se proyecta en alguien.
- 6) Fantasía.
- 7) Comportamiento patológico.

Regresión.

En situaciones de frustración en las que un enfoque de madurez ha sido rechazado, tendencia de volver a un patrón de conducta que a pesar de ser inapropiado ha dado resultado, en cierto período de la vida del individuo. (5)

Identificación.

La persona que busca seguridad a base de características, logros ó posesiones de otros individuos ó grupos con los que se asocia ó relaciona. (5)

Los niños pasan por cinco FASES DE DESARROLLO PSICOSEXUAL que son las siguientes:

a) Fase oral. En el lactante, los impulsos de succionar son predominantes, la excitación de la boca y de los labios es en si misma placentera, ó sea que la boca es la principal fuente de placer.

Posteriormente al iniciarse la dentición el placer de morder puede reemplazar al de succionar.

Esta etapa oral se divide en dos: "Fase autista normal" y "Fase simbiótica".

Fase autista normal: La libido se halla inconsciente.

La función biológica estimula el lloriqueo como mecanismo de defensa (13).

Se efectúa el cambio de alimentación materna a biberón.

La agresión carece de coordinación.

Es consciente la relación de objetos.

No hay Ego ó identidad.

No existe Super ego.

Fase simbiótica (fluctua de los 4 a los 12 meses):

El niño empieza a acoplarse al nuevo ambiente.

Como cambio biológico siente molestias en la erupción dental.

Sufre si se le separa de la Madre.

Coloca alimentos en su boca.

No funciona el mecanismo de la agresión (5) (13).

Oralidad y Odontología: Este es un inciso importante que requiere una explicación mayor para desarrollarlo.

Freud vio un carácter erógeno en la actividad bucal.

El placer derivado de la acción sobre una zona erógena difiere a veces

del uso básico y natural del órgano.

Como ejemplo explicativo se podría decir que la succión del pulgar alivia la tensión oral pero no satisface el hambre.

"El desarrollo de la personalidad de un niño puede estar influido por su uso de la cavidad bucal como zona erógena" (Freud).

Los padres muchas veces no permiten que su hijo se coloque objetos en la boca ó que realicen actividades de exploración con la misma para lo que utilizan técnicas que a la larga son más dañinas para el niño que esas supuestas actividades indeseables.

Además de la exploración, existe una angustia e inseguridad que enfatiza exagerando las zonas bucales, la frustración e inhibición de esto modifica grandemente la personalidad.

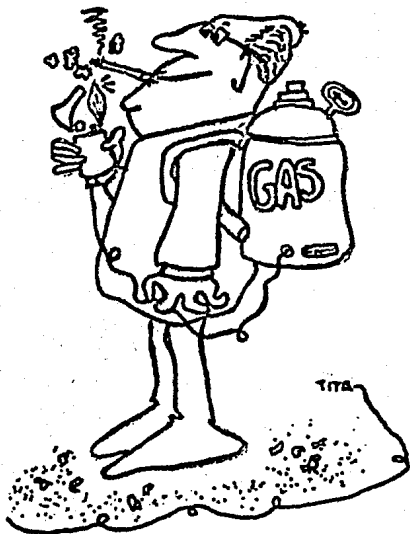
Parte de esa angustia nace de una madre que usa la comida para regular la conducta de su hijo ó que lo amenaza de privarlo de otros placeres orales, de allí posteriormente vendrá el "síndrome de avidez" al alimentarse, fumar, hablar muchísimo, excesiva dependencia, etc., ó conductas orales.

La cultura occidental se describe como altamente oral; pero no siempre de adecuada higiene y cuidado sino desde un punto de vista de la gran importancia del beso y la estimulación oral.

Lamentablemente, la personalidad media, aunque consciente de su boca por sus usos erógenos, puede desconocer un cuidado odontológico ideal. (3)

El representante de la etapa oral fuera de los límites cronológicos normales que corresponden a ésta, es un ser angustiado e inseguro que enfatiza con exageración las zonas orales y su función con el llamado "Síndrome de avidez". (3)

Ejemplo: Fumando en exceso.



b) Fase anal. (de 12 a 36 meses). Este es un periodo de educación de esfínteres. La excreción de las heces se asocia con placer.

Durante esta etapa el niño muestra sus placeres ó disgustos excretando ó reteniendo sus heces. Los sometidos a una educación rígida, según se estima, serán luego los que muestren una conducta excesivamente compulsiva. Los educados menos rígidamente progresarán más plenamente a lo largo del desarrollo de las etapas psicosexuales.

Hay libidación de funciones neuromusculares así como retos biológicos; correr, manipular objetos, empezar a ser agresivos manifestándolo por medio de "berrinches", sentimientos de autonomía, desarrollo del amor, disgusto y diferenciación de los sexos. (2)

c) Fase genital ó fálica. (de 3-4 años a 5-7). El interés del niño se concentra en sus genitales pero en forma de "descubrimiento" no como relación sexual con los demás.

Hay maduración biológica de placer de pene y clitoris y empiezan los juegos eróticos.

El niño siente miedo de castración y tiene cierto resentimiento con el ser paternal del mismo sexo, esto ante el Odontólogo es una reacción no estimulada como parte del proceso de aprendizaje. Si el niño cree que tiene problemas dentales, aumenta su comportamiento negativo. (2)

d) Fase de latencia ó asexual preadolescencia. (de 5-7 años a 8-10).

Es una fase en la cual todos los impulsos y sentimientos sexuales son intensamente reprimidos.

Freud la describe como una tregua entre el "Ello" y el "Ego", que marca el final de la niñez y el inicio de la adolescencia.

La situación del adolescente es difícil, desligado de su pasado, inconforme con su presente e ignorante de su destino, tiene que encontrarse a sí mismo, así como a su futuro. Necesita elaborar su nuevo concepto del mundo con sus propios valores e ideas que aprendió en la infancia para luego someterlas a un juicio personal e independiente. (2) (3)

Los conflictos del adolescente con sus padres son inevitables, pero se ven aumentados cuando aquellos (casi siempre la Madre) pretenden conservar al hijo en una situación de dependencia infantil ó de control exagerado.



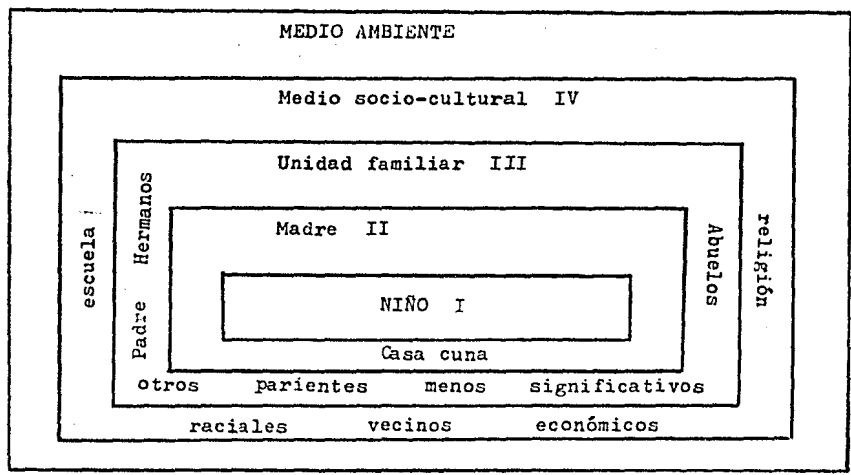
(13)

NOTA: Muchos adultos que no se destetaron psicológicamente en su niñez aparecen como adultos-niños que nunca madurarán mentalmente.

En el siguiente diagrama represento el sistema donde el niño nace, crece y se desarrolla y que modela su personalidad, socializándolo a través de la familia, escuela y otras instituciones.

Recuadros:

- I.- Fuerzas primarias.
- II.- Influencia materna.
- III.- Fuerzas intrafamiliares.
- IV.- Fuerzas extrafamiliares.



e) Fase de Pubertad y adolescencia. (de 10-12 años a 12-16).

La pubertad y la adolescencia introducen muchas alteraciones importantes y con frecuencia espectaculares en la conducta como resultado del marcado salto en el desarrollo físico, mental y emocional.

Completada la dentición permanente el odontopediatra ó el pediatra suelen remitir al paciente al profesionista general para que continúe la atención. Sin embargo los problemas de la adolescencia no son iguales a los de los adultos; el adolescente no es aún un adulto estable ni tampoco un niño, por lo tanto este período exige un conocimiento y una comprensión especiales por parte del profesional médico u odontológico si es que quieren lograr el éxito en el tratamiento.

El desarrollo corpóreo es exagerado.

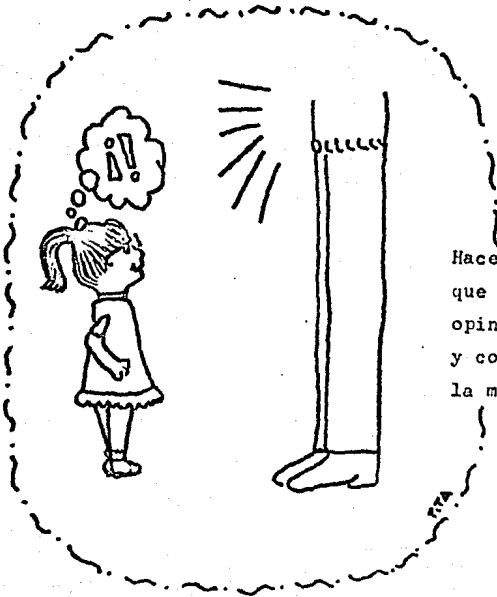
Empiezan los cambios físicos sexuales al igual que los biológicos.

Aumenta la capacidad intelectual.

Los adolescentes son canalizados a ganar independencia. (2)

C A P I T U L O I I IPREPARACION DEL NIÑO PARA SU PRIMERA VISITA
CON EL ODONTOLOGO

Conducta del Odontólogo.
Gamas de personalidad del Odontólogo.
Consultorio Odontológico.
Factor importante: hora de la cita.
Constelación familiar.
Actitudes de los Padres hacia el niño.
Patrones de conducta de los niños ante situa
ción odontológica.
Nota: "Síndrome de mamá".



Hace ya más de un siglo, en 1875
que el Dr. Raymond dijo, que en su
opinión, "El conseguir la simpatía
y confianza del niño es realizar
la mitad de nuestros objetivos".

PREPARACION DEL NIÑO PARA SU PRIMERA VISITA CON EL ODONTÓLOGO. (8)

A menudo la posición del niño frente al tratamiento dental es determinada por el comportamiento de sus padres y otros miembros de la familia, ya que la educación de los adultos influye siempre sobre la educación del niño para el tratamiento Odontológico.

Debe aconsejarse a los padres la preparación psicológica del niño y, ante todo, que ellos mismos deben deshacerse del miedo al Odontólogo, pensando que si por la conservación de los dientes y al mismo tiempo de la salud, valdría la pena tolerar alguna molestia.

Si los padres no están de acuerdo con estos fundamentos, serán vanos los esfuerzos para educar con corrección a sus hijos.

Se debe instruir a los padres acerca del tratamiento odontológico, ya que al niño le gusta saber algo de esto y los padres lo podrían orientar.

El desacierto y la torpeza de los padres al contestar las dudas del niño pueden tener como consecuencia que el niño adquiriera mayores temores o confirme algunas de sus sospechas anteriores.

Generalmente, los padres exhortan a sus hijos a cepillarse los dientes diciendo que entonces no habrá necesidad de visitar al Odontólogo, el niño entiende por esto la alternativa de "cepillarse los dientes o ir al Odontólogo", pero debe aclararse que son dos componentes inseparables del cuidado dental, o sea, higiene de la boca y visita regular al Odontólogo.

La imagen falsa que tiene el niño respecto al ambiente de la práctica odontológica y el tratamiento, es uno de los mayores obstáculos con que se tropieza, para lo cual sería conveniente una visita al consultorio Odontológico que debe ser atractiva y llena de impresiones agradables para el niño a quien le gustaría ver las instalaciones, como cubo y bota el sillón, el chorro de agua de la jeringa, que la sala de espera sea agradable y luminosa, etc., y hacerle notar que queremos ayudarlo. Introducir al niño a la Odontología dejando que explore y se desenvuelva.

Si esta primera impresión es agradable para el niño puede resultarle interesante, atractiva y llena de novedades y después vendrá más tranquilo, ya que con el primer contacto con el consultorio el niño tiene su experiencia propia.

Conducta del Odontólogo. (8)

El odontólogo mediante diversas actitudes podrá iniciar el tranquiliza-
miento y la cooperación del niño.

Su vestimenta deberá ser lo más informal posible, sin atentar con-
tra las reglas higiénicas.

Se considera que el color blanco en los uniformes del Odontólogo o mé-
dico puede provocar ansiedad debido a experiencias desagradables anteriores
al aplicarle por ejemplo alguna vacuna.

El Odontólogo y su asistente deben ser muy amables. Un saludo amistoso
y cálido a los pequeños pacientes es de gran importancia pues disolviendo
las tensiones se facilita su tarea.

Se deberá hacer la menor exhibición del instrumental y el que se tenga
que emplear será en forma delicada.

Al paciente niño se le dará una explicación sencilla y veraz procuran-
do que tenga cierta participación en su propia curación.

No se pretenderá controlar al niño con una fórmula mágica pues cada ni-
ño reacciona de una forma muy diferente, aunque existan patrones ya estable-
cidos de conducta; el Odontólogo conociendo las generalidades realizará el
tratamiento de acuerdo a su propio criterio.

Gamas de personalidad del Odontólogo. (8)

1) Si el Odontólogo tiene una personalidad fuerte, objetiva y bien de-
finida someterá al niño a aceptar, semi-aceptar o a someterse al tratamien-
to odontológico.

2) Si el Odontólogo es callado y tolerante, los niños tomarán ventaja
de él.

Al aparecer el Odontólogo empleará amabilidad y firmeza. (8) (2)

- Reglas: 1.- Ganar la atención del niño.
2.- Usar un lenguaje entendible.
3.- Pronunciar palabras lentas y claras.
4.- No esperar cooperación si el niño esta incómodo o con dolor.
5.- Hacerle notar que no existe dolor en el procedimiento.
6.- Proceder de manera amable pero firme.



Consultorio Odontológico. (2)

El consultorio Odontológico para niños debe ser un lugar donde éste no sienta temor, que le inspire seguridad y que le de la idea de que se le quiere ayudar, por lo tanto deberá ser un lugar de acuerdo al niño; en lo que respecta a la sala de espera que tendrá sillas de acuerdo a su tamaño (quizás unos pequeños pupitres), aparte de los sillones convencionales.

En la mesa se colocarán juegos de salón propios para niños para que éstos se diviertan y distraídos eviten pensar en lo que pueda suceder (se evitará colocar objetos que puedan romperse y así dañar al niño).

