



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PSICOLOGIA GENERAL APLICADA A LA
ODONTOPEDIATRIA

T E S I S

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
P r e s e n t a

JOSE OSCAR BORJA MORA

México, D. F.

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

Introducción

I. HISTORIA DE LA PSICOLOGIA

II. DESARROLLO PSICOLOGICO

- a) Crecimiento y desarrollo
- b) Diferentes etapas de crecimiento
- c) Patrones de conducta del niño

III. INTRODUCCION DEL NIÑO A LA ODONTOLOGIA

- a) Diferente tipo de padres
- b) Influencias (ambientales)
- c) Diferente tipo de niños

IV. DIFERENTES PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS

PARA ANESTESIAR, INCLUYENDO ANESTESIA GENERAL

- A) Historia clínica
- B) Indicaciones y contraindicaciones

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

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

En la presente tesis mencionaré la estrecha relación que existe entre la Psicología y la Odontología, desde sus inicios hasta nuestros días y la importancia que esta tiene para el profesionista y sobre todo para el Odontopediatra, ya que este tipo de relación Psicología-Odontología es muy importante para el tratamiento dental en los niños.

Después mencionaré las diferentes etapas de crecimiento y desarrollo del niño desde sus primeras semanas hasta su nacimiento, continuando con un análisis sencillo iniciando desde sus primeros años de vida extrauterina hasta llegar a su adolescencia.

También en la presente tesis se hablará del desarrollo Psicológico del niño, forma de conducta de este, los factores que influyen en el comportamiento del niño, ya sean sociales, ambientales y familiares prestando mayor interés en este último, ya que los padres son los responsables directos del comportamiento y educación de éstos.

Ya una vez analizado esto y ya en la situación odontológica se estudiará desde el mismo punto de vista psicológico las diferentes reacciones del niño hacia el tratamiento dental, los diferentes tipos de niños que se van a presentar en el consultorio dental.

HISTORIA DE LA PSICOLOGIA

Los aspectos formales de la Psicología como ciencia datan poco antes de fines del siglo. Los estudios de la historia de la psicología encuentran en los escritos de los antiguos egipcios y de los filósofos y escolastas griegos, pistas promisorias que relacionan con los comienzos de la psicología.

La relación más próxima con la psicología actual fue hallada en la obra de Aristóteles y su maestro Platón, en su intento por separar y poner énfasis en el estudio de la "psiquis ó alma". Consideraban que la psiquis ó alma era el agente central de la conducta humana.

El eclipse duró siglos; sólo en tiempos más bien recientes la psicología emergía de las épocas de oscurantismo.

La psicología obtuvo su primer reconocimiento en el año 1892 con la formación de la Asociación Psicológica Norteamericana (la organización profesional nacional de los psicólogos).

Provenían de variada extracción, algunos se habían formado en filosofía, otros en medicina y aún otros en fisiología.

Compartían un interés común por los aspectos psicológicos de sus respectivos campos educativos. En la época en que se formó la asociación psicológica norteamericana, hubo hombres como: Willhem Wundt, en Alemania, considerada por algunos el fundador de la psicología científica y William James, en los Estados Unidos establecieron laboratorios para los estudios psicológicos. La mayoría de los psicólogos pertenecían a escuelas superiores y universidades, donde estaban dedicados a la enseñanza o a la investigación.

Las primeras escuelas fueron la Estructuralista y la Funcionalista.

En la década de 1920 expresaron sus puntos de vista y opiniones particulares las escuelas Conductista, Psicoanalítica y Gestaltista.

Se formaron todas esas escuelas para explicar la conducta del hombre, su objetivo era estrechar la brecha entre la filosofía y las ciencias biológicas.

Escuela Estructuralista: La primera escuela notoria fue la Estructuralista o Introspectiva, se atribuye su función a Willhem Wundt (1832-1920), y el objetivo de los patrocinantes de esta escuela fue determinar la estructura de las dimensiones de la ciencia, entre sus técnicas de investigación

se destacaba el elemento tan común en el filósofo, la introspección.

Escuela Funcionalista: La escuela Funcionalista surgió de la necesidad de ampliar los límites de la investigación psicológica.

Los estudios de esta escuela estuvieron dedicados no solo a la estructura de la conciencia, sino también a como el hombre se adapta a su medio. Procuraron aprender como el hombre puede modificar o mejorar los métodos de relacionarse con su circunstancia, y por tanto adaptarse. En este grupo se destacaron: John Dewey, James Roland Angel y Rober S. Woodworth.

Escuela Conductista: ("Behaviorista"). Su convicción principal consistía en que el estudio de la conducta debe limitarse a lo directamente observable o manejable, es decir, la conducta manifiesta. Surgieron justo después de la primera gran guerra, en ese entonces los jefes del movimiento fueron John B. Watson y Edward L. Thorndike.

Esta escuela con su riguroso enfoque científico, ocupa aún uno de los lugares más destacados en la investigación psicológica actual. Los conductistas han llevado a cabo algunos de los más ingeniosos experimentos y técnicas de in-

investigación con que cuenta la psicología de hoy, entre los más prominentes investigadores esta: B.F. Skinner.

En el pasado las conclusiones de los conductistas estuvieron limitadas por su fracaso en interesarse por los efectos de la conciencia y el inconciente sobre la conducta.

Escuela de la "Gestalt": El gestaltismo nació por la misma época del conductismo en los Estados Unidos, en un principio se mantuvo limitada a Europa, como brote de la obra de Max Wertheimer.

Sus opiniones más sobresalientes estaban centradas en torno de la aprosición o los intentos de otras escuelas de pensamiento por fragmentar la conducta en elementos o unidades.

Sugirieron que solo se puede alcanzar un significado cuando se reconoce, estudia o identifica la unidad u objeto total. Esta escuela, aunque iniciada en escala reducida y oscura, tiene una notable influencia en la psicología actual, su labor se ha centrado con frecuencia en el ámbito de grupo, en el estudio de la conducta de los grupos. Demostraron que sólo se puede alcanzar una verdadera comprensión al estudiar el hombre y ver como lo afecta su circunstancia total. Su Filosofía se ha fundido bien con

otras formas de pensamiento y sus investigaciones constituyen un eslabón importante en la comprensión de toda conducta humana.

Las aplicaciones clínicas de la psicología gestáltica a la psiquiatría psicológica clínica y odontología sugieren que el tratamiento no ha de ser aplicado sólo a los síntomas del paciente sino también al paciente como totalidad.

Los dentistas debemos, por tanto, analizar las causas subyacentes de ciertos síntomas que se nos pide que curemos. No debemos tratar al paciente sintomáticamente sino como una persona en su totalidad.

Escuela Psicoanalítica. En 1900, el Médico vienés interesado por la neurología estaba formando lo que más tarde llegaría a ser la escuela más influyente del pensamiento psicológico.

Si bien Freud y la escuela psicoanalítica, como la psicología estudió e interpretó la conducta humana, Freud se dedicó al estudio e interpretación de los procesos mentales inconscientes.

Freud desarrolló sus teorías en un esfuerzo por descubrir la causa y curación de los defectos de la personalidad. Por

que vivió en la era victoriana, cuando se creía que gran parte de la personalidad era instintiva, contemplo la conducta como el resultado de los impulsos o necesidades instintivas interiores.

Al aplicar sus teorías una técnica de investigación psicológica creo las teorías terapéuticas psicoanalíticas. Estaba convencido de que muchos pensamientos inconscientes pueden ser llevados a la superficie o conciencia si se le permite a una persona que hable libremente, sin interrupciones. Las experiencias olvidadas y los sentimientos y emociones reprimidos llevados de esta manera al nivel consciente puede explicar la base real de inexplicables alteraciones de la conducta, como angustia, histeria, etcétera. Luego con la ayuda del terapeuta el paciente podrá ser capaz de reorganizar sus razonamientos y producir modificaciones en su conducta manifiesta.

Los psicólogos prácticos llevaron consigo los instrumentos de laboratorio psicológico, hicieron uso de las técnicas de observación para estudiar la conducta y obtuvieron historias clínicas e información evolutiva para complementar la información ya disponible, después utilizaron toda esta información para llevar a cabo investigaciones científicas con el método experimental, el método experimental es la base de toda psicología científica.

En lo que atañe al odontólogo la psicología puede ayudarlo a comprender su propia conducta y motivaciones más a fondo así como a comprender mejor a sus pacientes y así capacitarse para tratarlos con mayor eficiencia.

El odontólogo moderno necesita un conocimiento básico de la psicología si ha de integrar sus tratamientos con los de otras materias biológicas y médicas. El conocimiento del modo como las personas aprenden con mayor eficiencia los ayudará a adiestrar a sus pacientes para una buena h^{ig}iene dental. El conocimiento de los problemas de salud mental y emocional le permitiran manejar más eficientemente los problemas odontológicos que pudieran tener un origen psicológico o psicosomático. Además sus conocimientos de la psicología de la persuasión lo ayudara a prestar servicios más eficientes y significativos a sus pacientes.

El odontólogo moderno debe ser capaz de reconocer las anomalías de la conducta para evitar fracasos en el tratamiento odontológico.

Una sólida base de los fundamentos de la psicología normal y anormal ayudará al profesional a comprender la conducta de sus pacientes y lo facultará para practicar su profesión con mayor capacidad y seguridad.

Ejemplo: El odontólogo debe ser capaz de reconocer la diferencia que existe cuando se presenta algún síntoma que puede tener diversos orígenes por ejemplo un dolor facial que puede tener un origen funcional u orgánico, ya que existen dolores relacionados a problemas psicológicos. Otro ejemplo, el dolor cefálico, en particular de cara y oído que puede ser ocasionado por una disfunción de la articulación temporomandibular o por una disfunción neuromuscular.

Con el presente trabajo presento una faceta esencial y a menudo descuidado en la educación de todo odontólogo: las bases de la psicología humana junto con su aplicación a la práctica de la odontología. Ese conocimiento capacitará al odontólogo para brindar el tratamiento más completo a sus pacientes.

La psicología se describe simplemente como la ciencia que estudia al hombre y su relación con el medio, en este estudio del hombre y del mundo que lo circunda, nos interesará particularmente la aplicación de los principios psicológicos a los problemas cotidianos y la creación de una adaptación más satisfactoria del hombre con su vínculo con los semejantes y en la vida consigo mismo.

En términos generales, la psicología procura comprender los motivos, aptitudes, procesos mentales y acciones de las

personas, está estrechamente relacionada con otras ciencias de la conducta, como la antropología, biología y sociología.

En este capítulo se ha introducido al odontólogo en los principios psicológicos modernos y en su posible aplicación en odontología.

II. DESARROLLO PSICOLOGICO

Desarrollo psicológico es una serie complicada de acontecimientos que se manifiesta exteriormente como un patrón de conducta, también se refiere a la adquisición por parte del niño de conocimientos, destrezas e intereses emocionales.

Este desarrollo psicológico de la misma manera que la maduración física está programada de acuerdo a un plan y a una secuencia que son innatas y no son fácilmente susceptibles a influencias aceleradoras. Cada niño posee un límite psicológico para su adaptación y está dotado de determinadas cualidades constitucionales así como tendencias que determinan, como, que y cuando aprenderá o reaccionará ante una determinada circunstancia.

Es por eso importante que el odontopediatra tenga conocimientos de tales límites relativos a diferentes edades para que su acercamiento hacia el pequeño paciente ayude a su manejo adecuado, para lograr un tratamiento aceptable.

Los diversos problemas relacionados con el manejo del padre y del niño han influido mucho, sin duda en la extensión y también en el tipo de tratamiento dental que se ha proporcionado al niño. Los niños no han sido bien recibidos en

muchos consultorios, porque perturban la rutina, interferirían a menudo con el natural pacífico del odontólogo y eran considerados generalmente riesgos económicos, que solo resultarían en horas de tiempo perdido.

Casi todo odontólogo puede recordar el momento en que hallándose muy atareado con algún trabajo operatorio en un adulto, oyó repentinamente que un niño llorando era empujado a la sala de recepción.

Muchos profesionales, en circunstancias similares, han deseado que jamás entraran niños a su consultorio. El odontólogo, en muchas ocasiones, solo podía anticipar un gran combate verbal, soborno infructuoso y agotamiento físico. Se ha dicho que, proporcionalmente, hay más dentistas que temen a los niños, que niños temerosos de los dentistas. Por fortuna, sin embargo, casi todos los niños se convierten pronto en pacientes más cooperadores que los adultos, si se les ofrece la oportunidad con un acercamiento apropiado. Solamente un niño excepcional requerirá atención especial en su manejo, pero por lo general, se convierten en pacientes muy aceptables.

El desarrollo es un proceso complejo. El desarrollo en estatura y la aparición de capacidades específicas suele denominarse maduración. Por desarrollo se entiende la aflora

ción completa y la utilización múltiple de las funciones y habilidades que van surgiendo, gracias a la interacción entre el individuo y su ambiente. De esta manera el desarrollo es el resultado de influencias mutuas de dotes, maduración y factores ambientales. El desarrollo humano sigue lo que Erickson denomina "principio epigenético", que establece que todo ser humano que crece tiene un plan básico, y que del mismo surgen todas las partes, cada una con su tiempo de influjo especial, hasta que han surgido todas las partes y constituyen un todo funcionando.

Se han postulado diversos criterios abstractos sobre el desarrollo. Hay, primero que nada, un orden constante de succión desde una etapa hacia la otra. Cada etapa sucesiva de desarrollo normal representa un adelanto a partir de la etapa previa. Es más, cada etapa subsecuente supera a todas las etapas anteriores, ya que una etapa inferior se convierte en parte de una etapa superior. Cada etapa de desarrollo abarca una estructuración progresiva del aparato psíquico, el desarrollo puede verse como un todo o como un sector del todo como el "desarrollo cognitivo". Hay, por último, una embestida inevitable hacia el desarrollo, si hay un ambiente instructivo y estimulante.

Periodo Crítico: Implícito en la clasificación de concepto de las teorías del desarrollo humano está el concepto

del "periodo crítico", análogo al periodo crítico de la embriogénesis durante el que se desarrollan ciertos órganos de manera irreversible solo en momentos específicos y nunca pueden formarse en otros momentos. De manera general, existen periodos críticos en el desarrollo psicológico, como lo son los dos primeros años de vida importantes para el desarrollo de la capacidad para formar relaciones.

Sin embargo, los intentos de especificar más este concepto han tenido dificultades a causa de las variables múltiples que intervienen en el desarrollo de toda función, el funcionamiento unitario del individuo y las posibilidades de reversibilidad, al menos parcial. Por ejemplo, antes se decía que si un niño no aprende a leer durante los años críticos de la formación escolar, tendrá dificultades para aprender más adelante. En cierto grado esto es verdad, sin embargo, el problema importante en este caso es la facilidad para aprender a leer.