En la práctica del manejo del comportamiento del niño el Odontólogo deberá primero dialogar a solas con la Madre del paciente para indicarle el plan de tratamiento, elaborar la historia clínica (tanto médica como odontológica), informarse de la situación familiar y económica y conocer la conducta del paciente en experiencias anteriores (si las hay). (8)

Se le indicará también que el tratamiento comprenderá medidas preventivas que pueden ser suficientes para evitar muchas citas y gastos innecesarios.

Es muy importante procurar no traumatizar al niño para que sea en el futuro un buen paciente odontológico, procurando hacerle ver la importancia de su boca para que no llegue a problemas odontológicos avanzados.

Se ganará la confianza del niño no por medio de sobornos sino tratando de ganarse su confianza, de ser su amigo erradicando así la fobia dental.

Posteriormente al niño se le mostrará el consultorio y se le motivará por medio de tabletas reveladoras de placa dento-bacteriana la adecuada técnica de cepillado dental. Se le tomará una serie completa de radiografías periapicales (tamaño infantil), dos radiografías oclusales y por lo menos dos radiografías de aleta mordible ("bite-wing") y finalmente se le obsequiará un cepillo dental infantil.

Esta será la etapa inicial del tratamiento y de la preparación del niño para sus posteriores visitas con el Odontólogo.

No causarle molestias al niño en esta su primera cita servirá para obtener confianza en la relación Niño-Odontólogo, que una vez obtenida ésta se podrá integrar al paciente para su adecuado tratamiento odontopediátrico.



Factor importante: Hora de la cita.

Hora de la cita: para preescolares horas tempranas y no tener que esperar mucho en la sala de espera ni durante la consulta. El Odontólogo le dará horarios especiales a los niños problema.

La duración de la cita variará de acuerdo a cada niño: si el Niño es temeroso ó aprensivo, la cita será corta. 45 minutos es el tiempo normal antes de encontrar deterioro en el comportamiento. El largo de la cita se basa en los procedimientos a realizar y los enlaces personales entre el Odontólogo y el Niño. También influye el clima en esto. Las de 16 a 30 minutos no afectan el comportamiento, pero cada niño en particular debe ser tratado y condicionado personalmente.

La actitud del Odontólogo no deberá variar en citas largas ó cortas. (8)

Constelación familiar.

Como mencioné anteriormente las diversas actitudes del niño hacia los demás están conformadas principalmente por los padres, variando éstas por el número de hijos y su ubicación de acuerdo al tiempo de su nacimiento.

Generalmente el menor de los hijos es el que tiene las mayores dificultades, el mayor tiene un privilegio y es quien suele ser conservador y moderado en su comportamiento.

El niño se comportará con corrección si sus padres son inteligentes y comprensivos de sus propias actitudes.

El menor ha nacido algunos años después que los otros y tiene posibilidades de ser maleducado por los mismos padres u otros hermanos mayores.

El hijo único o el adoptado a veces puede ser objeto de excesiva indulgencia, siendo propensos a la desobediencia, al egoísmo o a tener accesos de mal humor, pero si la actitud de los padres hacia estos niños es moderada, los niños serán bien adaptados. (13)

Las relaciones entre hermanos pueden influir también en el comportamiento del niño.

En un proceso conocido como "transmisión de conducta" la mala conducta del niño pequeño toma actitudes influenciadas por el hermano mayor.

Al proceso de reproducir el comportamiento exhibido por un modelo, se le llama "identificación". Como consecuencia de la imitación, el niño piensa y se comporta como su modelo. Esto no sucede sin un conocimiento consciente por parte del niño más pequeño (generalmente entre ellos se comunican sus experiencias con el Odontólogo).

La actitud desarrollada por el hermano mayor, es un sistema prefabricado para que el hermano menor aprenda de él. Esto es verdadero, siempre y cuando el hermano más pequeño no haya tenido experiencia previa con el Odontólogo.

El niño que nace primero adquiere la conducta de sus padres como modelo a diferencia de los pequeños que además de tener la de los padres, tienen a sus hermanos mayores. (5)

Los hogares destruidos pueden ser dañinos para una personalidad, ya que pueden crear sentimientos de inseguridad, inferioridad, apatía y depresión; sin embargo, los hogares destruidos muchas veces pueden no ser mas perniciosos que los hogares con conflictos para la formación del carácter del niño.

Un hogar de elevado valor para la construcción del carácter y la personalidad es un lugar cálido y amistoso donde siempre se busca la felicidad y donde es importante la sociabilidad.

Por último, cuando un niño crece o ingresa al colegio un papel importante en el modelado de su personalidad son los maestros y compañeros cuya influencia en cuestiones odontológicas es considerable, pues a los niños les encanta dramatizar las situaciones, en especial si los muestra heroicos a los ojos de sus compañeros.

Los niños exageran el dolor de cualquier tratamiento odontológico produciendo así un efecto que perjudica al que lo escucha y no ha tenido su primera visita al Odontólogo.

Sin embargo, el hogar es el factor más importante en la personalidad del niño.

Es el hogar el que gobierna el destino del niño en su medio social. (13)

Actitudes de los padres hacia el niño. (2)

Los padres presentan diferentes actitudes ante sus hijos, dependiendo de sus relaciones maritales, emocionales y económicas.

Un ejemplo de esto son las parejas que se casan en edad avanzada, o que esperan mucho tiempo para tener hijos, siendo con los niños demasiado cariñosos y protectores; sucediendo lo contrario con matrimonios jóvenes no preparados que tienen hijos sin desearlos.

La vida emocional del niño puede afectarse también si las relaciones, gustos e intereses de los padres son diferentes.

El afecto, protección, indulgencia, ansiedad y autoridad exagerada, de afecto o rechazo por parte de los padres hacia los niños repercuten en su conducta, lo que se convierte en un problema para el Odontólogo.

Sobrehostilidad: Son padres que no han deseado el nacimiento del hijo y se muestran hostiles en sus relaciones con el niño y le ponen castigos injustos, le ofenden y le maltratan.

Negligencia o indiferencia: Son padres que desatienden a sus hijos y no les prestan los cuidados necesarios que demanda el niño a su corta edad, ya sea por sus ocupaciones (argumentando "falta de tiempo por culpa del trabajo") o desavenencias entre ellos. Hay un descuido del niño en todos los aspectos lo que conduce a un sentimiento de inseguridad.

Niños agresivos y hostiles: Son niños sin cariño ni protección y su personalidad no se desarrolla completamente y generalmente son niños problema.

Sobreprotección exagerada: Son padres que aíslan a sus hijos de otras personas para que no les causen daño o aprendan malos modales con otros niños. Esto inhibe el desarrollo psicológico y emocional del niño.

Sobreprotección monopolizada: Son padres dominantes que evitan que el niño explore nuevas experiencias ni que juegen con niños de su misma edad, ni hacer amistad con sus compañeros de la escuela, por lo tanto, no les permiten crecer y quedan en un periodo de infantilismo y su personalidad no se desarrolla.

Demasiado afecto: Es un camino mal entendido que convierte al niño en caprichoso y berrinchudo que está acostumbrado a que se le cumplan todos sus deseos.

Indulgencia exagerada: En estos casos los niños son muy mimados y a los que no se les niega nada y. en muchos casos revelan que los padres en su infancia estuvieron privados de todos sus deseos, es decir, que pasaron hambre y penurias.

Demasiada autoridad: Son los casos de padres muy severos que exigen del niño una intachable conducta y una disciplina muy rígida que al menor intento de escape le imponen castigos con lo que logran que el niño reaccione de dos maneras: la primera es un rechazo abierto, agresividad y belicosidad, y la segunda en un sometimiento exagerado.

Rechazo: Las causas por las que un padre rechaza a su hijo son muy variadas, pero las más comunes son: falta de madurez de los padres o falta de responsabilidad. El niño al sentirse rechazado tiende a ser vengativo, agresivo y desobediente, siendo en ellos frecuente la mentira. (2)

Patrones de conducta de los Niños en situación odontológica. (8)

Como mencioné anteriormente, la conducta en todos los niveles cronológicos depende de la interacción de tres dimensiones de crecimiento que son: la física, la mental y la emocional y que de haber un desajuste en cualquiera de éstas se perturba el desarrollo emocional.

a) "La niñez" (del nacimiento a los 2 años):

El niño depende física y emocionalmente de la Madre y no puede sobrevivir sin su cariño.

Es raro el bebé que es llevado a consulta dental, a no ser por algo urgente como una fractura dentaria ó por el "Síndrome de mamila" (*) y, como su boca es muy sensible, se resiste a cualquier maniobra. La sola presencia del Odontólogo le es atemorizante y no comprende las indicaciones ya que mentalmente no se encuentra capacitado para ello.

A este tipo de pacientes se les deberá atender bajo anestesia general y con terapéutica de única sesión.

b) "La niñez temprana" (de 2 a 4 años):

Esta es una época de transición del bebé al preescolar independiente e incipiente explorador que ante cualquier situación de stress regresa rápidamente a la infancia ó dependencia materna.

Dado que entre los 2 a 3 años de edad la dentición primaria está completa, éste es el momento oportuno para iniciar un programa de Odontología preventiva que principiará con exámenes rutinarios, para seguir con radiografías de modo de no traumatizar al niño en lo que será posteriormente una experiencia habitual.

En la primera cita en caso de existir dolor tratarlo de inmediato, si no lo hay proceder como anteriormente se indica, dando oportunidad al Niño de mejorar su trato con el Odontólogo.

El Niño en esta etapa responde a las indicaciones sencillas y a un acercamiento sutil y cariñoso del Odontólogo, apoyado por la presencia de la Ma-

dre desde un lugar donde el niño pueda observarla, más no dentro del consultorio. Al terminar el tratamiento debe de estar esperándolo para que se sienta protegido. Es muy importante mantener el binomio madre e hijo intacto, esto es positivo hasta los cuatro años ya que después es negativo y la madre debe de ser un observador pasivo.

El niño puede reaccionar a la experiencia dental o bien puede no hacerlo.

c) "El niño preescolar" (de 4 a 6 años):

Es la edad de la independencia, por lo que influye considerablemente la interacción entre niño y padres para la conducta de los años futuros.

Una madre sobreprotectora e insegura, que se aferra a su hijo, retarda su desarrollo en forma tal que el hijo seguirá asido a su falda de manera infantil.

Un padre dominante, que abuse de su fuerza y que se muestra excesivamente enérgico, llevará al niño a la violencia, a la sumisión o a la rebeldía antisocial.

Durante esta edad es cuando se presentan los mayores problemas de manejo de conducta y en el consultorio muchas veces es imposible predecirlas dada la gran variedad de medios ambientes. (8)

Un niño de 4 años con cinco hermanos, se comportará de diferente manera al hijo único.

Si el niño es dócil y la madre agresiva, la conducta de aquel será sumisa.

Si el niño es agresivo y la madre insegura, el niño dominará la situación con rebeldía.

En algunos casos especiales (como la toma de radiografías) la madre es una ayuda, como cuando se trata del paciente emocionalmente inseguro, pero de no ser así, la madre no deberá permanecer en la consulta. (respetando el cri

terio de ciertos autores).

La época preescolar se caracteriza por una amplia variedad de patrones de conducta especiales para cada niño, que pueden variar desde el niño temeroso y sumiso a los que inteligentemente cooperan en su nueva experiencia, pasando por los inconformes y agresivos; por lo que el Odontólogo deberá observar el patrón de conducta, así como la salud buco-dental.

Casi todos los niños "desean liberarse de sus madres", pero no tanto; así que cooperarán en situaciones aparentemente inócuas e indoloras, pero ante situaciones de dolor volverán a ser bebés reaccionando violentamente, por lo que una combinación de tolerancia y comprensión a sus desagradados ayudará al niño en sus crisis.

d) "Edad escolar" (de 6 a 9 años):

Es un período de socialización, ya que el niño cambia al ir a la escuela que le enseña normas sociales y como aceptarlas.

El niño de 7 años al estar fuera de casa ha ampliado su mundo aceptando las cosas y la autoridad. Tiende a desaparecer la dependencia materna.

El escolar se comporta marcadamente diferente del de 4 ó 5 años de edad en el Consultorio odontológico; prefiere estar solo con el profesional lo que le permite a éste actuar más directamente.

El niño escolar es independiente de sus padres durante la consulta odontológica y ayudado por el profesionista desarrollará más su independencia.

Hay que hablar directamente con el niño con respecto al procedimiento del tratamiento, ya que esta reafirmación ayudará a desplazar una dependencia morosa de los padres, además de que en el pequeño produce un efecto de seguridad si se le toma en cuenta. (8)

Se enfocará el tratamiento del escolar en la confianza de sí mismo y en su capacidad para aceptarlo.

El niño de 6 años tiene una habilidad motora más desarrollada es muy in

quieto y berrinchudo.

Después de los 6 años, el Niño diferenciará procedimientos dolorosos ó no; cosa que a los 3 ó 4 años no podía hacer.

El niño de 7 años es más ó menos introspectivo y desea la aprobación de sus Padres y amigos. (5)

La diferencia entre el preescolar y el niño de 7 años es que el segundo acepta al Odontólogo como autoridad, así que cooperará aún sin gusto pues aprende y razona.

El niño de 8 años se está volviendo un poco más tranquilo y se va ubicando en su propio sitio; como prefiere estar acompañado, su mejor comportamiento lo demuestra en el Consultorio Odontológico, por ejemplo.

El niño de 9 años identifica al Odontólogo como persona, a diferencia del de 4 ó 6 años quién lo catalogaba como "aparatos extraños", de ahí la importancia de que a los niños se les debe abordar como persona lo más tempranamente posible.

e) "El niño prepuberal" (de 9 a 12 años):

Los Niños de 9 años empiezan a desarrollar las metas propuestas.

Los Niños de 10 años empiezan a pensar en problemas sociales, además de desarrollar su concepto de individualidad.

Este es un período de latencia de la pubertad; son más tranquilos y casi nunca son problema para el Odontólogo; ya que han acumulado experiencia ante los extraños y ante el dolor. (8)

Físicamente empiezan a crecer, a ganar estatura y a acumular grasa como reserva para su posterior adolescencia.

Emocionalmente no presentan muchas reacciones y ésta situación de tranquilidad les produce una relajación casi total cuando están en consulta odontológica.

Los niños a esta edad ó nivel, resienten de sus Padres la intromisión en sus asuntos, pero es bueno saberlo, tanto los Padres como el Odontólogo.

f) "Pubertad y adolescencia" (de 12 a 18 años):

Esta es una época de alteraciones importantes en la conducta y en ocasiones hasta espectaculares como consecuencia de la gran diferencia en el desarrollo biopsicosocial de este nivel cronológico en relación con los anteriores y aún con los adultos. (8)

Los adolescentes se consideran adultos sin serlo, sin embargo no son niños aunque algunos los consideren así.