Privación de la Madre: El concepto de "periodo crítico" puede seguir siendo útil, sin embargo, sobre todo en el desarrollo muy precoz, cuando la irreversibilidad es, de hecho, un factor importante. Quizá el mejor empleo del concepto del periodo crítico se encuentra en los estudios de separación temprana de madre e hijo, época en la cual la irreversibilidad es una posibilidad importante. Por ejem-

plo Spitz, utilizando las pruebas infantiles elaboradas por Hertzler y Wolf, estudiaron de manera esencial 130 niños, 61 en un orfanato y 69 en una casa de cuna. Las diferencias importantes entre ambas instituciones fueron: el orfanato tenía pocos juguetes, los niños estaban aislados y, de hecho, separados del mundo, acostados en sus camas, y les faltaba todo contacto humano durante la mayor parte del día, en particular desde los tres meses de edad en adelante. La casa de cuna, por lo contrario proporcionaba a cada niño una madre que le daba, y seguía dándole, todo lo que una buena madre da.

Spitz encontró que el cociente de desarrollo de los niños del orfanato descendió de 124 a 72 hacia el final del primer año de vida, y que los niños tenían resistencia muy pobre a las enfermedades y mortalidad aterradora. Los niños de la casa de cuna no solo se conservaban bien, sino que ganaban ligeramente en su cociente de desarrollo de 101.5 a 105 hacia el final del primer año de vida.

La disminución rápida en el desarrollo de los niños del orfanato ocurrió en la época en que se destetaron es decir, entre el tercer y el cuarto mes. En esta época se dejó incluso el contacto humano de que habían disfrutado durante la lactancia. Su mundo prospectivo se quedó sin participantes humanos.

Todas las demás necesidades de privación podían compensarse con unas relaciones adecuadas entre madre e hijo cuya estimulación faltaba por completo en el orfanato. Spitz concluyó que fue la privación de atención materna, y estimulación materna y amor materno lo que produjo las pruebas claras de lesión en los lactantes del orfanato, y que, incluso cuando se pusieron en un ambiente más favorable después de los quince meses, el daño psicosomático no pudo ser reparado por las medidas normales, es decir, la falta de cuidados maternos suficientes durante el periodo crítico de desarrollo, en todos los casos produjo un daño irreversible.

Con estos conceptos en mente, describiremos el desarrollo desde los puntos de vista de maduración, desarrollo de la personalidad, desarrollo cognitivo y desarrollo psicosocial.

Maduración: Uno de los grandes servicios que Arnold Gesell hizo a la pediatría fue documentar de una manera ordenada y detallada la sucesión de habilidades que pueden observarse en un niño conforme aumenta su edad. El desarrollo del niño fue visto por algunos como una flor íntegra que sólo tenía que regarse y alimentarse, además, no había modo de justificar la precisión que se daba a cada detalle de una etapa dada en cuanto a este punto de vista, puesto

que no se tomaban en cuenta las enormes variaciones de un niño a otro en una edad determinada, y de un momento a otro en un mismo niño. Y, desde luego, no se aclaraba por completo porqué un niño se comportaba como lo hacía y que factores influyen en esa conducta.

ESTIMULACION Y DESARROLLO DEL LENGUAJE:

El orden de emisión de sonidos reales es, en general, el mismo en todos los niños de cualquier sitio. Los niños vocalizan y responden a los sonidos desde el nacimiento, posiblemente hagan lo mismo antes de nacer, el niño puede ser calmado de manera específica por la voz de su madre ya durante las primeras semanas de vida. Las características fonéticas tempranas del llanto del niño por malestar parecen ser manifestaciones vocales de su reacción total al malestar, determinadas en parte por la contracción fisiológica de los músculos faciales. Hacia la sexta semana, el lactante empieza a emitir una retahíla repetida de sonidos denominados balbuceo. Al hacerlo encuentra satisfacción en producir a voluntad los sonidos que, al principio ocurrieron de manera involuntaria, adquiere habilidades para elaborarlos, e imita de la mejor manera que puede los sonidos de los demás. Por ejemplo, una de las maneras en que la madre influye en el desarrollo del habla es a través de un proceso de "imitación mutua". Es más, el lenguaje de la madre es "tan

to un transportador de las emociones como una influencia organizadora del aparato mental del lactante". La madre, por su modo de responder al lactante en acción, y especialmente con la palabra, identifica o "marca" para él muchas cosas como personas y juguetes, y así mismo sus sentimientos y acciones y los de los demás. Se hace capaz así de identificar muchos aspectos de la realidad interna y externa, puesto que ella le proporciona las experiencias necesarias.

DESARROLLO EMBRIONARIO:

A continuación se describirán los diversos periodos de desarrollo del óvulo y el embrión.

El huevo: Durante las dos primeras semanas que siguen a la ovulación, el producto de la concepción se suele designar por huevo. Las sucesivas fases de desarrollo durante este periodo son como sigue: 1) óvulo monocelular no fecundado; 2) óvulo monocelular fecundado; 3) blastocito libre; 4) blastocito en implantación; 5) blastocito implantado pero todavía avelloso.

Las vellosidades primitivas se forman tras la implantación, es convencional referirse a los productos de la concepción tras el desarrollo de vellosidades coriónicas no como huevo, sino como embrión.

El Embrión: El comienzo del periodo embrionario se toma como el comienzo de la tercera semana siguiente a la ovulación o unas cinco semanas después del comienzo del último periodo menstrual. El disco embrionario está bien definido y el tallo del cuerpo se diferencia perfectamente en esta fase el saco coriónico mide aproximadamente 1 cm. de diámetro. Existe un espacio intervelloso genuino que contiene sangre materna y núcleos vellosos con mesodermio coriónico angioblástico. Al final de la cuarta semana después de la ovulación el embrión mide de 4 a 5 mm. de longitud. El corazón y el pericardio son muy prominentes a causa de la dilatación de las cavidades del corazón, existen las yemas de brazos y piernas y el amnios empieza a revestir el tallo de conexión, que se convierte en el cordón umbilical.

Al final de la sexta semana tras el comienzo del último periodo menstrual, el embrión mide de 22 a 24 milímetros de longitud y la cabeza es bastante grande comparada con el tronco, existen los dedos de las manos y los pies y las orejas forman unas elevaciones definitivas a cada lado de la cabeza.

Al final del periodo embrionario y el comienzo del periodo fetal son considerados arbitrariamente por la mayoría de los embriólogos como iniciados alrededor de las 8 semanas siguientes a la ovulación, en dicho momento el embrión mide

cerca de 4 centímetros, después hay pocas, si es que hay algunas, las estructuras principales nuevas que se forman; subsiguientemente el desarrollo consiste en el crecimiento y la maduración de las estructuras existentes.

Tercer Mes Lunar: Al final de la semana doce el feto tiene una longitud de 7 a 9 centímetros, en la mayoría de los huesos han aparecido centros de osificación, los dedos de las manos y de los pies se han diferenciado y están provistos de uñas; los genitales externos empiezan a mostrar signos definidos de sexo masculino o femenino, un feto nacido en este momento puede hacer movimientos espontáneos si se halla todavía dentro del saco amniótico o si se sumerge en suero salino caliente.

Cuarto Mes Lunar: Al final de la décimosexta semana de edad posmenstrual el feto tiene una longitud de 13 a 17 centímetros y pesa unos 100 gramos.

Quinto Mes Lunar: La semana vigésima es especialmente importante desde el punto de vista clínico para confirmar la duración del embarazo, en este momento, el fondo uterino se halla normalmente al nivel del ombligo materno, la madre ha percibido los movimientos fetales durante 2 a 4 semanas, y, a menudo, aunque no siempre, se puede oír el latido cardíaco fetal, el feto pesa ahora algo más de 300 gramos, la

piel se ha vuelto menos transparente, en tanto es evidente algún cabello en el cráneo.

Sexto Mes Lunar: El feto pesa ahora unos 600 gramos, la piel está característicamente arrugada y la grasa se deposita debajo de ella; la cabeza es comparativamente muy grande. Un feto nacido en este momento intentará respirar pero casi siempre fallece poco después de nacer.

Séptimo Mes Lunar: Al final de la semana vigésimo octava, el feto ha alcanzado una longitud aproximada de 37 centímetros, y pesa algo más de 1,000 gramos. La delgada piel es roja y aparece cubierta de vernix caseosa. La membrana pupilar acaba de desaparecer de los ojos. Un feto nacido en este periodo mueve sus extremidades con bastante energía y llora débilmente, por lo general el niño muere, aunque a veces puede sobrevivir con cuidados expertos.

Octavo Mes Lunar: Al final del octavo mes el feto ha alcanzado una longitud de unos 42 centímetros y un peso de unos 1,700 gramos. La superficie de la piel está todavía roja y arrugada. Los niños nacidos en este periodo pueden sobrevivir si se les presta cuidado apropiado, a pesar de que sus condiciones no son excelentes.

Noveno Mes Lunar: Al final del noveno mes lunar el feto ha alcanzado una longitud de 47 centímetros y pesa unos 2,500 gramos. A causa del depósito de grasa el cuerpo ha adquirido una mayor redondez y la cara ha perdido su anterior aspecto arrugado. Los niños nacidos en este momento tienen excelentes probabilidades de sobrevivir si se les prestan los cuidados adecuados.

Décimo Mes Lunar: El término se ha alcanzado a los 10 meses "lunares" ó 40 semanas tras el último periodo menstrual. En este momento el feto está plenamente desarrollado, con los rasgos característicos del niño recién nacido que vamos a describir.

Debido a la variabilidad en la longitud de las piernas y la dificultad de mantenerlas en extensión, la medición de la altura en posición sentada (coronilla-rabadilla) es más exacta que la altura de pie, la altura en posición sentada promedio y el peso del feto al final de los diversos meses lunares, establecidos por Streeter que se basa en 704 casos, estos valores son aproximados y en general la longitud es un criterio más preciso de la edad de un feto que su peso.

Haase sugería que a los fines de la clínica la longitud en centímetros del embrión medido desde la coronilla al talón puede obtenerse aproximadamente durante los cinco meses

elevado al cuadrado el número del mes lunar hasta el cual ha avanzado el embarazo, y en la segunda mitad del mismo multiplicando el mes por 5.

El feto al término: El feto promedio a término tiene unos 50 centímetros de longitud y pesa aproximadamente 3,300 gramos. La piel es lisa y carece de lanuga salvo a veces al rededor de los hombros, toda la superficie está cubierta por cantidades muy variables de vernix caseosa grasienta, blanco amarillenta, que está compuesta de material sebáceo, células epiteliales y lanuga. El cráneo aparece generalmente cubierto por cabellos oscuros de 2 a 3 centímetros de longitud, y los cartílagos nasales y auriculares están bien desarrollados. Los dedos de las manos y los pies poseen uñas bien desarrolladas que se proyectan más allá de sus puntas. En los fetos varones los testículos se encuentra generalmente dentro del escroto. En las hembras los labios mayores se hallan bien desarrollados y en mutuo contacto, generalmente ocultando el resto de los genitales. Los huesos craneales están bien osificados y se hallan en estrecho contacto en las diversas suturas. Los ojos tienen generalmente un color apizarrado uniforme.

Al nacer los niños negros difieren ligeramente por su aspecto de los blancos, su piel es oscura, rojo azulada.

DESARROLLO PRENATAL:

El desarrollo psicológico del niño se inicia durante el periodo prenatal. Se sabe, por ejemplo, que el feto reacciona a los sonidos intensos con actividad motora notable, incluso es posible la conducta condicionadora real del feto, aunque no se ha podido demostrar de modo convincente hasta ahora. De todas maneras, ocurre cierta conducta en el feto, incluso un reflejo de succión, alrededor de las veinte semanas del desarrollo. El punto importante en este caso consiste en que están actuando factores hereditarios y ambientales, y que es concebible que la conducta futura, motivada de manera psicológica, sea influida por manipulación de las variables genéticas y ambientales.

El ambiente del niño prenatal es, desde luego, intrauterino pero incluso este ambiente relativamente homeostático es, en cierto grado, influido por el estado físico y emocional de la madre. Desnutrición, enfermedad y medicamentos ingeridos por la madre pueden afectar de manera grave el desarrollo del feto. Una vez fuera del útero, el lactante activo encuentra a su madre de manera más directa. Es esta relación mutua entre el lactante y su madre lo que le permite sobrevivir y prosperar. La personalidad de la madre sigue influyendo en esta relación, de manera más específica el impacto de acontecimientos como embarazo, parto y nacimiento de un niño vivo en la madre, a su vez, hace que ella

influya en su hijo de diversas maneras.

Cuatro elementos principales de la actitud de la madre influyen en su relación con el hijo: en primer lugar, está la personalidad de la madre antes del embarazo, durante el mismo y después de él. Aspectos persistentes de las relaciones de la madre con sus propios padres, su sentido de identificación femenina y su relación con el padre del niño son otras variables que hay que tomar en cuenta. Muchos de estos factores dominantes de la personalidad afectan las relaciones entre madre e hijo, a veces ocurrirá desplazamiento directo de los sentimientos y actitudes de la madre hacia el niño en otras ocasiones, el niño será utilizado como bomba (o como campo de batalla) en un regateo continuo por ejemplo, con el marido. El lactante no se desarrolla sólo como respuesta al ambiente, siempre contribuye por sí mismo, de hecho, la conducta materna parece, al principio, estar bajo el control del estímulo y las condiciones de refuerzo proporcionadas por el pequeño, de modo que, al principio, la madre es formada por el hijo, y esto último facilita su adaptación a la conducta del mismo. Por ejemplo, el contacto visual parece alentar los sentimientos maternos positivos.

Impacto agudo de las reacciones psicológicas normales hacia el embarazo, durante la crisis normal del embarazo, la mujer atraviesa primero por una fase de fomento de las preo

cupaciones consigo misma, hasta que aparecen las primeras señales de vida de una nueva persona ("objeto") con el que la mujer establece una relación compleja, es más esta crisis de la madre suele seguir más allá del embarazo e influirá en la naturaleza de las relaciones entre madre e hijo, a veces persisten las relaciones psicológicas no resueltas hacia el embarazo, y producen trastornos en el equilibrio delicado de la primera relación entre madre e hijo. Debemos señalar que muchas mujeres normales experimentan reacciones melancólicas después del parto, esta depresión producirá ciertos aislamientos, acompañados de rechazo parcial del pequeño, a su vez, este fenómeno puede llegar a producir trastornos del inicio de la alimentación al pecho en el bebé, lo que, a su vez, dará lugar a rechazo subsiguiente y creación de un círculo vicioso, de este modo, la reacción psicológica ante embarazo y trabajo de parto obstaculizará el desarrollo normal de la interacción entre madre e hijo.