Nota al margen -----

(3)(1)(8)

(*) "Síndrome de mamila":

El Síndrome de mamila llamado también "Caries rampante" es una lesión de rápida aparición que involucra la mayor parte de los dientes primarios erupcionados, destruyendo rápidamente el tejido coronal, guiando así a una involucración de la pulpa dental.

Dicho tipo de caries es en los niños pequeños de edad preescolar un factor desafortunado no sólo por la edad del grupo afectado, sino porque esta afección dolorosa puede ser fácilmente prevenida mediante una adecuada información a los Padres.

A este tipo de Caries rampante se le ha llamado "Caries de botella", ya que ha sido ligada al uso prolongado del biberón como medio de alimentación, después del período normal.

En la civilización occidental moderna se recomienda que el destete debe ocurrir entre los 2 y 9 meses, con una transición ya sea a taza o biberón.

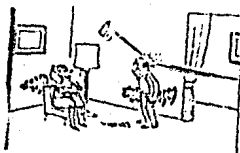
Al año de edad al niño deberá de habersele quitado tanto el biberón como el pecho materno.

El instinto de succionar el pecho es un patrón del comportamiento de todos los bebés y frecuentemente va acompañado del hábito de chuparse el dedo desde los primeros días de vida.

Dentro de los efectos adversos de los tan conocidos chupones están, básicamente, tres:

Maloclusiones, recesión gingival y caries rampante.

—Parce que el
bebé "Guis" tiene
hambre.



Cuadro clínico: (1)

Los 4 dientes anteriores superiores primarios son los más afectados, en contraste con sus antagonistas inferiores que casi no se encuentran involucrados.

El segundo lugar lo ocupan los caninos y molares primarios superiores, pero en menor grado que el anterior grupo.

En casos avanzados, los 4 dientes anteriores superiores pueden ser destruidos al grado de quedar únicamente los restos radiculares cariados.

Explicación del patrón del "Síndrome de mamila":

La razón de la peculiar distribución y el diferente grado con que se ven afectados los dientes en el niño, corresponde a 3 factores:

- 1) Patrón de erupción de los dientes primarios.
- 2) Duración de los hábitos de succión.
- 3) Patrón muscular durante la succión en los niños.

Durante la succión, el pezón ya sea natural o artificial, descansa sobre el paladar mientras que la lengua se encuentra sobre los dientes inferiores.

La leche materna y los diversos líquidos que se introducen a un biberón, bañan a todos los dientes anteriores superiores, con excepción de los inferiores, que se encuentran físicamente protegidos por la lengua.

Si, además, el líquido contiene carbohidratos fermentables, las bacterias cariogénicas actuarán produciendo ácidos que desmineralizan a los dientes.

Además del efecto protector de la lengua, se ha visto que los dientes inferiores también se ven protegidos por la saliva secretada por las glándulas sublinguales y submaxilares.

Mientras que el niño duerme y succiona, existe disminución en el fluido salival, por lo que el líquido se estanca alrededor de los cuellos de los dientes, continuando así el proceso de la descalcificación. Si a esto se le suma el factor tiempo, es entonces cuando se presenta el "Síndrome de mamila".

Factores predisponentes en el "Síndrome de mamila": (1)

1) Placa dentobacteriana (PDB): Se observa un alto índice carioso en dientes anteriores superiores en niños de 3 a 4 años de edad con higiene bucal defectuosa.

2) Padres consentidores que dejan por largos periodos a sus hijos con "confortantes" (mamilas o chupones endulzados).

3) Niños con retraso psicomotor: a estos niños además de que se les consiente con confortantes, presentan una deficiente higiene bucal debido tanto a su incapacidad intelectual como muchas veces física.

Agentes etiológicos:

a) Leche de vaca y leches procesadas:

Estas contienen el carbohidrato lactosa (disacárido compuesto por glucosa y galactosa), que ayuda a la implantación de bacterias cariogénicas que en animales produce descalcificación del esmalte y caries, cuando es ingerida por éstos.

No porque la leche sea cariogénica deberá suspenderse de la dieta, ya que es básica en el crecimiento y desarrollo del niño. Lo incorrecto no es la dieta, sino el empleo inadecuado del biberón o mamila.

Existe demasiada evidencia de que los hábitos alimenticios pueden alterar la cariogenicidad innata de ciertos alimentos. En el caso de la leche, el hábito del uso prolongado del biberón, especialmente durante la noche, es el factor más importante del desarrollo de la caries rampante en niños ("síndrome de mamila"). (8)

b) Jugos de frutas y otros líquidos dulces (refrescos):

Muchos reportes, indican que el contenido nocturno del biberón no siempre era leche pura, sino leche endulzada con azúcar (sacarosa), y/o miel (glucosa y fructuosa).

En otros reportes, la leche había sido substituida por jugos de frutas como el jugo de manzana o refrescos embotellados, los cuales son capaces de disolver el esmalte dental por su pH ácido ya que estos líquidos frecuentemente contienen ácido cítrico para su conservación.

c) Leche materna:

Especialmente asombroso son los reportes recientes acerca de los casos de caries de mamila ligados a pequeños cuya alimentación es con pecho materno.

La leche materna contiene un mayor porcentaje de lactosa que la leche de vaca o leche procesada.

El frecuente hábito de amamantar al niño mientras dormita, y esto aunado a que el período de amamantar se extiende fuera del período normal reúne los 3 requisitos para la iniciación del síndrome de mamila (sólo en estos casos no se trata de una botella, sino del pecho de la Madre).

d) Chupones endulzados:

Los chupones endulzados pueden ser tan dañinos como los biberones, cuando el chupón se encuentra con una substancia cariogénica.

Aquí, se presentan los mismos resultados de caries rampante. (8) (1)

Para que exista la formación de caries se necesita de la presencia conjunta de los siguientes factores:

- a) Dieta: Disacárido-sacarosa (principalmente).
- b) Microflora: El Streptococo mutans que es el más cariogénico.
- c) Huesped: Diente susceptible a la acumulación de placa dentobacteriana (PDB) y pH salival de 4 a 5.5 en que ocurre la desmineralización.
- d) Tiempo: variable.

Un adecuado programa de prevención requiere lograr una labor en conjunto sobre:

- a) Educación a los Padres.
 - b) Dieta adecuada y balanceada.
 - c) Control de placa dentobacteriana (PDB).
 - d) Protección de los dientes con fluoruro sistémico y tópico. (8)
-

¿Sabías que...

En la antigua Roma ya se utilizaba el biberón de cristal con un extremo en forma de tetina para la lactancia artificial de los niños pequeños? (13)

C A P I T U L O I V

FUENTES DE CONDUCTA NO COOPERATIVAS

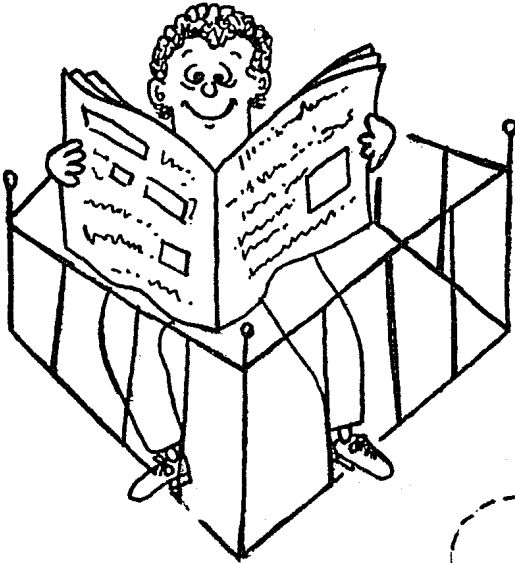
CLASIFICACION DE PACIENTES (según el Dr. Frank y otros).

PATRONES DE CONDUCTA

Factores que influyen en la conducta que sigue un niño en el Consultorio Odontológico.

Preparación de los Padres.





BRAD

Para manejar adecuadamente la conducta de un paciente odontopediátrico es necesario clasificar su comportamiento, además de mostrar tolerancia hacia el niño.

FUENTES DE CONDUCTA NO COOPERATIVAS

La falta de cooperación del niño en el consultorio odontológico puede atribuirse a varios factores entre algunos de los cuales se encuentra involucrada la familia: (2) (3) (5)

- 1) Conducta adquirida.
- 2) Emplear como castigo al niño la amenaza de llevarlo al odontólogo.
- 3) Ansiedad del niño tanto interna como externa.
- 4) Discusiones de experiencias odontológicas desagradables frente al niño.

Cuando el niño se siente incapaz de sobrellevar y afrontar los problemas que se presentan en su medio ambiente tales como actitudes negativas de los padres, vida familiar insatisfactoria, etc., se producirán cambios durante el desarrollo de su salud emocional y su conducta. (13)

Está plenamente comprobado que el medio ambiente en el cual se desarrolla el niño tendrá repercusión en su comportamiento, entonces tenemos que problemas tales como relaciones familiares infelices, fricción matrimonial, pobreza, trabajo inadecuado, enfermedad, etc., son factores que pueden agotar la capacidad tanto del padre como de la madre para dar algo a los demás ya no se diga que comprensión.

Si por el contrario, el niño vive en un ambiente en donde hay reinante un calor humano, buena alimentación, apoyo, comfortable alojamiento, cariño, atención y protección de los padres, serán factores que contribuirán en la saludable formación del carácter y por lo tanto de conductas cooperativas.

CLASIFICACION DE PACIENTES (según el Dr. Frank y otros) (2)

El patrón de conducta de un niño puede observarse de muchas maneras, jugando en la escuela, en la casa, con sus hermanos y vecinos, así como también sus hábitos bucales; sin embargo cuando el Odontólogo lo examina, lo clasifica dentro de un tipo especial de comportamiento.

El comportamiento ó la conducta son una respuesta instintiva y natural a factores externos del medio ambiente en el que se desenvuelve el niño, de aquí la importancia de que el Odontólogo debe informarse de las diferentes reacciones del niño para así conocer las actitudes que el Niño mostrará durante la consulta odontológica.

Se deberá primero determinar el tipo de conducta.

El Dr. Wilson en 1933 fijó 4 clases de comportamiento: Normal ó valiente, penoso ó tímido, histérico y rebelde.

El Dr. Sands dijo que los niños podrían ser de 5 clases de conducta: hipersensitiva ó alerta, nerviosa, miedosa, terca y físicamente incapacitado.

El Dr. Croxten en 1967 porcentuó diferentes categorías de niños llegando a la conclusión de que de 100 niños; el 40% de ellos aceptan positivamente el tratamiento, mientras que el 60% restante presentan rechazo a medidas odontológicas.

En 1972 el Dr. Sarnat clasificó la conducta del Niño en 5 clases: Altamente cooperador, cooperador pasivo, neutral, aparente cooperador e incooperador.

De los mejores sistemas que clasifican el comportamiento es el del Dr. Frank quién en 1962 determinó 4 categorías:

Positivos y definitivamente positivos. Negativos y definitivamente negativos.

1) Positivos. Son niños que aceptan el tratamiento odontológico aunque en ocasiones muestren cierta reserva.

2) Definitivamente positivos. Son pacientes que presentan un total interés en su cuidado dental disfrutando de la situación lo que logra una gran armonía entre el niño y el odontólogo.

3) Negativos. Son pacientes niños que muestran renuencia a aceptar el tratamiento odontológico.

4) Definitivamente negativos. Son niños que presentan un rechazo total al tratamiento odontológico.

Este sistema por ser el más funcional, cuantitativo y seguro, es el más usado. (8)

PATRONES DE CONDUCTA (8)

Niño cooperador.

Este tipo de paciente se muestra en el consultorio relajado y con un grado de aprensión casi nulo. Obedece las instrucciones del odontólogo en forma cooperadora, aunque en ocasiones se muestre reservado y dispuesto a no acceder.

El Dr. Addleston en 1959 indicó que a este niño se le deberá manejar por medio de la "Triada Odontopediátrica". (Ver Capítulo V)

Niño carente de habilidad cooperadora.

Los hay de dos clases:

a) Niños muy pequeños con los cuales no se puede establecer comunicación ni esperar tampoco comprensión.

En 1969 el Dr. Mc Donald considera a estos niños como pre-cooperadores en un período temporal de su desarrollo, y en los cuales en esta etapa su vocabulario es muy limitado al igual que su corta capacidad de fijación de ideas.

b) Niños débiles mentales o incapacitados físicamente. A estos niños cuya gravedad de condiciones les impide lograr una actitud cooperadora, para lo que se requiere un manejo especializado en un consultorio preparado para ello al igual que su personal.

Niño ocasionalmente cooperador.

Son niños que aunque tienen capacidad cooperadora no la ejercen, por lo tanto se les llama "niños problema".

Es importante mencionar que son niños sanos a quienes si se les maneja adecuadamente la conducta se les convertirá en excelentes pacientes odontológicos.

Las características de comportamiento de este tipo de pacientes son las siguientes:

a) Incontrolables. Son niños pequeños de entre 2 y 6 años de edad que durante su primera visita al odontólogo presentan diversas reacciones violentas y exageradas tales como gritar, golpear, patear o dejar de respirar.

Habrá que determinar si ésto se debe a mal genio o a enfermedad.

b) Medrosos. Son niños que requieren paciencia y simpatía por parte del odontólogo y asistentes para que se adapten al consultorio, ya que los niños le tienen miedo a lo desconocido ya sean personas, objetos, situaciones y ausencia de los padres.

c) Mal geniosos. Son niños que empiezan a manifestar su mal genio desde la sala de espera y que en un ataque de mal humor o capricho quieren hacer lo que se les antoja; habrá entonces que pensar que se trata de niños malcriados o hijos de padres separados que aunque con limitaciones deben aprender a adaptarse a las reglas de la sociedad en que vive y puesto que la gran parte de los aprendizajes pre-escolares se obtienen de intentos y errores, el niño siente frustración y la expresa con ira, y si los padres ceden a esta violenta actitud del niño, éste repetirá la escena para lograr lo que quiera; de volverse a repetir esto, se creará un círculo vicioso de chantaje en el que el niño será siempre el vencedor.

Este hábito se deberá prohibir, controlando a estos niños con firmeza y sin apasionamiento por parte del odontólogo.

d) Desafiantes. Aunque es una actitud clásica de niños de primaria, este comportamiento lo puede tener cualquier niño.

Son niños tercos cuya frase es la siguiente: "no lo voy a hacer", y lo dicen y lo hacen no sólo en el consultorio odontológico sino en cualquier parte.

Generalmente si son preadolescentes se muestran con resistencia pasiva ya que al considerarse "aparentemente libres e independientes" al expresar sus gustos y disgustos (al escoger por ejemplo su ropa), consideran que al ser llevados a consulta odontológica su libertad es violada por lo que muestran su rebeldía.