La madre, desde luego, es sólo una parte del ambiente del niño, aunque la más importante durante los primeros años del pequeño, lo que se ha dicho hasta ahora en cuanto a la madre se puede decir también en cuanto al padre, aunque el padre no teme ninguna lesión contra su cuerpo durante el embarazo, quizá reciente el cambio en el enfoque de atención de la esposa, y desplace este resentimiento hacia el niño. Por fortuna, el padre amará al niño como un acontecimiento natural

de su amor por la madre, o, más a menudo, se sienta ambivalente, puede faltarle motivación o madurez para matrimonio y paternidad. A veces, el padre se pondrá ansioso ante el aumento de su responsabilidad, o ante su identificación con su propio padre. En algunas ocasiones las ideas del padre de lo que deben ser el papel de la madre y el papel del padre están en conflicto con las ideas de la madre al respecto, así si el padre es inseguro en su labor, será incapaz de llenar las necesidades de madre e hijo.

VARIABLES AMBIENTALES:

Muchas variables ambientales afectan al feto, sobresalientes entre ellas están, estado nutricional de la madre, lo mismo que enfermedades, medicamentos y otros agentes tóxicos, y vicisitudes del propio proceso del nacimiento. Por ejemplo, premadurez grave (peso al nacer menor de 2 Kg.), complicaciones graves del embarazo, del parto o de ambos fenómenos, y tensión familiar grave, han contribuido de muchas maneras a los trastornos de la conducta en la vida madura, incluso cuando se conserven constantes los factores de clase social.

Los problemas de conducta más comunes relacionados con la premadurez grave, es decir, con un peso menor de 1,361 Kg., son hiperactividad e inquietud, por lo contrario, desde luego, las complicaciones del parto no producen, de manera ne-

cesaria, trastornos psiquiátricos.

Lo que queremos señalar es que el pequeño llega al mundo con un desarrollo ya complejo dentro de él mismo, poseedor de una serie de funciones que operan de manera que le son peculiares y hacen una contribución activa a sí mismo, lejos de ser una "mentalidad virgen", el lactante, al nacer, tiene ciertas características de conducta, adquiridas incluso antes de nacer por la interacción de los genes y el ambiente, que son únicas para él. Más aun, estas funciones operan de manera que podemos decir que existe, al nacer un estado de adaptabilidad parcial. Desde luego, no hay pruebas en la actualidad de que exista nada consciente; en esta etapa, el pequeño anencefálico, al nacer, puede tener muchas de las características de conducta de un niño normal (aunque desde luego, en el caso de un niño anencefálico no existe de hecho desarrollo subsecuente), por último, en el momento del nacimiento es posible observar de manera más directa la interacción entre el equipo biológico del lactante y su ambiente.

En resumen, la mayoría de los niños nacen en un ambiente que ha sido más o menos preparado para ellos, un ambiente que, de hecho, nunca es "ideal", pero por fortuna es al menos "lo suficientemente bueno", y al que estos pequeños, en parte, han contribuido por sí mismos. Más aún, la actividad

mental del pequeño convierte a un ambiente "suficientemente bueno" en un ambiente perfecto ("la buena madre ordinaria es suficientemente buena").

DESARROLLO PSICOSOMATICO:

En la vida del hombre solo los dos primeros decenios reciben el nombre de época del desarrollo, pese a que tanto el soma como el psique evolucionan hasta la muerte. El final del primer desarrollo psíquico es libre y capaz de encargarse del desarrollo posterior en relación con los ideales vitales adquiridos en el curso de la maduración.

"Desarrollo de la sexualidad": Se produce cuando las glándulas sexuales están plenamente maduras, corresponden dichas glándulas al sistema endócrino, que entre las más importantes incluye las tiroides y paratiroides, las suprarrenales, la pituitaria, las gónadas ó glándulas sexuales, el timo, la pineal y los islotes de Langerhans.

El periodo de adolescencia se estructuran los diversos cambios orgánicos, tanto somáticos como psíquicos que orientan la personalidad diferenciadamente respecto a masculinidad o feminidad. En el periodo infantil las gónadas se encuentran en potencia sin que se manifiesten por el control que sobre ellas ejercen el timo y la glándula pineal, más

al llegar la pubertad, superan este control, despertando los cambios y modificaciones, tanto internos como externos. Entre estos últimos se encuentran, como característicos, el cambio de voz, el vello y la aparición de la barba (varones), y el ciclo menstrual (hembras).

El desarrollo psíquico no representa una línea recta, sino que tiene lugar en tres fases fácilmente diferenciables: la fase preescolar, la fase escolar, y la fase de la pubertad y la adolescencia.

La evolución psíquica depende: por una parte, de la base constitucional, esa potencia invisible en la que están impresas todas las posibilidades humanas y, por otra, el ambiente. Los medios con que el ambiente penetra en el niño son:

La alimentación, los cuidados externos y la educación. Por consiguiente, la personalidad más importante para el niño pequeño, es la madre, si falta ésta, su sustituta debe reemplazar el amor materno.

1. Fase Preescolar: El recién nacido demuestra su disconformidad, su malestar, por medio de gritos. La expresión inicial activa de complacencia se manifiesta por medio de la primera sonrisa, hacia la edad de 3 a 6 semanas. En el transcurso de los meses venideros se produce una diferenciación

de los sentimientos, presentándose las manifestaciones de susto, sensaciones de temor, alegría, contento y simpatía o antipatía que pueden expresarse con claridad, debilmente o solo de un modo condicionado. Las excitaciones intensas de los órganos de los sentidos, los ruidos estridentes o el cogerlo con brusquedad, asustan al lactante, si la impresión sensorial desagradable se relaciona constantemente con otra vivencia, de este modo podría encontrarse la explicación de muchas reacciones anormales en los años posteriores.

Los órganos de los sentidos, cuya capacidad perceptiva va desarrollándose poco a poco, abren el mundo exterior para el niño, se despierta en él la conciencia de los objetos y el interés por éstos. La percepción, la atracción o repulsión, afectivas, el acercamiento o alejamiento imperioso y voluntario, se hallan todavía íntimamente ligados en el niño pequeño y su presentación es casi simultánea. El fundamento de reconocimiento de objetos se halla en las experiencias repetidas y análogas. Así el niño de un año puede "comprender", a su modo, el objeto del enfriamiento del biberón, y a partir del segundo año de vida lo hace por medio de reflexiones elementales. Por medio de la locomoción conquistan el espacio, pero el niño no permanece estacionario en sus percepciones sensoriales del ambiente; cada día es mayor en él la necesidad interior de buscar una denominación para los objetos percibidos, los sucesos y sus relacio

nes de interdependencia, consiguiéndose así el desarrollo del lenguaje.

Durante el curso de los tres primeros años el niño adquiere generalmente tres objetivos cardinales: aprehensión, por medio de los órganos de los sentidos, designación, por medio del lenguaje; comprensión, de un estrecho y sencillo ambiente, por medio del pensamiento.

A partir del tercer año el desarrollo no cursa solamente de modo auditivo, por oposición, sino que empieza a desarrollarse el "yo", la propia voluntad. Los niños con un temperamento activo presentan manifestaciones más o menos intensas de obstinación, los niños pasivos exteriorizan un carácter más apacible, se hacen llorones o miedosos y sufren una regresión, por ejemplo: hablan de un modo más infantil o comienzan de nuevo a orinarse en la cama. No en todos los niños se presentan estos síntomas de esta primera fase obstinada, o primera pubertad, sin que por ello sea necesario que éste comportamiento constituya un signo de una personalidad débil, de carácter pasajero o más profundo. En los tres primeros años se trata de descubrir; ahora comienza el inventar, un conformar y plastificar según leyes que, de un modo completamente personal, brotan del niño. Esta fuerza creadora se manifiesta como un instinto, que brota del niño y lo afecta todo, el lenguaje, el pensamiento.

to, el mundo de los objetos, y se llena con representaciones que brotan del mágico mundo interior infantil.

2. Fase Escolar: Hacia el sexto año y sin ayuda exterior, completamente por si mismo, el niño sano comienza a adaptar su mundo fantástico al real.

El joven escolar dispone cada día de mayores esfuerzos psíquicos que le permiten una concentración de unos treinta minutos sobre determinada tarea, en consecuencia, se amplía de modo considerable su capacidad de comprensión y su memoria. La conquista del simbolismo de la escritura demuestra la profundidad de su capacidad psíquica.

Ahora el niño ya es apto para ser conducido cuidadosamente por el maestro al mundo de la simple realidad, aprende a conceder duración a la palabra por medio de la escritura; ordena sus conceptos cuantitativos por medio del cálculo, y su fantasía creadora va limitándose progresivamente dentro del marco de las posibilidades reales, lo que se manifiesta, hasta el momento de la pubertad en la progresión de su capacidad representativa y en su facilidad en los cálculos.

Del décimo al duodécimo año, hacia los diez años se despierta la capacidad de abstracción, es decir, pensar en re-

presentaciones que no precisan ininterrumpidamente de la realidad tangible. Hasta ahora, el niño solo veía los objetos "por fuera"; ahora, no solo comprende lo interior, sino también las relaciones internas. Una vez asegurada esta nueva característica se posibilita la realización de un paso más hacia la independencia con respecto a los padres. Niños buenos y cariñosos, por naturaleza, con sus padres, prefieren ya salir con sus compañeros de clase, robusteciéndose en ellos, cada vez más, la renuncia a la ayuda paterna. También es inconfundible el aumento de la actividad prepuberal de la personalidad. Comienza a hacer su aparición las travesuras intencionadas y, en algunos casos, las desviaciones de tipo delincuente realizadas con plena conciencia de su carácter perjudicial.

3. Pubertad y Adolescencia: Con el cambio de configuración corporal experimentado durante la pubertad, el niño sufre una transformación psíquica cuya riqueza y significación no queda atrás de las variaciones somáticas. La irrupción de la personalidad puede dar lugar, según el temperamento y, sobre todo, según la educación precedente, aún despliegue del psiquismo o a una crisis.

La nueva conciencia del "yo" proporciona al niño la sensación de independencia, la posibilidad de la decisión libre, pero también la responsabilidad. Referido a sí mismo,

desprendiéndose cada vez más del ambiente actual, el joven percibe los peligros de la vida con mucha mayor amplitud y sensación de amenaza que anteriormente; pueden presentarse intensas sensaciones de miedo, hacia el futuro, las cuales condicionan una disposición caracterológica de tipo depresivo, que puede ser pasajera o duradera y que llega hasta el desánimo o el deseo de muerte. La conciencia del "yo" es todavía tan débil que provoca la contraria de una nueva seguridad, es decir, una gran auto-inseguridad y desaliento que puede llegar hasta la completa fatiga psíquica y la desesperación, a ello hay que añadir las sensaciones desagradables procedentes del cuerpo que con frecuencia ha crecido de modo desproporcionado haciéndose obeso o magro, mostrando las feas pústulas del acné, con sudoración abundante y olor desagradable, con frecuencia cansado, fatigado, hipotónico, todo ello sin contar con las alteraciones somáticas paralelas a la madurez sexual.

El psiquismo no solo reacciona frente a tales sensaciones desagradables, con oscilaciones depresivas, sino que encuentra otros escapes, según la riqueza de ideas, el temperamento y el dinamismo del ambiente. Se observan comportamientos regresivos de tipo necio, fatuo, o pueril, o bien el joven se quereñó, en su pensamiento con el destino y, sobre todo, se entrega a ensoñaciones de las cuales se imagina cómo podrá demostrar al ambiente la fuerza de su perso

nalidad, otras veces llega al contrataque activo; se hace obstinado, muy brusco, atrevido, insolente, especialmente frente a sus educadores.

Adolescencia: Durante la adolescencia, que entre los dieciseis y diecisiete años se impone cada vez más sobre la pubertad, se presentan los afectos positivos de la nueva fase del desarrollo del "yo". Se percata del desarrollo anémico de otros seres humanos y adquiere interés y comprensión por su biografía. Después de los dos primeros decenios de su vida, el ser humano se halla completamente desarrollado desde los puntos de vista psíquico y somático, libre y preparado para seguir su curso vital de modo independiente. Habiéndose desarrollado sus disposiciones a favor del medio que le suministra determinado ambiente, queda ligado a él, encontrándose sometido a sus leyes e inmerso en su realidad, se ha transformado así en un miembro o eslabón de su estrecha sociedad, de su país.

4. Desarrollo de la Lfido: El camino hacia el desarrollo psíquico normal, heterosexual y monógamo de la sexualidad es largo y, frecuentemente, atraviesa crisis más o menos intensas. Generalmente el desarrollo se realiza sobre el camino erróneo de la poligamia y, ocasionalmente, sobre la liberación homosexual, hasta el verdadero amor monógamo. En cualquiera de los periodos de la evolución sexual, sobretudo

en ambientes inapropiados, puede llegarse a los excesos; el infantil puede permanecer detenido en cualquier eslabón. Algunos pedagogos consideran curativa y aún necesaria para el desarrollo de una sexualidad normal, la íntima e intensa amistad afectiva entre camaradas del mismo sexo y edad. No hay que luchar contra ella, sino dejarla apagarse espontáneamente. Es menos ofensiva cuando no conduce a actividades homosexuales. El miedo a estas posibles consecuencias produce peores resultados que ella misma, el miedo tiene dos raíces; en primer lugar, una predisposición negativa e instintiva a la autoliberación antinatural, que compromete el porvenir de la especie, una sensación vergonzosa de carácter arquetípico que ha encontrado su precipitado consciente en los sentimientos religiosos y costumbristas. En segundo, la exagerada acentuación de ésta prohibición en el medio ambiente del joven. Con la pubertad aumenta la disposición para las afecciones psíquicas sobre todo la esquisofrenia y la epilepsia, no obstante al hacer un pronóstico sobre las afecciones psíquicas del periodo puberal, hay que reflexionar que nos hayamos frente a un periodo revolucionario y pasajero, pues ya en la adolescencia se nivelan las ondas. En esta edad, quizá más que en ninguna otra, se implican síntomas psicógenos, vegetativos y somáticos. Una dirección moderada, comprensiva, que despierte la confianza del púber; seguida de la oportuna ilustración de los padres, puede obrar milagros.

PATRONES DE CONDUCTA DEL NIÑO:

Recién Nacido = Al nacer, el niño está dotado con un equipo emocional, que incluye miedo, hambre y alegría. La respuesta miedosa a los cambios abruptos de posición, es de lo más notable, esta reacción, sin embargo, es vencida en pocos meses por el continuo manipuleo de la madre.

Niño de dos años = No está suficientemente adelantado como para permitir relaciones interpersonales prolongadas. Prefiere todavía el juego solitario, y le gusta más mirar lo que otros hacen que participar en un juego. A los dos años de edad el niño es todavía muy pequeño para llegar a él sólo con palabras y debe organizar su experiencia tocando, manoseando y palmoteando. Depende mucho de su madre y tiene tendencia a ser asustadizo.

A veces el odontólogo deberá examinar o tratar a un niño de dos años, por lo tanto, es conveniente prestar atención al esquema de la conducta y el grado de desarrollo que puede esperar a esa edad, y debe procurar determinar si el niño se está desarrollando según la norma. A los dos años los niños difieren muchísimo en su capacidad de comunicación sobre todo porque existe una diferencia considerable en el desarrollo del vocabulario a esa edad, si el niño tiene un vocabulario limitado la comunicación será difícil. A esta edad el

odontólogo debe permitir que el niño sostenga el espejo, huela la pasta dentrífica, o sienta la tacita de goma, al hacer lo tendrá una mejor idea de lo que el dentista intenta hacer.