El odontólogo se deberá mostrar firme con ellos para evitar luchas innecesarias ya que a los 11 o 12 años de edad son "niños problema" por el resurgimiento de viejas ansiedades presentes en la etapa anterior a la primaria.

El odontólogo deberá comprenderlos y relacionarse con ellos mencionándoles que aunque no les guste ir a consulta es necesario hacerlo.

e) Tímidos. A estos pacientes se les considera con una forma más ligera de negativismo que de ser tratados inadecuadamente declinarán al tipo incontrolable aunque sin llegar al histerismo. "Generalmente estos niños fracasan en un intento de resistencia física.

Quizás se trata de un caso de sobreprotección o de abandono paterno, para lo que el odontólogo deberá ganarse su confianza, guiarlo y repetir varias veces las explicaciones debido al estado emocional de su paciente.

f) Tenso-cooperadores. No se puede decir que son niños tímidos ya que aceptan el tratamiento; sin embargo, se muestran sumamente tensos y temblorosos, con la frente y las manitas perladas de sudor y hasta se puede sentir vibrar su cuerpo; aún así, controlan bastante bien sus emociones.

Es importante mencionar que como son niños que aparentemente aceptan el tratamiento, si el Odontólogo no es observador fracasará al no detectar o conocer estas reacciones.

Son niños que aceptan el tratamiento odontológico, pero expresando un desagrado desproporcionado de sus experiencias.

g) Quejumbrosos. Estos niños aceptan el tratamiento; pero durante todo el mismo se lamentarán y llorarán, pero controlablemente y, como en ocasiones desesperarían a cualquiera, se requiere mucha paciencia por parte del Odontólogo para atenderlos adecuadamente.

Comportamiento de los niños a la experiencia odontológica

- a) Aceptación entusiasta.
- b) Aceptación mútua.
- c) Aceptación reluctante sin resistencia.
- d) Aceptación que no requiere control sino instrucción.

Niveles de resistencia.

- a) Niños que crean disturbios en su casa por la atención odontológica.
- b) Niños que crean disturbios en la sala de espera del consultorio.
- c) Niños que presentan resistencia después de iniciado el tratamiento.
- d) Niños que ofrecen resistencia a la operatoria.
- e) Niños que quieren controlar los procedimientos para dificultar el tratamiento.
- f) Niños con resistencia previa a la cita. (que devuelven, etc.)

Variables que influncian el comportamiento. (3)

a) Hábitos orales.

b) Enuresis (No controlar esfinteres).

c) Temperamento (Berrinches).

d) Problemas del lenguaje.

e) Nerviosismo.

f) Inhabilidad para enfrentarse a nuevas situaciones.

Factores que influyen en la conducta que sigue un niño en el consultorio odontológico. (2)(5)(8)

Antes de hablar de cosas tales como miedo, ansiedad, inseguridad, timidez ó resistencia (estados de conducta que el Odontólogo debe saber manejar) se deberá entender el "por que" del comportamiento de cualquier paciente ortopediátrico, y como mencioné anteriormente, el Odontólogo como profesional de la salud no sólo tratará dientes sino también al ser humano que está unido al diente y esto es de suma importancia.

Es indiscutible que el miedo y la ansiedad afectan el comportamiento del Niño y a largo plazo determina el éxito del tratamiento odontológico.

No solo es necesario saber lo que es el miedo, sino saber por que existe en la mente de un Niño.

Las diferentes escuelas psicológicas coinciden en que la ansiedad es un rasgo de la personalidad, como una abstracción compuesta por una organización de ideas y conceptos.

La Asociación Americana de Psiquiatría en 1952 definió la ansiedad como una señal de peligro concebida y sentida por la parte consciente de la personalidad con ó sin estimulación de situaciones externas.

Psicológicamente la ansiedad es un estado emocional no placentero en el un continuo y fuerte deseo pierde su objetivo. Un sentimiento de amenaza especialmente de temor, en el que la persona no puede discernir que es lo que la está amenazando.

Otra definición de ansiedad según el "Webster Dictionary" Ed. 1968 (14), define la ansiedad como un estado de inquietud, aprehensión, incertidumbre ó preocupación acerca de lo que pueda suceder.

Fundamentalmente de origen psíquico, a diferencia del miedo ó temor que es una reacción emocional ante un peligro ó amenaza conscientemente reconocido. (11)

El miedo es un reflejo normal de protección que pone al individuo en estado de defensa contra un peligro real y consciente. El miedo corresponde a un aflujo importante de sangre hacia los centros nerviosos, a los que pone en alerta y prepara para la lucha.

En el miedo existen ordinariamente dos elementos; el primero es un elemento instintivo y el segundo la consciencia de un peligro conocido o desconocido. Este último está ausente en los primeros meses de vida y puede tener poca importancia en el niño mayor que tiene conocimientos suficientes para distinguir los peligros.

El miedo presenta numerosas variedades que responden a los distintos grados de sensibilidad e impresionabilidad (Nuevo Diccionario Médico Larousse. Ed. 1976)

Se considera a la ansiedad y al miedo patológicos cuando al presentarse llegan al grado de inferir contra la vida misma o a una razonable tranquilidad emocional. (7)

El miedo manifestado puede ser causado en los niños a que lo separaron de sus padres durante la consulta odontológica, o al temor de ser lastimados lo que trae como consecuencia la pérdida de la identidad.

El miedo puede ser natural y manifestarse por movimientos bruscos y pérdida de soporte instantáneo. El miedo adquirido es por tormentos, animales, odontólogos, etc. (11)

Las fuentes del miedo son (entre otras):

Su transmisión de los padres hacia el niño.

Miedo condicionado; a la apariencia del consultorio e instrumental.

Experiencias previas con otros Odontólogos.

Su transmisión de los hermanos, compañeros, amigos, cuentos y exageraciones.

Miedo inducido por las expectativas y estados emocionales del propio Odontólogo.

Miedos por orden de importancia.

- a) Miedo a la aguja del anestésico.
- b) Miedo al abandono que siente el niño con respecto a sus padres.
- c) Miedo al dolor. (13)

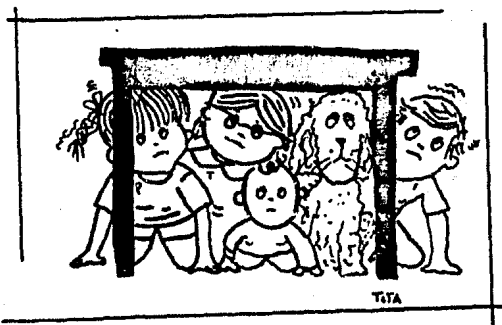
Con lo que respecta a la aplicación del anestésico local:

Si se le muestra inadecuadamente al niño la jeringa le causará miedo y la armonía anteriormente establecida se verá trastornada.

El Dr. Addelston menciona que es útil mostrar al pequeño la jeringa y decirle lo que se le va a hacer y lo que va a sentir.

Otros opinan que es mejor no mostrar la aguja para anestesia ya que se podría asustar el niño sin importar lo bien adaptado que esté al manejo de su conducta dentro del consultorio odontológico.

Por lo tanto cada profesional deberá adquirir una posición individual a cada situación y a cada niño.



En base a una encuesta entre varios Odontólogos que realicé con respecto a qué método es el que usaban para la infiltración del anestésico local, la mayoría de ellos me informaron lo siguiente en relación a su experiencia con niños y que les ha aportado muy buenos resultados.

a) Al Niño al que se le va a anestesiar localmente se le muestra la jeringa ya preparada para su uso pero con el protector de la aguja colocado y se le dice algo como lo siguiente: "Esto es un tubito con agua mágica que te va a dormir tus dientecitos".

b) "No vas a sentir molestias" (de ninguna manera se mencionará la palabra "dolor" ni nada parecido).

c) Hacer un simulacro de la anestesia tópica en la mano del niño antes de hacerlo en su boca.

d) Posteriormente hacer lo mismo con respecto a la punción (con la aguja cubierta) diciendo: "solo vas a sentir un apretoncito como éste que ahora hago en tu mano", después se hará lo mismo en la boca del pequeño y en un momento dado en que Este esté convencido se retira sutilmente el protector y se procede a la infiltración del anestésico reforzando el acto con la palabra "apretoncito" teniendo cuidado de que el niño no observe la aguja descubierta.

Claro que lo anterior no es regla inmutable, sólo que en la mayoría de los casos surte efecto si se procede en forma sutil.

Manejo del miedo. (2)

- a) Establecer el grado del miedo.
- b) Factores responsables del miedo (El retraso de las citas aumenta el miedo que como está controlado por el Sistema Nervioso Autónomo es difícil de hacer por lo que habrá de evitarlo antes de que se presente.)
- c) Razonarlo ayudando al niño a verbalizarlo.
- d) Evitar comparar al niño con miedo con otro sin él es contraproducente pues afectaría su vida emocional.

Modo de evitar el miedo al odontólogo.

- a) Tratar de dialogar con el niño y padres con selección adecuada del lenguaje.
- b) Evitar términos como "dolor", "aguja", "inyección", etc., y substituirlos por otros.
- c) A los niños nunca se les deberá reprimir o ridiculizar.
- d) Permitir que observe a su hermano o compañero (imitación social) siempre y cuando ésta sea una experiencia no dolorosa o traumatizante.
- e) Explicar y demostrar los procedimientos.
- f) Algunas veces (circunstancialmente) controlar por medio de la voz y algún tipo de restricción.
- g) Tratar al niño con honestidad, respeto y hablar en un tono normal no fingido.

Angustia: Consiste en una gran dificultad para respirar, con sensación de opresión en la boca del estómago.

Es acompañada por palidez de la cara, de enfriamiento de las extremidades, a veces de náusea y finalmente de vómito y hasta en ocasiones emisión de orina. Este estado impresiona mucho al paciente, el cual experimenta una ansiedad intensa. (Ver capítulo V) que puede desembocar en llanto en muchas ocasiones. (11)

El lloriqueo como medio diagnóstico de identificación, es una forma de personalidad.

Tipos de llanto. (2)

- a) Lloriqueo obstinado; el niño es caprichoso. Este llanto es el más difícil de controlar y debe ser logrado sin los padres.
- b) Lloriqueo miedoso; Hay pérdida de la confianza en el niño que se acompaña con lagrimeo y respiración convulsiva.
- c) Lloriqueo por mal trato; puede ser ruidoso y callado y se considera una reacción normal ante un estímulo doloroso.
- d) Lloriqueo compensativo; es un ruido para contrarrestar la administración del analgésico.

Para obtener cooperación total es necesario tanto la psicología como la facilidad operatoria y una actitud paternal para el manejo del paciente.

Aparte de los factores anteriormente mencionados que influyen en el comportamiento del paciente odontopediátrico, existe la subdivisión de factores mayores y menores.

Factores mayores: (2)

Historia clínica; las anteriores experiencias médicas del niño pueden ser una fuente crítica de comportamiento no cooperador. (Dr. Wright 1971, Dr. Bayle 1972, Dr. Alpern 1973).

Estudiando la historia y experiencias del niño se sabrá la calidad emocional de las visitas aún más que las visitas hechas al doctor.

Algo similar ocurre al conocer la actitud que presenta el niño hacia su doctor; ya que si se muestra favorable sentirá menor aprensión al visitar al odontólogo.

Otra consideración importante en la historia clínica es la referente al dolor experimentado por el niño, ya que el dolor físico es una preocupación constante para el niño. Este aspecto dentro de la historia médica del niño es una de las fuentes de mal comportamiento en el consultorio odontológico.

Factores menores.

No se deben subestimar a estos factores que son tan importantes como ignorados.

a) Que el niño escuche experiencias desagradables: radio, televisión, artículos, bromas de mal gusto, y dibujos negativamente empleados.

b) Manifestaciones de abierto rechazo a la odontología de adultos mal informados

c) Comunicación entre niños que cuentan sus experiencias con el Odontólogo.

Todo lo anterior ha sido reportado como fuentes de mal comportamiento.
(Dr. Steen 1891)

Por lo que respecta a los niños con "experiencia" no todo lo que comentan puede ser desfavorable, ya que ellos como modelo prefabricado pueden ser el método más efectivo para iniciar a un niño en el ambiente dental. (2)

Resistencia: Es el resultado de la ansiedad e inseguridad, estas son razones por miedo a experiencias previas.

Si existe miedo real hay que trabajar lenta y cuidadosamente.

El Odontólogo debe ayudar a controlar las ansiedades del niño. (2)

Timidez: Esta está relacionada con experiencias odontológicas previas y por experiencias sociales limitadas del niño, lo cual requiere un cierto tiempo de acoplamiento.

En ocasiones la timidez es resultado de padres sobreprotectores.

Para el manejo del comportamiento de un paciente con timidez se recomienda que éste sea acompañado por un paciente bien ajustado. (2)

Preparación de los padres. (2)

Un factor muy importante en el condicionamiento de los pacientes odontopediátricos es su familia, habitualmente los Padres, quienes muchas veces al querer reducir las ansiedades del hijo sobre el tratamiento odontológico solo lograban aumentar el nivel de ansiedad; y es que muchas veces, aunque la intención de los Padres es buena, lo expresan inadecuadamente.

El Dr. Tumma en 1954 mencionó:

"Aparentemente si los elementos de sorpresa y de falta de información son eliminados mediante la preparación de los Padres, puede esperarse que los hijos se comporten de manera más cooperadora".

Un medio fácil, económico y funcional es por medio de cartas sencillas enviadas por el Odontólogo a los Padres (aparte del reforzamiento verbal) y en las cuales se les indica lo que deben hacer para cooperar en el tratamiento odontológico de sus hijos.

A continuación presento dos ejemplares de cartas a los Padres con dicha finalidad.

(Cortesía del Dr. Hermógenes López G.
Estomatopediatra UNITEC.)

Ejemplo # 1

1.- Sres. Padres de familia: Olviden que existe el dolor. El éxito del tratamiento odontológico consiste en que los niños sufran muy pocas molestias y el Odontólogo trata aún así de evitarlas: además de no producirlas.

Si el niño llora durante el tratamiento, el llanto puede ser producido por otras causas: además del dolor puede haber temor y nerviosismo, berrinches y corajes entre otras. El odontólogo sabe distinguir las diferentes causas del llanto y actuar de acuerdo a ellas para calmar al niño y resolver su problema.

2.- No utilicen al Odontólogo nunca como amenaza. Hay formas mucho mejores y efectivas para disciplinar a un niño.

3.- Permanezca en la sala de espera mientras atienden a su hijo. Es necesario que presten atención para que se atiendan mejor las explicaciones y así ayudar a su hijo a controlar su nerviosismo. Si los padres están presentes, la atención que se le presta a su hijo es mucho menor. Es saludable que dejen que su hijo actúe por sí solo, ésto le ayudará a crecer emocionalmente lo cual le servirá durante toda su vida.

4.- Pregunten lo que gusten acerca del tratamiento de su hijo. No se les quiere ocultar nada ni es necesario. Ya es conocido que si los padres preguntan aumentarán con esto su confianza en el odontólogo. Si los padres confían en el odontólogo, ayudarán a su hijo a confiar también.

5.- Asistan con regularidad a las citas. El nerviosismo de los niños aumenta considerablemente si el tratamiento se alarga sin necesidad. El llegar tarde o no asistir a las citas perjudica a varias personas:

- a) Al niño que pierde la cita.
- b) A otro paciente que pudo haber ocupado esa cita.
- c) Al odontólogo que se queda esperando, o en caso de llegar tarde, se tendrá que hacer un tratamiento apresurado.

6.- Si es necesario cancelar la cita, se deberá hacer con 24 hrs. de anticipación para así poder dar ese lugar a otro paciente.

Ejemplo # 2

La odontología para niños puede proporcionar la oportunidad de una experiencia valiosa para los padres, con odontólogo y niños en la promoción de salud buco-dental.

Difiere de la odontología para adultos en que el niño está creciendo; de aquí la importancia en reconocer todos los cambios y desviaciones de lo normal en lo que respecta a su crecimiento y su desarrollo buco-facial.

El odontólogo que maneja a un niño está preparado a efectuar por medio de su entrenamiento especializado a efectuar reconocimientos, curar anomalías tempranamente y, al mismo tiempo, evitar traumas psicológicos al niño a través de comprensión, entendimiento y delicadeza.

Por favor, transmitan a su hijo la sensación de que visitar al Odontólogo es parte de "crecer". Asegúrenle que el doctor siempre explicará lo que va a hacer antes de hacerlo.

Traten de evitar palabras que se relacionen con dolor, miedo, etc.

La primera visita del niño al odontólogo es muy importante, quien como primera consideración introduce a los niños al ambiente odontológico y de ser necesario alivia cualquier emergencia o dolor.

Después de que el niño se haya "aclimatado", se procederá al examen y diagnóstico. Un examen completo es la base para un plan de tratamiento correcto y requiere de radiografías de toda la boca para que:

- a) Caries y procesos infecciosos sean reconocidos.
- b) El desarrollo de los dientes primarios sea observado y el crecimiento de los dientes permanentes pueda ser supervisado.
- c) Dientes ausentes o adicionales sean detectados, para poder tomar los pasos necesarios para corregir esta condición tempranamente.

d) La relación entre los dientes primarios y los permanentes y entre éstos con los huesos de la boca sean estudiados, para tratar de evitar maloclusiones y la necesidad de largos y costosos tratamientos de ortodoncia.

Por supuesto que se explicarán las condiciones encontradas en la boca de su hijo y para la segunda visita se les darán las recomendaciones necesarias para el tratamiento y prevención de las condiciones presentes, para su mejor interés.

Durante la segunda visita se le ofrecerán a Ud. y a su hijo instrucciones completas de cepillado e higiene bucal. El objetivo de la Odontología infantil es preventivo.

Higiene bucal apropiada en el hogar, junto con visitas regulares al Odontólogo, aplicaciones de fluor, profilaxis, y dieta adecuada son básicas en el tratamiento.

Se ha encontrado por experiencia que se consigue mejor el objetivo odontológico si los Padres no acompañan al Niño durante la consulta. Por supuesto que hay excepciones, dependiendo de la edad del Niño y de su condición física.

Si los Padres son invitados al Consultorio, su actitud deberá ser pasiva para distraer lo menos posible al niño, cuya atención se está tratando de obtener.

C A P I T U L O V

TERAPEUTICA NO FARMACOLOGICA

TECNICAS EN EL MANEJO DEL COMPORTAMIENTO
(Modelamiento del comportamiento del niño
al Medio Odontológico):

Comunicación.

Persuasión.

Modelación.

Teoría del reforzamiento (reforzadores).

Desensibilización (desensitización).

Control de voz.

Narcisismo corpóreo.

Audio analgesia.

Imaginación emotiva.

Control rígido (*).

Teoría Children's

Triada Odontopediátrica (decir-enseñar-hacer).

Difusión estructurada.

(*) Técnica "Home".

(*) Técnica de mano sobre boca.

"Foco puede lograrse con gente
adulta, el hombre inteligente
comienza por un niño".

Goethe

"Buena conducta"



(Sin palabras)

TERAPEUTICA NO FARMACOLOGICA

Técnicas en el manejo del comportamiento del niño (Modelamiento del comportamiento al medio odontológico). (8)

La adaptación del comportamiento es el procedimiento en el que lentamente éste se desarrolla, mediante el auxilio de sucesivas aproximaciones hasta el modelo final deseado.

Por medio de simples técnicas se le enseña al niño paso por paso lo que se espera de él dentro del consultorio odontológico, evitando además su aprensión.

Estos métodos se deberán utilizar en niños que presentan una suficiente cooperación que permite comunicarse con ellos. (Comportamiento activo y positivo: Espontaneidad, iniciativa, exigiendo o pidiendo una respuesta).

Estas técnicas son las siguientes:

Comunicación.

Al hablar con niños, las palabras que se usan son muy importantes: por ejemplo: no se deberá preguntar "¿quieres que te limpie los dientes?", ya que le estamos dando la oportunidad al niño de que nos conteste negativamente, es mejor formular la pregunta directamente: "¿quieres que use la pasta sabor limón o fresa?", el niño puede escoger pero, el procedimiento debe efectuarse y sin ponerse en duda.

El dejar que el niño escoja le da una sensación de control de la situación.

Otra cosa importante es la distracción en donde al trabajar el Odontólogo le narra al niño alguna historia o cuento para que el niño no piense en la situación odontológica en la que se encuentra además de sentir cierta seguridad.

Al niño se le deberá explicar en un lenguaje que éste entienda lo que se le va a hacer.

Desde el punto de vista odontológico, cada niño tiene un ritmo y patrón físico diferente, pudiendo variar su comportamiento de un día para otro.

La actitud del niño hacia los médicos y la calidad de su relación y no la cantidad de procedimientos médicos u odontológicos previos, es lo que influye la cooperación odontológica inicial del niño (es importante el dolor debido a las experiencias previas).

La adoctrinación a la Odontología se inicia explicando a los padres el tratamiento a seguir después de un examen oral, presentar plan de tratamiento a corto plazo, honorarios, número de citas y pronóstico a corto plazo.

Comunicación y silencio.

1.- La actividad odontológica debe ser unilateral con sólo la respuesta mínima del paciente.

2.- Nos podemos comunicar con nuestros sentidos y responder diferentemente a cada paciente dependiendo de su propia personalidad y estilo (gestos y movimientos).

¿Qué es la comunicación? La comunicación significa darse a entender, o emplear expresiones que signifiquen lo mismo para uno que para la persona a quien queremos transmitir el mensaje. (7)

La comunicación es un medio de preparar al niño a su tratamiento odontológico que debe ser multisensorial y que comprenderá al Odontólogo, tono de voz y selección del lenguaje, el personal auxiliar, actitud física y niño que entienda acepte y coopere.

Mensajes de la comunicación.

1) Mensajero: que explique su mensaje en forma clara y congruente y definiendo su objeto y así lograr el entendimiento.

2) Receptor: es quién percibe la señal.

Persuasión.

Para persuadir a un niño a que acepte lo que tratamos de explicar deberemos hablar d-e-s-p-a-c-i-o y cuantas veces sea necesario hasta que éste comprenda. (8)

Modelación.

El Odontólogo deberá mostrar al paciente niño lo que se le va a hacer para lo cual utilizará a sus asistentes para que éste comprenda el procedimiento a seguir.

El paciente observador limita el comportamiento de un modelo al estar en una situación similar.

El modelo puede estar presente (en vivo) o filmado obteniéndose los mismos resultados satisfactorios.

Las películas son de gran ayuda ya que el niño aprende patrones de conducta por observación.

La modelación es muy importante ya que el Odontólogo será el "transmisor", el consultorio el "medio" y el niño el "receptor".

La más importante modelación es la que refleja el Odontólogo con todo su equipo de trabajo (repcionista y asistentes).

Si el niño es muy pequeño, se accionará la pieza de alta lejos de su boquita para que él con sus manos pueda tocarla y sentir su vibración, evitando con ésto la asociación "ruido-vibración-dolor" y por lo tanto un inadecuado comportamiento.

Con ésto se logran dos cosas; que el niño comprenda la asociación entre estímulo-respuesta y que el Odontólogo complete favorablemente su tratamiento obteniendo ambos una satisfactoria experiencia. (3)

Estos procedimientos cumplen varios propósitos:

a) Adquirir un nuevo comportamiento.

b) Facilitar un modo de comportamiento más apropiado ya existente en el repertorio.

c) Desinhibir al niño del comportamiento que ha evitado por temor.

d) Extinguir su miedo asociado con el estímulo.

Orden de procedimientos durante la modelación. (8)'

1.- Obtener la atención del paciente.

2.- Modelar el comportamiento deseado.

3.- Cuando se espera que el paciente tenga comportamiento modelado será necesario guiarlo físicamente.

4.- Reforzar el comportamiento guiado o no guiado.

5.- Reforzar el comportamiento apropiado sin previa modelación.

Respuestas a la modelación.- Cardíaca, temperatura de manos y temperatura facial.

Teoría del reforzamiento. (3)

Las investigaciones clínicas demuestran que el reforzar inmediatamente al niño después de una buena acción es más efectivo que demoradas recompensas en el acondicionamiento o manejo para un mejor comportamiento de éste.

Mientras más rápido sea dado el premio, será mejor la asociación entre "estímulo" (buen comportamiento) y la "respuesta" (aprobación verbal).

El comportamiento deseado será, por lo tanto, aprendido más rápidamente.

Los refuerzos serán característicos de la personalidad del Odontólogo y de la edad del niño; pero si se exageran las manifestaciones de afecto, la situación se volverá difícil tanto como para el paciente como para el Odontólogo; si no se dan muestras de afecto, la situación será mucho peor.

En ambos casos, lo mejor es la naturalidad.

Es necesario que el Odontólogo hable constantemente a su paciente para reforzar la situación.

La asistente, si el Niño lo desea, le puede tomar la mano.

Al paciente se le deberá premiar (reforzar) frente a otros niños.

Reforzadores.

a) Materiales: Globos, lápices de colores, estrellas, diplomas, etc.

b) Sociales: Expresiones de contacto físico; palmaditas, besos, usar frases como estas: "Muy bien", "Gracias por ayudarme", "Que lindo", etc.

c) De actividad: Llevarlo a pasear, ir a dormir a casa de sus amiguitos, permitirle "acampar en el jardín", dejarle ver algún programa de televisión que termine tarde, etc.

Todo lo anterior apoyado con sonrisas.

En Odontología los reforzadores sociales son los que dan mejor resultado por lo que no podrán omitirse en el manejo del paciente con ansiedad.

NOTA:

No se le debe permitir al chico abandonar el consultorio, dejarle hacer berrinches, evadir la infiltración del anestésico, ó sea controlar el comportamiento rebelde.

Desensibilización (desensitización).(8)

Técnica considerada por los terapeutas de la conducta como un medio favorable para poder reducir la ansiedad del Niño, así como el de un comportamiento inadecuado, temor intenso, fobia hacia el tratamiento odontológico que, como consecuencia, tratarán por todos los medios de eludir, no prestando una cooperación adecuada y provocando una situación que influirá sobre la salud tanto física como psicológica.

La metodología de la presente técnica está basada en motivar una respuesta en presencia de estímulos que provocan miedo, en adición a un procedimiento de imitación social ó modelaje.

La desensitización es un método para disminuir la ansiedad sugiriendo una respuesta adaptiva emocional (Relajación por medio de respiración profunda) por una respuesta inapropiada (Ansiedad).

Se le indica y sugiere al paciente (aprovechando la gran imaginación de los niños) un estado profundo de relajamiento muscular por medio de escenas imaginarias relevantes a sus temores.

Este procedimiento reduce la respuesta de ansiedad de situaciones similares a la vida real (Ejemplo: Parto psicoprofiláctico)

Control de voz. (3)

Para complacer al niño cualquier pretexto es bueno (con tal de lograr nuestros objetivos de control de comportamiento).

Si el niño se encuentra lloriqueando pero tratando de controlarse inmediatamente se le premiará diciendo por ejemplo: "Muy bien te estás portando muy bien", pero si el niño se empieza a comportar inadecuadamente, el Odontólogo mediante el control de su voz puede suprimir estas actividades diciendo en tono firme y fuerte: "No hagas eso" (por ejemplo) cambiando cuantas veces sea necesario los matices de su voz; sin olvidar que los niños se esfuerzan por obtener premios.

Narcisismo corpóreo. (3)

Esta es una sensación en contra de los instrumentos odontológicos.

Se usa la externalización o sea por medio de la distracción intentar llevar al niño fuera del estado narcisista y dirigirlo a la situación externa o distraerlo.

Audio analgesia. (3)

La audio analgesia es por medio de la emisión de sonidos musicales placenteros con audífonos para el paciente a quien se le deja escoger la música.

Esta técnica se discontinuó en 1959.

Pero si se quiere hacer un intento existe un disco Long Play de "Capitol" (14. 85 U.S. Dlls.) y que se puede obtener en:

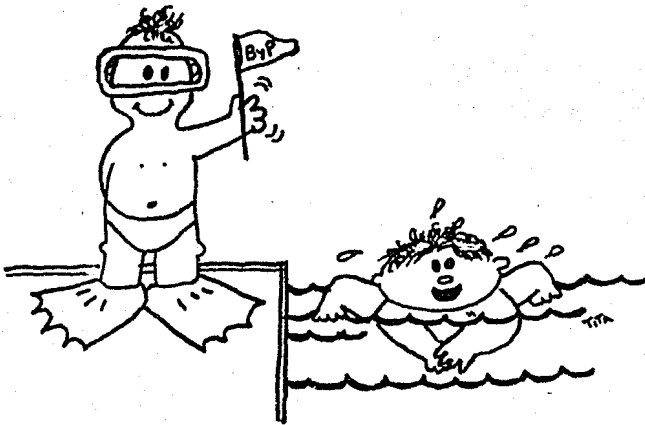
"Relaxación Inc.", P.O. Box 543, Saddle Brook, New Jersey, U.S.A.

(Cortesía del Dr. Antonio Morgan S.
Ortodoncista UNAM).

Imaginación emotiva (3)

Esta es una técnica de imagen visual que consiste en aprovechar las imaginaciones y fantasías de los niños para eliminar un comportamiento fóbico.