Al niño de dos años lo suele intrigar el agua y el lavado. Se lleva bien con los miembros de su familia, sin embargo el padre parece ser en muchos casos el favorito, puesto que a esta edad el niño es tímido ante la gente extraña y los lugares y le resulta difícil separarse de sus padres, casi sin excepción debe pasar acompañado al consultorio. No debe esperarse que niños menores de tres años respondan a preguntas u órdenes directas.

Niño de tres años = A éste nivel de edad el niño ejemplifica generalmente, el comienzo de la semidependencia. Se puede pactar con él, y si se le da una buena razón cooperará con frecuencia en casos que no le agradan hacer. Esta es también conocida como edad del "yo también", y puede observarse un interés en compañeros de juego imaginativos. La madre casi siempre, es la preferida. Ya el niño de tres años es capaz de sentarse en el sillón por si solo, muchas veces permitir que la madre se siente donde él pueda verla le dará confianza y le ayudará a conservar compostura.

Con el niño de tres años el odontólogo suele poder comu-

nicarse y razonar con más facilidad durante la experiencia odontológica. Tiene un gran deseo de conservar y amenudo disfrutará contando historias al dentista y sus asistentes, en esta etapa, el personal odontológico puede comenzar a servirse de un abordaje positivo.

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

Niño de 4 años = Esta es la edad del "porque y como", durante la cual el niño expresa independencia y resistencia. A éste nivel de edad, puede vestirse solo, le gusta estar con compañeros, alardear y jactarse de sus posesiones.

El niño de cuatro años por lo común escuchará con interés las explicaciones y, normalmente, responderá bien a las indicaciones verbales, los niños aunque tienden a exagerar en su conversación. En algunas situaciones, el niño de cuatro años puede tornarse bastante desafiante y puede recurrir al empleo de malas palabras. En general, sin embargo, la criatura de cuatro años que haya vivido una vida familiar

feliz con un grado normal de educación y disciplina será un paciente odontológico muy cooperador.

Niño de cinco años = En muchas ocasiones, el niño de cinco años puede distinguir entre verdad y mentira, y es capaz de autocrítica, le gusta terminar lo que ha comenzado y hay un orgullo social por las ropas y los conocimientos, a esta edad es amante de la alabanza y seguro de sí mismo.

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

Niño de seis años = Ya para los seis años, el niño comienza a mostrar algún interés en las personas fuera del hogar, especialmente en los niños que encuentra en la escuela o en los lugares de recreo. Hay un despertar del sentido social, que se hace evidente a poco de comenzar la escuela,

se nota una gradual expansión de actividades fuera del hogar, interés que es llevado hasta los años preadolescentes, con los varios clubes y pandillas.

Gesell se refiere al niño de seis años como un niño cambiado. Las manifestaciones tencionales alcanzan a ésta edad un pico con lo que pueden incluir estallidos de gritos, violentas rabietas y golpes a los padres. Con la debida preparación para la experiencia odontológica, se puede esperar, sin embargo, que el niño de seis años responda de manera satisfactoria. Esta es la edad de la independencia.

Años Preadolescentes = Durante este nivel de edad, entre los ocho y trece años, hay una tendencia a asumir prerrogativas adultas, y la lealtad a los compañeros de colegio y a la pandilla.

III. INTRODUCCION DEL NIÑO A LA ODONTOLOGIA

El adoctrinamiento sobre la odontología consiste esencialmente en enseñar al niño a encarar una situación nueva y a seguir las instrucciones del personal odontológico. El proceso suele cumplirse con mucha facilidad si el odontólogo permite que el niño inspeccione el consultorio odontológico y el medio como por casualidad, pero al mismo tiempo tratando de grabar en el niño la necesidad y la importancia de la situación.

Después de familiarizar al paciente con el consultorio, nuestro próximo objetivo será el ganar su confianza total. Esta se ganará por medio de la conversación; el odontólogo debe llevar a la mente del niño la idea de que comparte y conoce sus problemas.

De este modo se establece una confianza mutua y se humanizan las relaciones del profesional con su pequeño paciente. El odontólogo podrá ser notar que cuando él era niño él también tuvo que ir al dentista porque arreglarse los dientes es necesario.

Ya llegado el momento de tocar el tema del tratamiento dental, será conveniente que se le pase el air rotor con

la fresa en acción por la uñita de manera que sienta en la uña lo que se le va hacer en los dientitos. El odontólogo y sus colaboradores deben recordar que el niño en particular el paciente de primera vez, desconoce por completo el hecho de que un diente doloroso o una infección periapical plantean una amenaza al bienestar. En cambio, el niño puede ver en el odontólogo y sus colaboradores la verdadera amenaza, si el personal odontológico toma bien en cuenta este hecho, le servirá para comprender la reacción del niño normal en el consultorio. El primer objetivo en el manejo exitoso es establecer la comunicación y hacerle sentir que el odontólogo y sus asistentes son sus amigos y están interesados por ayudarlo, pueden hacerlo logrando que el niño tome conciencia de la importancia de la visita odontológica y los diversos procedimientos.

El profesional, además de mostrar un interés positivo en el paciente, debe ser sincero y cortés, y desarrollar un aire de confianza en sí mismo. El control de la voz, por parte del profesional es un factor muy importante en el manejo del paciente. El tono y el énfasis empleados al hablar con el niño, produce reacciones favorables o desfavorables. Al trabajar con niños, el odontólogo debe ser muy cauto, tanto en su aspecto personal como en el de su consultorio, la vista de instrumentos, manos, toallas o delantales manchados de sangre asustan a los niños. El número cinceles, fresas

y forceps a la vista debe ser en todo momento el mínimo necesario para la operación. Muy afortunado es el profesional cuando no demuestra dolor o susto en las expresiones de su cara, mientras está trabajando. Frecuentemente uno ve una cara seria, la boca torcida hacia arriba de un lado, o un rostro que pasa por una variedad de contorsiones, mientras que su poseedor está preparando una cavidad o extrayendo un diente, la falta de interés, la indecisión o la rabia, son expresiones difíciles de eliminar del rostro y todo operador que posea estas deficiencias no debería trabajar para el paciente niño. El color de los uniformes que se usan en el consultorio dental, es también importante, los tonos de gris, azul o verde parecen muy adecuados, el color blanco, es asociado en muchas circunstancias con la aguja hipodérmica o experiencias desagradables en el consultorio médico.

A) Diferentes tipos de padres:

El niño no viene solo al consultorio, le traen sus padres. Habitualmente, la mamá. Cuando la relación madre-hijo es correcta, las cosas suelen ir bien, si el niño se siente querido y seguro en su hogar, no le será difícil superar las lógicas inquietudes que promueva el acercarse a la situación odontológica, respaldado por la tranquilidad de su madre y la confianza que demuestra al profesional. Pero si los sentimientos de los padres respecto de la odontología no son positivos, y esto es lo más frecuente, si ellos

expresan abiertamente sus temores y ansiedades, o los mal disimulan, si han presentado al odontólogo como figura castigadora, las cosas no serán tan fáciles.

Las actitudes de los padres son de gran importancia para el desarrollo de la personalidad durante la primera infancia. La conducta de ellos hacia el primer hijo depende de su personalidad innata, de la forma en que fueron creados, de las técnicas en que fueron educados y de si su crianza fue emocionalmente satisfactoria. Sus actitudes se hallan influidas además por sus experiencias durante la adolescencia y la madurez, y por su ajuste a la situación conyugal. Su conducta hacia los hijos posteriores se modificará por sus experiencias con hijos anteriores.