(Ejemplo: Niño en Acapulco)



(*)

Control rígido. (3)

- a) Aprender a usar la autoridad y emplear voz firme, pero agradable.
- b) Flexibilidad del niño al que se le puede permitir que tenga cierto control de sí mismo incluyendo cierto grado de actividad corpórea.

Teoría Children's. (3)

- 1.- Reconocer la experiencia por la que está pasando el niño identificándose con sus sentimientos.
- 2.- Sugerirle de manera más firme de convencimiento, dándole en fantasía lo que no podemos darle en realidad.
- 3.- Alentar y premiar sus esfuerzos para que el niño adquiriera opiniones que al Odontólogo le interesan.

Tríada odontopediátrica. (8)

(técnica de "Decir, enseñar, hacer")

Se le explica al niño lo que se le va a hacer, se le enseñan los instrumentos y los medios de ejecución del procedimiento y por último se ejecuta dicho procedimiento, útil en la moderación del comportamiento del niño con miedo.

Algunas veces es necesario usar alguna forma de condicionamiento aversivo (castigo) en combinación con los métodos anteriores si el niño da una respuesta indeseable intencional o no, ya sea bajar su mano, que levantó para interferir con el tratamiento del Odontólogo o taparse la boca con la mano en forma de restricción.

Los métodos serán utilizados según la severidad del caso, las razones o motivos que lleven al niño a tomar esa actitud y la naturaleza del comportamiento que el niño expresa.

A mayor educación de la madre, mejor comportamiento del niño. Madre ansiosa condiciona niño ansioso.

Difusión estructurada. (3)

Se proveerá una estructura para que el paciente sepa a donde conduce su tratamiento.

Prepararlo para sensaciones inesperadas (anestesia).

Soporte.

Entender los sentimientos del otro sin que el Odontólogo pierda su propio objetivo, apoyando las reacciones emocionales y necesidades del niño ante la situación, sin ridiculizarlo ni castigarlo.

La manera de obtener una relación adecuada depende de la persona que lo introduzca.

Las siguientes técnicas no se pueden aplicar a los niños delante de sus padres a quienes, sin embargo, se les debe de poner en antecedentes con respecto a la existencia de éstas.

Técnica "Home".(*) (8)

Este es un procedimiento en el cual el Odontólogo coloca en su mano una toalla (ó sin ella) poniéndola sobre la boca del Niño, firme y gentilmente para parar el ruido del llanto y obtener una cooperación, al parar el ruido se remueve la mano y se reevalúa al paciente; si el problema persiste se coloca la mano sobre la boca y la nariz por algunos segundos (pero sin impedir la respiración) y se vuelve a pedir cooperación, repitiendo el procedimiento cuantas veces sea necesario.

Explicación de los resultados positivos del "control rírido" sobre el Niño (Técnica "Home" y "Técnica de mano sobre boca"):

Los gritos de un niño incrementan su estado de histeria, pero si su boca es mantenida cerrada ó tapada, el ruido será muy leve y tendrá mayor oportunidad de empezar a razonar. (Dr. Mario Tobias estomatopediatra. Ciclo de Conferencias y Mesas Clínicas en Odontopediatría. 13/VII/84. UNITEC)

(*)

Técnica de mano sobre boca . (8)

Con el paso de los años, esta técnica ha tenido varios nombres:

Los Drs. Wright y Feasby en 1972 la llamaron "Disciplina de restricción"

El Dr. Kramer en 1973 la refirió como "Aversión" porque se usa para impedir un comportamiento indeseable.

Recientemente el Dr. Levitas en 1974 la ha llamado "Ejercicio sobre boca"; cuya técnica es un método recomendable en el manejo del comportamiento de niños con conducta incontrolable y que está indicada en el paciente odontopédiátrico que no conoce las reglas determinadas de un consultorio y lo que se espera de él (buena conducta y cooperación).

Con este tipo de pacientes la comunicación es casi imposible.

Si un niño se encuentra en estado de agitación, presenta un grado de peligro y hasta puede llegar a hacerse daño.

Controlarlo podría requerir de sedación o tal vez de anestesia general.

El condicionamiento aversivo por medio del "Ejercicio de mano sobre boca" ofrece una alternativa ya que es el método no farmacológico de último recurso que se usará en un niño de inteligencia normal mayor de 3 años y hasta los 6 años de edad. (ya que de ser menores estarán en una etapa de precooperación. : Dr. Finn).

Esta técnica se deberá explicar previamente a los padres; ya que se podrían presentar problemas legales.

Como comentó el Dr. Creigh en 1972 " Cuando se tiene el consentimiento, la objeción por parte de los padres no debe preocuparnos."

El Dr. Finn en 1957 citó que, antes de usar el ejercicio "Mano sobre boca", se deben agotar todos aquellos métodos para establecer comunicación con el niño y sólo cuando han fracasado y la conducta del niño sigue siendo in-

controlable, se deberá usar esta técnica.

El Odontólogo para lograr un verdadero control de la situación deberá antes que nada controlar sus propias emociones ante los gritos y patadas del paciente niño.

No debe mostrar enojo ó molestia alguna frente al niño (Dr. Finn 1957 y Dr. Mc Donald 1969).

El acercamiento se realizará sin emoción alguna ya que los niños perciben el humor de los mayores.

Técnica.

Se coloca la mano sobre la boca del niño para amortiguar el ruido. El Odontólogo acerca su cara a la del Niño y le habla lenta y monotonamente directamente al oído diciendo algo como lo siguiente: "Si quieres que quite mi mano, debes dejar de gritar y llorar y escucharme. Sólo quiero hablar contigo y ver tus dientes".

Después de unos segundos se repite de nuevo lo dicho anteriormente y se agrega: "¿Estas listo para que quite mi mano de tu boca?" casi invariablemente el niño mueve la cabeza en señal afirmativa. Finalmente la mano es retirada.

Al quitar la mano, puede haber una súplica en forma de gritos por parte del Niño pidiendo que venga su Mamá. Inmediatamente la mano es vuelta a colocar sobre su boca.

La advertencia de dejar de gritar se repite y además; "¿Quieres que venga tu Mamá?" de nuevo el niño asiente con la cabeza y la mano se retira lentamente.

La asistente debe estar cerca para ayudar en lo que sea (generalmente sostiene brazos y piernas para evitar que alguien salga lastimado).

Por medio de restringir al niño podemos hacerle ver que con esa conducta y reacciones indeseables no va a ganar nada. (Dr. Levitas, 1974)

Cuando un niño se está calmando, el Odontólogo debe hablarle sobre cualquier cosa, por ejemplo, "¿A que equipo le vas?" etc., pero sin ninguna referencia a lo ocurrido antes.

Si el Niño intenta volver a hacer lo mismo, con sólo recordarle que la mano puede ser puesta sobre su boca es suficiente para que no lo haga.

El control de voz y su tono son imprecindibles en la efectividad y éxito de este método junto con la actitud de la asistente que debe saber perfectamente su papel.

El paciente niño no puede volverse dueño de la situación si el Odontólogo sabe su posición y tiene experiencia.

La mano puede cubrir la boca ligeramente y evitar la salida del ruido, sin restricción de respirar.

Una vez obtenida la cooperación por este método deben darse premios (refuerzos) verbales y sobre todo si el Niño controla sus ansiedades y coopera satisfactoriamente en el ambiente odontológico. (Dr. Javier Estefan C. Ciclo de Conferencias y Mesas Clínicas en Odontopediatría. Universidad Tecnológica de México. 13/VII/84).

Contraindicaciones:

Esta técnica está contraindicada en los pacientes con síndromes neurológicos; entre los más frecuentes figuran:

- a) Epilepsia esencial.
- b) Epilepsia jacksoniana.
- c) Parkinsonismo.
- d) Coreas diversas (de Sindhenam y Huntingdon).

En estas afecciones hay lesión nerviosa central y alteración motora, sin menoscabo de la función intelectual. (Composia de la Dra. C rafina de Palma D. Padiatra. Universidad de Barcelona).

C A P I T U L O V I

TERAPEUTICA FARMACOLOGICA

Selección de la premedicación.
Responsabilidad del Odontólogo.

PSICOSEDACION:

- a) Hidroxicina.
- b) Diazepam.
- c) Fenobarbital.
- d) Haloperidol.
- e) Hidrato de cloral.
- f) Oxido nitroso.

ANESTESIA GENERAL EN ODONTOPEDIATRIA

Medicación preanestésica.

Indicaciones para anestesia general.

Preparación de los niños pacientes externos para anestesia general.

Evaluación y preparación del paciente.

Aspecto psicológico.

Preparación para la hospitalización.

Preparación de los Padres a la anestesia general y a la hospitalización.

Preparación del Niño a la anestesia general y a la hospitalización.

Relaciones familiares.

Preparación psicológica del Niño

Posición del niño ante la experiencia hospitalaria (por edades).



En 1895 la Dra. Mc Elroy escribió:
"Aún cuando la operatoria dental sea perfecta, el tratamiento odontológico será un fracaso si el Niño se va llorando".

TERAPEUTICA FARMACOLOGICA

El tratamiento de un paciente angustiado y emocionalmente perturbado puede constituir uno de los mayores problemas a los que se enfrenta el Odontólogo y más en la práctica con niños. (8)

El empleo prudente de la premedicación puede ser una ayuda valiosa en estos casos, pero pensando en ésta no como sustituto farmacoterapéutico para lograr el acercamiento fundamental en el manejo del comportamiento, sino más bien como auxiliar útil a los Odontólogos para un tratamiento adecuado de los niños difíciles.

Es imprudente el uso de la premedicación para tratar problemas de comportamiento si no se ha llevado antes a cabo el manejo psicológico de la ansiedad. (5)

En cada paciente en particular la resistencia a la tensión es diferente y si el Odontólogo no logra conquistar la confianza del niño que, por ejemplo, se resiste a la infiltración del anestésico local, entonces es preciso reforzar su acción con un medicamento que tenga un efecto calmante sobre el sistema nervioso central.

Sin embargo nunca se administrará un narcótico a todo niño que sólo necesite operatoria corta y sencilla, en contraste con los tratamientos prolongados en donde se debe evitar al paciente la tensión provocada y en los cuales sí es necesario hacerlo.

En los casos de cirugía es necesaria la premedicación previa a la anestesia local. (4)

En la premedicación los propósitos más importantes son:

- a) Disminuir la ansiedad o el miedo.
- b) Elevar el umbral del dolor.

Es imprescindible que el Odontólogo esté familiarizado con la anatomía y fisiología básica del sistema nervioso central así como también con los principios de la farmacología para que pueda elegir la droga que producirá los resultados específicos y más seguros para cada paciente en particular.

Los medicamentos actúan en el sistema nervioso central.

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

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

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

El cerebro tiene como característica fisiológica su necesidad constante de oxígeno y la interrupción en su abastecimiento va seguida de inconsciencia.

Si la anoxia persiste por algunos minutos las lesiones que se producen en el sistema nervioso central son irreversibles. (4) (5)

Selección de la premedicación (2)

Depende de la conducta infantil. A los niños se les debe clasificar de la siguiente manera:

- 1) Niños que necesitan premedicación.
- 2) Niños que necesitan premedicación de control.

Los niños que necesitan premedicación exhiben varias formas de conducta: son en potencia cooperativos o semicooperativos para los tratamientos odontológicos.

Ejemplo: Niño tímido; coopera en el caso de toma de radiografías, profilaxis, etc., más no ante la presencia de la jeringa anestésica.

A los Niños tímidos se les puede controlar con la adecuada medicación para obtener cooperación de su parte, por lo que se podrá requerir cierta medicación preventiva, la que se dará al niño previa a la cita.

Con respecto a los Niños que necesitan premedicación de control se puede decir que como no dominan su conducta en el consultorio odontológico (por su corta edad, por falta de comunicación Padres-Niño-Odontólogo, retraso mental, trastornos emocionales, etc.) son candidatos forzosos para la premedicación hospitalaria.

Responsabilidad del Odontólogo (8)(2):

La selección de la medicación, dosis, efectos farmacológicos de la administración, indicaciones y contraindicaciones, serán de la exclusiva responsabilidad del Odontólogo.

El Odontólogo además es responsable del Niño no sólo dentro del consultorio sino hasta que esté completo todo el tratamiento, del que deberá informar a los Padres con respecto a la medicación que se usa y de sus efectos sobre el paciente niño.

PSICOSEDACION

Como ejemplos de psicosedación útiles en odontopediatría pueden citarse los siguientes:

a) Hidroxicina (6)

Nombre comercial: "ATARAX" (Riker S.A. de C.V.)

Jarabe.

Cada 100 ml contienen:

Clorhidrato de hidroxicina 0.200 g

Indicaciones: Nerviosismo, intranquilidad, ansiedad y estados de angustia.

Acción: Tranquilizante y sedativa.

La hidroxicina no induce un verdadero sueño, por lo que constituye una ventaja en odontopediatría.

Reacciones secundarias: No se han reportado reacciones secundarias, sólo estados prolongados de somnolencia.

Dosis: 1 ó 2 cucharaditas al día.

Para su administración debemos considerar peso, estado físico y emocional. No debe observarse gripe, congestión nasal o faringitis.

Nota: El "ATARAX" se podrá asociar con "VALIUM"

b) Diazepam (6)

Nombre comercial: "VIDALEN" (Allen Laboratorios S.A.)

Tabletas.

Cada tableta contiene:

Diazepam 2 mg

Excipiente, c.b.p. Una tableta.

Indicaciones: Ansiedad, excitación nerviosa, irritabilidad exagerada, hiperactividad e hipercinesia.

Acción: Tranquilizante y ansiolítica

Reacciones secundarias: Somnolencia y mareo.

Dosis: 1/2 a 1 tableta.

Nota: No debe administrarse a pacientes menores de 6 años o con patología cardiovascular o que han sufrido procesos mentales subnormales no controlados.

Nombre comercial: "VALIUM" (Productos Roche S.A. de C.V.)

Comprimidos.

Cada comprimido contiene:

Diazepam 2 mg

Excipiente, c.b.p. Un comprimido.

Indicaciones: Ansiedad, excitación nerviosa, irritabilidad exagerada, hiperactividad e hipercinesia.

Acción: Ansiolítica y sedante.

Reacciones secundarias: Somnolencia y mareo.

Dosis: 1/2 a 1 comprimido.

Nota: No debe administrarse a pacientes menores de 6 años o con patología cardiovascular o que han sufrido procesos mentales subnormales no controlados.

c) Fenobarbital (6)

Nombre comercial: "DONNATAL * PEDIATRICO" (A.H. Robins de México, S.A.)

Elixir.

Cada ml contiene:

Sulfato de hiosciamina 0.05 mg

Fenobarbital 6.00 mg

Vehículo, c.b.p. 1 ml

Indicaciones: Intranquilidad.

Acción: Sedante.

Reacciones secundarias: En algunos pacientes hipersensibles visión borrosa.

Dosis: 2 gotas por kilogramo de peso corporal.

Nombre comercial: "SEDILIN" (Terapia infantil, S.A.)

Comprimidos.

Cada comprimido contiene:

Fenobarbital 0.01 g

Excipiente, c.b.p. 1 comprimido.

Indicaciones: Ansiedad.

Acción: Neurosedante.

Reacciones secundarias: Somnolencia. En personas alérgicas al fenobarbital puede dar lugar a lesiones hepáticas.

Dosis: 1 comprimido (en niños mayores de 3 años y no mayores de 10).

d) Haloperidol. (6)

Nombre comercial: "HALDOL" (Janssen Farmacéutica, S.A. de C.V.)

Gotas.

Cada ml. contiene:

4-(4-hidroxi-4'-cloro-4-fenilpiperidina)-4'-fluoro
butirofenona 2 mg

Vehículo, c.b.p. 1 ml

Indicaciones: Ansiedad.

Acción: Antipsicótica.

Reacciones secundarias: Distonia de torsión.

Dosis: 2-4 gotas diarias.

e) Hidrato de cloral (6)

Nombre comercial: "NOCTEC" (Laboratorios Squibb S.A.)

Cápsulas.

Cada cápsula contiene:

Hidrato de cloral 2 g.

Excipiente, c.b.p. Una cápsula.

Indicaciones: Ansiedad e hipercinosis.

Acción: Ansiolítica

Reacciones secundarias: Irritación gástrica, náusea y vómito.

Dosis: Como a un niño pequeño es casi imposible hacerle deglutir la cápsula, se procedera como sigue: abrir la cápsula y agregar su contenido a 4 cucharaditas de jarabe, cada cucharadita de esta solución contendrá 500 mg. Las dosis se ajustan a la edad y peso del niño desde 500 mg (una cucharada) a los 2 años hasta 1500 mg (tres cucharadas) a los 8 años de edad.

Nota: El hidrato de cloral se empleará como co-medicación para la aplicación del óxido nitroso.

f) Oxido nitroso con oxígeno. (9)(10).

El óxido nitroso es un agente psicosedativo que no irrita las mucosas del árbol tráqueo bronquial.

Su acción en la corriente sanguínea es solamente física y no se combina con los tejidos.

Se requiere una concentración de 30 a 50% con oxígeno para producir un grado satisfactorio de psicosedación.

Indicaciones:

a) Intervenciones muy breves que no requieran hipoalgesia más allá del plano quirúrgico superficial.

b) Niños con disturbios emocionales.

Contraindicaciones:

Para niños muy pequeños que respiran contra la presión del mecanismo y cuando es riesgoso el creciente espacio muerto.

Ventajas:

a) Rápida inducción.

b) No es irritante.

c) No es emético.

d) Agradable vía de administración por medio de mascarillas.

Desventajas:

- a) No produce relajamiento muscular.

- b) Posible aplasia de la médula ósea y agranulocitosis fatal por administración prolongada.

- c) Cambio en la mecánica del oído medio (debida a la diferencia en solubilidad del óxido nítrico y nitrógeno que produce cambios de presión) que ha contribuido a la pérdida del oído después de la operación.

Historia de la psicosedación con óxido nitroso en Odontología (9).

El descubrimiento, hecho por Horace Wells, de la aplicación práctica del óxido nitroso (psicosedación inhalatoria) data de 1844.

Horace Wells era un dentista sensible y compasivo. Los sufrimientos que provocaba con cada extracción lo afligían profundamente y, como las extracciones eran las operaciones que con más frecuencia se realizaban entonces, su único pensamiento era cómo podría descubrir algún medio para prevenir el dolor tan terrible que acompañaba esta operación.

En Diciembre de 1844 Wells asiste a una reunión convocada por el Prof. Colton, un químico, que quería mostrar por diversión y entretenimiento de los presentes, los efectos de un gas (óxido nitroso).

En efecto, los que inhalaban este gas estallaban en carcajadas y su risa era incontrolable por lo que se le denominó "Gas hilarante".

Wells inhaló también el gas y "su comportamiento fue todo un espectáculo" según comentario de su propia esposa.

Lo anterior cristalizó en una idea decisiva: La psicosedación.

Posteriormente, Wells se dedica a la experimentación y, en Enero de 1845 organiza para los estudiantes de la Universidad de Harvard una demostración de psicosedación con óxido nitroso para extraer una muela.

Posterior a esto, en 1886, Andrews fue el primero en sugerir y usar el óxido nitroso con oxígeno.

ANESTESIA GENERAL EN ODONTOPEDIATRIA

El Odontólogo de la práctica general que en un momento dado trabaja con niños deberá tener un conocimiento básico acerca de la anestesia general, ya que se podría presentar el caso de requerir para determinada intervención el uso de ésta. (8)

Para la administración de la anestesia general se debe contar con una historia clínica medica y dental completa y bien detallada que valorarán el médico general, el anestesista y el Odontólogo.

La anestesia general, aunque puede administrarse en el consultorio odontológico si se cuenta con el equipo necesario y la colaboración de un anestesiólogo altamente calificado, es preferible hacerla en un hospital. (10)

El Odontólogo debe estar capacitado para trabajar en equipo, para así poder interpretar los signos y manejar al paciente bajo anestesia general.

El objetivo del manejo anestésico es proporcionar un plano quirúrgico de anestesia para llevar a cabo todos los tratamientos necesarios con un mínimo de trastornos fisiológicos o emocionales.

Por ésto los niños con alteraciones sistemáticas graves o con alergia a los anestésicos locales, deben ser tratados bajo anestesia general al igual que los niños con problemas de comportamiento.

Los niños físicamente normales y cooperativos, es preferible que no sean sometidos a anestesia general por los riesgos que ésta representa. (2)

Medicación preanestésica (4)

La medicación preanestésica desempeña un papel mucho mayor en anestesia para niños que para adultos. A continuación presento algunas razones:

- 1) El niño necesita y debe tener suficiente sedante para alejar el temor y la ansiedad.
- 2) Por la naturaleza de la intervención y el tipo de anestesia general usada, la premedicación anestésica es con frecuencia la mitad de la anestesia.

El éxito de muchas técnicas anestésicas para niños se basa en la eficacia del sedante.

- 3) La acción cardíaca reflejada en el pulso, la presión arterial y la velocidad y profundidad respiratoria son relativamente lábiles en los niños y fácilmente influenciados por los reflejos de estímulos quirúrgicos u otros.

Por lo tanto es importante que el sedante no sea administrado con negligencia en los niños y que el Odontólogo y el Médico conozcan las drogas comúnmente usadas, su acción y peligros en pediatría.

Agentes anestésicos:

Entre los agentes para anestesia general, el anestesista elige aquel que le es más conocido en su experiencia y más adecuado a las condiciones del paciente niño, como pueden ser el "Ketalar" (Ketamina) ó el "Epontol" (anestésico intravenoso de corta duración), etc.

Indicaciones para anestesia general:

- 1) Niño no cooperativo que se resiste al tratamiento a pesar de haberse intentado con él todos los procedimientos de manejo de comportamiento comunes.
- 2) Niño con trastornos de la hemostasia que requiere tratamiento odontológico extenso.
- 3) Niño con retraso mental cuyo impedimento dificulte toda comunicación entre él y el Odontólogo.
- 4) Niño afectado de trastornos del sistema nervioso central que se manifiesten por movimientos involuntarios severos.
- 5) Niño con cardiopatía congénita considerado incapaz de tolerar la excitación y cansancio propios de tratamientos odontológicos prolongados.
- 6) Niño menor de 3 años con "Síndrome de mamila" (Ver Cap. III).(8)

Preparación de los niños pacientes externos para anestesia general

En principio no hay diferencia entre la preparación para la anestesia de niños pacientes externos y de los hospitalizados.

Sin embargo el grado de preparación médica dependerá en gran parte del tipo de intervención que se realiza en el consultorio y los resultados de la historia clínica y el examen físico.

Cualquier intervención odontológica que no sea mínima, para la cual se administre la anestesia general, será cuidadosamente estudiada y aprobada por el médico. Excepto en circunstancias especiales tales procedimientos se ejecutan con más seguridad en el hospital que en el consultorio, especialmente si hay problema médico. (4)

Evaluación y preparación del paciente. (2)

El niño, organismo en desarrollo, es fisiológicamente más lábil, soporta mal los traumatismos, adquiere con facilidad infecciones, cae con frecuencia en desequilibrios electrolíticos, etc., que son factores observados muchas veces en pacientes quirúrgicos.

De aquí la importancia que tiene en anestesiología pediátrica la evaluación y preparación del paciente, con objeto de ponerlo en condiciones óptimas o de mayor resistencia respecto a la agresión anestésico-quirúrgica.

Dos factores deben tomarse principalmente en consideración: el psicológico y el físico:

Aspecto psicológico.

Este es un aspecto de vital importancia al que no se le ha tomado en cuenta como debiera.

Sabemos que cualquier intervención por pequeña que sea, puede lesionar al niño psicológicamente si no se encuentra la suficientemente preparado para sufrir esta experiencia.

Debe ser preocupación del Odontólogo disminuir el temor y aprensión del paciente para conservar su estabilidad mental.

Los niños en edad preescolar ofrecen mayor dificultad porque su cooperación es difícil de obtener ya que son más dependientes de sus padres y tienen pocas relaciones amistosas fuera del hogar.

También es cierto que la hospitalización constituye en muchos casos uno de los actos más traumáticos de la intervención, antes de la edad del raciocinio, el niño no alcanza a comprender por qué lo han separado de sus padres.

Una buena preparación psicológica se puede lograr con una correcta orientación de los padres por parte del Odontólogo.

Los niños tienen muchas fantasías y temores respecto a todas las experiencias y eso cobra más importancia ante una situación tan tensa como lo es la hospitalización.

Fundamentalmente los niños tienen cuatro temores básicos:

a) Temor al castigo. Tanto los padres como el propio niño pueden tener sentimientos de culpa respecto a la hospitalización.

b) Temor al abandono. El niño lo sentirá al ser separado de sus padres y ambiente familiar y quedar al cuidado de extraños.

c) Temor al dolor. El niño tendrá miedo a los procedimientos dolorosos necesarios durante la estancia en el hospital.

d) Temor a lo desconocido. Debido a su gran fantasía, los niños muestran este temor más intensamente.

El Odontólogo deberá conocer los problemas o hábitos del paciente tales como su forma de comunicación con padres o familia, conducta en la escuela o en la casa, capacidad de desenvolverse solo con sus compañeritos o hermanos, gustos, disgustos, etc.

Preparación para la hospitalización. (4)

El Odontólogo puede y debe ayudar a los padres y al niño explicándoles los procedimientos que habrán de realizarse creando un clima de armonía para ganarse la confianza de éstos.

El aspecto esencial de la preparación es aquél por el cual el niño confía en la persona que le explica los acontecimientos, ésta confianza no debe ser destruida por una mala información.

Preparación de los Padres a la anestesia general y a la hospitalización. La ansiedad de la separación es comprensiblemente mayor en los niños.

El niño posee una escasa experiencia acerca de los hospitales, olores extraños (medicinas), camas grandes (diferentes a la suya), y a ver desfilar

a muchas personas vestidas de blanco (médicos, enfermeras, etc) quienes debido a su entrenamiento técnico pierdan quizás sus actitudes humanitarias; y todo esto ante un niño pequeño aumenta su ansiedad ya que no sabe ciertamente lo que le puede pasar.

Preparación del niño a la anestesia general y a la hospitalización.

Cada niño que ingresa a un hospital es un individuo con personalidad propia basada en factores constitucionales inherentes y a experiencias vitales, pero también es parte importante de una familia, de una escuela, y de una sociedad.

Todas las cosas que le ocurren al niño producirán un impacto en él.

El niño puede percatarse de lo que no representa mayor importancia para la gente mayor y que para él sin embargo son importantísimas (que en el hospital lo lastiman con tantas medicinas, que lo dejan solo sin darle mayor explicación, y que se encuentre perdido en un mar de enfermeras, olores, inyecciones y dudas).

Por lo tanto, los mismos padres bien orientados por el Odontólogo deben informar al niño lo que significa su presencia en el hospital, y que ellos mismos traten de no transmitirle su miedo, sin olvidar que el Odontólogo ejerce un papel muy importante a la hora de aliviar las angustias y temores del niño ante la operación y ante el hecho de como lo va a hacer dormir. (2)

Relaciones familiares. (4)

Son cada vez más frecuentes los matrimonios que se deshacen, los cambios constantes de hogar y la carencia de relaciones constantes.

Cada niño lleva consigo al hospital las sensaciones de confianza o desconfianza que ha adquirido a través de las relaciones con sus padres y entre ellos mismos, y en menor grado con sus hermanos.

Vivimos en una sociedad en que existen muchas familias emocionalmente empobrecidas en las que es bastante común la existencia de niños maltratados. (13)

Preparación psicológica del niño. (5)

El niño aprensivo requerirá invariablemente más sedante.

Es prudente observar con cuidado la aprensión de los padres ya que frecuentemente le transmiten su ansiedad al niño aunque éste pueda parecer sereno.

Los problemas de conducta a veces constituyen un gran obstáculo para el Odontólogo.

En la mayoría de las situaciones se logrará un paciente dócil mediante un contacto firme pero comprensivo junto con un sedante moderado.

Posición del Niño ante la experiencia hospitalaria. (por edades).

El bebé es considerado como un individuo insensible que no experimenta la separación momentánea de sus Padres, y por lo tanto se pueden ejercer en él los procedimientos hospitalarios o anestésicos sin ningún tipo de preparación siempre y cuando este Bebé no sea mayor de 2 años.

El Niño preescolar se encuentra en un estado de desarrollo de su egocentrismo, en el que relaciona todo lo que sucede a su alrededor consigo mismo.

Los niños razonan a esta edad según sus propias ideas preconcebidas y muestran una lógica muy diferente a la de los adultos, de ahí que relacionan se mala salud como consecuencia a algo malo que han hecho y piensan que una operación es un castigo que se han merecido.

El niño escolar se percata algo más de los acontecimientos que tienen lugar a su alrededor y trata de dar sentido a sus observaciones respecto a lo que ha sucedido y sucederá.

Son niños que hacen muchas preguntas a las que hay que responder apropiadamente además de que se les tratará como personas sensatas.

CONCLUSIONES

- I Debemos tener presente que el niño es una especie de película virgen, impresionable, dispuesto a aprender, una mina de preguntas y curiosidades siempre en continuo movimiento e inquietud.
- II El Odontólogo debe de estar listo para aprender motivación, desarrollo emocional, conocer el lenguaje y crecimiento psicológico de los niños con adquisición de información, habilidades e intereses emocionales.
- Es también quién no sólo puede resolver sus dificultades inmediatas sino quién además tiene la posibilidad de hacerle entender y aceptar la Odontología.
- III Deben conocer los principios elementales de la psicología infantil tanto Padres como profesionales de la salud (médicos u Odontólogos) y educadores o maestros. Si el Odontólogo sigue estos principios, logrará la confianza del niño desde la primera cita, que es la más importante, ya que le dejará una impresión determinada y perdurable.
- IV Ejercer Odontología para niños sin evaluar a los Padres, sin la participación de la Madre y sin la confianza del niño sólo puede conducir al fracaso.
- A los niños no se les debe engañar ni subestimar ya que esto deteriora la imagen del Odontólogo quién les dirá la verdad en forma sutil y en base a su criterio preparado y experimentado, venciendo una gran problemática; la falsa imagen del "saca muelas" creada por adultos mal informados a quienes se debe combatir educando antes que a los propios niños que, pueden ser violentos o agresivos pero, sería muy triste pensar que los fracasos de los niños se deben a imperfecciones de los adultos.

- V Si deseamos lograr una buena práctica de la Odontología en niños debemos conocer la importancia del ambiente hogareño y la influencia de los Padres sobre el pensamiento y la conducta del niño ya que estos cuando se presentan como pacientes, son en gran medida productos que reflejan las actitudes de sus Padres.
- VI Son los Padres (habitualmente la Madre) quienes en realidad y con frecuencia se convierten en el principal problema para la conducción exitosa de la práctica con niños.
- Debe orientarse a los Padres para la preparación psicológica del niño e instruirlos acerca del tratamiento odontológico para que ellos mismos puedan orientar al niño en sus dudas.
- Desconocer las variedades de conducta, experiencias y enseñanzas de los Padres cuando presentan a sus hijos al Odontólogo es limitar su propio campo de utilidad.
- VII Los niños como material moldeable al saberse parte integral e importante de un hogar cálido y bien establecido, cooperarán no sólo ante situaciones odontológicas o médicas sino en cualquier situación ya que se sienten apoyados por su familia.
- VIII Los Odontólogos actualizados tienen a su disposición diversas técnicas de manejo de comportamiento con bases científicas que les permiten hacer Odontología moderna a todo paciente pediátrico sin importar edad, aspecto físico, emocional e incluso incapacidades físicas o mentales.
- IX Desde las técnicas no farmacológicas de manejo de comportamiento hasta los complejos métodos de atención hospitalaria, el Odontólogo cuenta con una diversa gama de posibilidades para la atención de los niños.

X Si los niños son aprensivos es importante premedicarlos adecuadamente a base de sedantes según cada caso en particular.

Es indudable la necesidad de que el Odontólogo sea capaz de suplementar la anestesia local con alguna forma de sedación segura, cuando ésto se requiera.

XI En el campo de la anestesia general se debe abarcar la estimación preoperatoria de la capacidad de cada paciente para resistir la prueba quirúrgica, así como la elección y administración de los anestésicos con métodos particulares en cada paciente para que sea menor el peligro de complicaciones en el curso de la intervención o en el período posoperatorio y, finalmente, restablecer las funciones vitales después que ha terminado la intervención quirúrgica.

La anestesia general siempre deberá ser administrada por un anesthesiólogo calificado y en un medio en donde existan todas las facilidades adecuadas para resolver cualquier emergencia.

El Odontólogo y el anesthesiólogo deberán disponer de medicamentos para tratar cualquier complicación que se llegara a presentar y estar en posibilidades de resolver cualquier tipo de complicación.

XII Y finalmente que la mejor y mayor fuerza de los años que nos esperan, se deberá basar en una intensa protección del desarrollo de los niños.

"El niño arropado por el amor y la seguridad será capaz de resistir las tormentas de la enfermedad y el dolor".

M. J. Fotts

V O C A B U L A R I O (7)(11)(14)

ACTITUD: Postura del cuerpo humano, especialmente cuando la determina un movimiento del ánimo, ó expresa algo con eficacia.

ADOCSTRINAR: Verbo transitivo. Doctrinar.

AGRANULOCITOSIS: Afección grave cuyon síntomas principales son; fiebre, angina, pulso rápido, astenia, oliguria, albuminuria, disnea, torpeza, vómito, diarrea; erupciones diversas, ulceraciones difteroides y gangrenosas en la faringe, la boca y el recto.

ALTERACION MOTORA: Dificultad muscular proximal ó distal, con atrofia muscular y a veces disfagia ó diplopia, pudiendo deberse a lesión cerebral, de las vías espinales ó de los nervios motores y de sus conexiones con los músculos ó en el músculo en si mismo.

ANALGESIA: Falta ó supresión de toda sensación dolorosa, a pesar de las más fuertes excitaciones. Aparece en ciertas enfermedades nerviosas y algunas intoxicaciones.

ANESTESIA: Privación ó debilitamiento de la sensibilidad general ó de una zona especial. La anestesia puede ser provocada ó no, caracterizándose así dos tipos de anestesia: clínica (accidental) y quirúrgica (provocada).

ANGUSTIA: Aflicción. Congoja.

ANOXIA: Deficiencia de oxigenación tisular.

ANSIEDAD: Estado de agitación, inquietud ó zozobra del ánimo. Trastorno psíquico.

ANSIOLITICO: Reductor de la ansiedad.

ANTISOCIAL: Contrario, opuesto a la sociedad, al orden social.

ALBUMINURIA: Estado en que la albúmina se elimina anormalmente y sin modificación por la orina.

APATIA: Indolencia, falta de vigor o energía.

APLASIA: Variedad de atrofia debida a la detención del desarrollo de un tejido o de un órgano durante la vida intrauterina.

ASTENIA: Falta o pérdida de fuerzas.

AUTISTA: Psicopatía. Dícese del pensamiento independiente de un razonamiento lógico y de una estricta conexión con la realidad. (Ver paranoia)

AVERSION: Oposición y repugnancia que se tiene a alguna persona o cosa.

BIOPSICOSOCIAL, SISTEMA: El estudio de los seres humanos puede hacerse con 3 distintos enfoques: el biológico, que hace énfasis en el estudio de la estructura y funciones del organismo; el psicológico, que estudia la personalidad y las relaciones interpersonales y el de las ciencias sociales, que estudia las sociedades y las culturas.

CARIOINMUNE: Persona con ausencia de lactobacilos en el tracto digestivo y cavidad bucal, por lo tanto, persona inmune a los procesos cariosos.

COMPORTAMIENTO: Conducta

COMPULSION: Apremio y fuerza que, por mandato de autoridad, se hace a uno, compeliéndole a que ejecute alguna cosa.

CONSCIENTE: Elemento racional de la personalidad humana que controla y reprime los impulsos del inconsciente, para desarrollar su capacidad de adaptación al mundo exterior.

DEPRESION: Decaimiento del ánimo o de la voluntad.

DESARROLLO: Fuerza innata en los seres vivos, que les hace llegar, de formas muy simples, a las más complicadas de su especie.

DESCALCIFICACION: Acción y efecto de perder calcio en los tejidos.

DESENSIBILIZACION: Introducción de sustancias, en cantidad mínima, pero siempre creciente, en un organismo que es hipersensible a ellas.

DESMINERALIZACION: Disminución ó pérdida de una cantidad anormal de principios minerales, como fósforo, potasa, cal, etc. La desmineralización, en particular la carencia de sales de calcio provoca la caída de la dentadura.

DIAZEPAM: Ansiolítico, tensiolítico, sedante, hipnógeno, miolorrelajante y estabilizador neurovegetativo.

DISFAGIA: Dificultad o imposibilidad de tragar.

DISNEA: Dificultad de respirar.

EMETICO: Sustancia ó método que provoca el vómito.

ENURESIS: Incontinencia de la orina, en general, pero se aplica generalmente a la nocturna de los niños. Ocurre en niños mimados.

EPILEPSIA: Afección nerviosa crónica caracterizada por crisis convulsivas reemplazadas a veces por trastornos nerviosos ó mentales variados.

ESMALTE: Materia concreta, dura y blanca que cubre la corona anatómica de los dientes.

ESQUIZOIDE: Psicopatología. Persona que tiene algunos rasgos de la demencia precoz, sin ofrecer el cuadro completo.

FANTASIA: Facultad que tiene el ánimo de reproducir por medio de imágenes las cosas pasadas o lejanas, de representar las ideales en forma sensible ó de idealizar las reales. Grado superior de la imaginación.

FENOBARBITAL: Sedante y antiespasmódico.

FLUORUROS: Los fluoruros tienen propiedades antisépticas que impiden el desarrollo de los gérmenes, sin oponerse a la acción de los fermentos solubles ni a las funciones digestivas.

FOBIA: Obsesión en la cual la ansiedad se manifiesta por medio de temor enfermizo que no tiene un objeto determinado y que se manifiesta por un estado constante de espera angustiada.

FRUSTRACION: Privar a uno de lo que esperaba.

HALOPERIDOL: Antipsicótico.

HIDRATO DE CLORAL: Ansiolítico.

HIDROXICINA: Sedante.

HIPERACTIVIDAD: Superabundancia de actividad.

HIPERQUINESIA: Exceso de movilidad e inquietud motora.

HISTERIA: Neurosis caracterizada por trastornos permanentes (trastornos sensitivos, sensoriales y psíquicos) y transitorios (crisis convulsivas y parálisis).

HOSTILIDAD: Calidad de hostil (contrario o enemigo).

INDUCCION: Acción y efecto de inducir.

INFANTILISMO: Patología. Estado de algunas personas que conservan en la juventud y en la edad adulta caracteres orgánicos propios de la niñez.

INFERIORIDAD: Psicopatología. Sensación de ciertos alienados y aún de personas que por lo demás pueden ser enteramente normales, que les hace creerse inferiores, sea física o psíquicamente a los demás.

INHIBICION: Suspensión parcial o total de una actividad del organismo, que puede tener un origen psíquico u orgánico.

INSEGURIDAD: Falta de seguridad.

INTELECTO: Entendimiento.

INTELIGENCIA: Facultad intelectual.

INTERACCION: Acción o influencia mutua entre dos personas o fenómenos.

INTROSPECCION: Autoanálisis de los estados psíquicos.

LATENCIA: Dícese de ciertas propiedades existentes en potencia y que, manifestándose circunstancias favorables, vuelven a producirse.

LIBIDO: Según el lenguaje freudiano, es la energía inherente a los instintos sexuales, dirigida a la conservación de la especie.

MICROFLORA: Conjunto de gérmenes saprófitos en una región.

MIEDO: Reflejo normal de protección que pone al individuo en estado de defensa contra un peligro real o imaginario.

NARCISISMO: Paicopatología. Autoerotismo.

ODONTOPEDIATRIA: Odontología para niños.

OLIGURIA: Escasa emisión de orina.

OXIDO NITROSO: Agente psicosedativo.

PARKINSONISMO: Afección de los núcleos cerebrales acompañada de contracciones temblor y salivación.

PARANOIA: Perturbación psíquica muy diversa entre la cual estran la psicó-

sie sistematizada progresiva, algunos delirios de los degenerados, las obsesiones, los casos de confusión alucinatoria aguda, e incluso la demencia precoz paranoica.

PERSONALIDAD: Diferencia individual que constituye a cada persona y la distingue de otra.

pH: Grado de acidez o alcalinidad de una solución.

PLACA DENTOBACTERIANA (PDB): Depósito bacteriano en la superficie dentaria.

PROFILAXIS: Prevención de las enfermedades. (Tratamiento preventivo).

PSICOTERAPIA: Tratamiento de las enfermedades y de las anomalías psíquicas mediante coloquios con el enfermo.

RACIONALIZACION: Sistema de organización del trabajo en cadena.

REBELDIA: Calidad de rebelde.

RECESION GINGIVAL: Retracción gingival.

SEDACION: Acción y efecto de sedar, apaciguar, sosegar o calmar.

SIMBIOSIS: Asociación de organismos de diferentes especies que se favorecen mutuamente en su desarrollo.

TABLETAS REVELADORAS: Tabletas colorantes para localizar la placa dentobacteriana.

TENSION: Estado de un cuerpo estirado por la acción de fuerzas que lo solicitan.

TERAPEUTICA FARMACOLOGICA: Tratamiento con fármacos.

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

- 1) Arias Cayero, Agustín: "Hidratos de carbono y caries dental".
Revista A.D.M. Vol. XXXVII, no. 2, Marzo/Abril
1980. México, D.F.
pp. 91-94
- 2) Brauer, John Charles: "Odontología para niños".
Editorial Mundi. Buenos Aires, Argentina 1969.
2a. Edición.
pp. 21-32, 177-202
- 3) Cinotti, William R.; Grieder A.: "Psicología aplicada a la Odontología".
Editorial Mundi S.A.I.C. y F. Buenos
Aires, Argentina 1970.
3a. Edición.
pp. 165-170
- 4) Clark D., Ismael: "Terapéutica aplicada a la estomatología con su clínica e higiene oral".
Editorial Labor S.A. Barcelona, España 1978.
1a. Edición.
pp. 61-71
- 5) De la Fuente Muñoz, Ramón: "Psicología médica".
Fondo de cultura económica. México, D.F.
1979. 4a. Edición.
pp. 11, 22, 109
- 6) "Diccionario de especialidades farmacéuticas" : Editorial P.L.M., S.A.
México, D.F. 29a. Edición
1983.
- 7) "Diccionario enciclopédico abreviado": Editorial Espasa Calpe, S.A.
Buenos Aires, Argentina 3a. Edición
1972.

- 8) Finn, Sidney B.: "Odontopediatría clínica".
Editorial bibliográfica argentina. Buenos Aires,
Argentina 1969. 8a. Edición.
pp. 26, 49, 741
- 9) Hewitt, Frederick W.: "The administration of nitrous oxide and oxigen
for dental operations".
Claudous Ash & Sons, Londres Inglaterra 1978. 1a.
Edición.
pp. 1-4, 45-55
- 10) Jorgensen, Niels Bjorn: "Anestesia odontológica".
Editorial Interamericana, S.A. Montevideo,
Uruguay 1970. 2a. Edición.
pp. 15, 23, 121
- 11) "Nuevo diccionario médico Larousse": Editorial Larousse.
Paris, Francia. 1970. 2a. Edición.
- 12) Platonov, K.: "La palabra como factor fisiológico y terapéutico"
Ediciones en lenguas extranjeras.
Moscu, U.R.S.S. 1978. Edición única.
pp. 9-11, 15-25.
- 13) Rivera Melo y Madera, Teresita: "psicología Evolutiva".
Editorial Multi-Rol. México, D.F. 1978
1a. Edición
pp. 97, 103, 225
- 14) "Webster's New World Dictionary": College Edición.
The World Publishing Company.
Cleveland and New York 1968. 8a. Edición.