Las demandas de los padres de satisfacción emocional pueden ser compatibles con un desarrollo apropiado de la personalidad del hijo, o pueden dificultar más o menos gravemente su progreso.

Con respecto a lo anteriormente mencionado se dará una clasificación de los diferentes tipos de padres:

- a) Tipo Afectivo o Consentidores: El matrimonio tardío, el hijo único, el adoptado, el Benjamín de la familia puede llevar a un cariño exagerado, a demasiadas alabanzas y

mimos, por parte de los padres. Esos niños están preparados inadecuadamente para ocupar su puesto en la casa o en la escuela, y les falta valor en el consultorio odontológico.

La actitud normal de los padres hacia su hijo es de afecto, un sentimiento real de pertenencia solo surge cuando el niño cree que es amado, comprendido y aceptado. Pero, en determinadas circunstancias, las relaciones entre padre e hijo pueden modificarse en dirección de excesivo o deficiente afecto con consecuencias más o menos graves para el hijo.

Se usa el término "afecto excesivo" para caracterizar la conducta de madres cuya devoción a sus hijos es extraordinariamente intensa. No permiten que intereses competidores se interpongan en sus deberes maternos y reducen sus otras relaciones en la vida -conyugales, sociales, intelectuales- a un mínimo.

Se ve a veces exceso de afecto en familias numerosas cuando el último niño nace tras un largo intervalo. En esta situación, el niño más pequeño puede acaparar afecto excesivo no solo de la madre, sino también de los hermanos.

b) Padres Protectores: Algunas madres insisten en monopolizar ~~todo el tiempo~~ de su hijo, sin permitirle jugar con otros niños. Los síntomas prominentes, expresados en un niño así, son la negativa a alterar con otros y un comportamiento irresponsable. Generalmente intenta controlar cada situación y se niega a someterse a cualquier autoridad. Imprudencia, rabietas, y fanfarronerías, son características comunes y se niega a jugar con otros niños en un pie de igualdad.

Un largo periodo de espera de un niño es un potente factor. Así, el exceso de protección es frecuente cuando la madre se casa relativamente tarde, cuando procede un largo periodo de esterilidad al nacimiento del hijo, cuando ha sufrido varios abortos espontáneos o cuando adopta un niño tras algunos años de intentar tener un hijo propio. Un hijo es probable que sea excesivamente protegido si la madre sabe, por una razón u otra que no va a tener más hijos. Los hijos de madres excesivamente protectoras e indulgentes encuentran dificultad para hacer ajustes sociales, cuyo grado es proporcional a la intensidad de la actitud materna.

Los niños son, como grupo, exigentes, egoistas y tiránicos, y piden atención, afecto y servicios constantes. Responden a las negativas a cumplir sus deseos o a los

requerimientos para mantener la disciplina con impaciencia y accesos de mal genio o asalto.

El cuidado excesivo se refiere a la continuación de actividades como alimentación vestido y baño, después de la edad usual en el niño. La lactancia natural es probable que se prolongue indevidamente. El efecto de esta clase de crianza es retrasar la maduración psicológica del niño o "infantilizarlo". El contacto excesivo se refiere a la tendencia de las madres a permanecer en relación social constante con sus hijos. En algunos casos, continúan durmiendo con ellos, aún en la adolescencia, las madres manifiestan su excesiva actitud protectora, además, protegiendo al hijo contra los riesgos ordinarios de la niñez. Limitan el juego del niño con otros para que no se lastimen, no aprenda malos hábitos o contraiga una enfermedad contagiosa.

- c) Padres Indulgentes: A veces los padres no le niegan al niño la menor cosa o deseo, dentro de los límites de la entrada económica de la familia, ni se lo restringen en ninguna de sus actividades. Los padres y madres cuya infancia ha sido poco satisfactoria plena de penurias económicas y estrecheces, son, con frecuencia, demasiado indulgentes.

Los abuelos generalmente prodigan los mimos. La abuela a menudo cree que, como ve pocas veces al niño tiene derecho a complacerle en todo lo que desee. A veces, el niño es sobornado de ésta forma para que preste mayor atención a su abuela que a la madre, esta actitud indulgente de la abuela con no poca frecuencia provoca fricción entre el esposo y la esposa.

La indulgencia excesiva impide el desarrollo emocional del niño, manteniéndola en el estado de dependencia infantil en el que un acceso de llanto o una rabieta es suficiente para que los padres satisfagan todas las demandas. El niño mimado es el niño exigente, acostumbrado a obtener lo que desea, insiste en pronta respuesta y recurre a lágrimas y accesos de enojo si no obtiene rápidamente buenos resultados. Sus demandas son a menudo irrazonables, porque todas las solicitudes razonables ya han sido satisfechas. Espera ser lisonjeado y se lleva mal con otros niños que no ceden ante él, necesita distracción y generalmente es incapaz de divertirse. Con frecuencia está aburrido, y los adultos que le rodean se mantienen atareados ideando diversiones para él. No puede confiarse en su comportamiento cuando va de visita porque no coopera y exige atención continuamente, los padres acceden a sus solicitudes al principio, pero, como se hace cada vez exigente, su actitud

puede cambiar, y entonces puede que se muestren irritados y enojados con él.

- d) **Padres poco no afectivos:** La indiferencia de los padres, en la que queda poco tiempo para el niño, puede ser evidente por razones sociales o económicas la incompatibilidad entre la madre y el padre, celos en el hogar, o cuando hay padrastros, pueden conducir a un sentimiento de inseguridad por parte del niño. Todo niño necesita el interés, estímulo y guía de sus padres. Por falta de afecto de los padres o rechazo se entiende el desagrado que causa en los padres su hijo, el grado de aversión varía desde la ligera indiferencia hasta la intensa aversión.

Puede existir desde el nacimiento o surgir al final de la infancia. Su aparición puede predecirse a menudo por la actitud de los padres durante el embarazo. No es nada extraordinario.

La indiferencia de los padres, o la disminución del interés de estos por el hijo, generalmente es resultado de una falta de estrecha asociación entre los padres y el hijo. Las actividades de la madre puede que sean principalmente fuera del hogar por razones de negocios, profesionales o sociales y que disponga de poco tiempo pa-

ra el hogar. En una familia grande, o cuando el niño es asignado a una sustituto de la madre esta tiene pocas oportunidades de conocerlo. El padre puede que haga demandas del tiempo de cumplir sus deberes de madre. No es raro que el padre carezca de asociación con el hijo, porque sus intereses principales generalmente están alejados del hogar. Pueden darse todas las comodidades materiales, pero no el afecto.

El niño parece que acepta la situación y se conforma como se espera de él. Sin embargo, se muestra generalmente inseguro de sí mismo al no tener oportunidad de ser amado si no tiene padres o no ser merecedor del afecto si los tiene. Puede que se muestre indiferente a sus padres y busque un padre sustituto que lo ame y a quien pueda amar. Al crecer, no aprecia su hogar y lo que sus padres le han dado, y se muestra abiertamente resentido de ellos.

- e) Padres autoritarios: Esta ideología profesa el perfeccionamiento y coloca el premio sobre la progresión no desviada en línea recta. Supone que el adulto sabe que necesita aprender la nueva generación. Tales padres sostienen que sus hijos son individuos formadores de hábitos, quienes pueden ser moldeados en determinados patrones de conducta. La ideología no es incompatible

con las tendencias del pensamiento totalitario y la disciplina bajo este régimen, tiende a ser severo y, en muchas ocasiones cruel. Esas exigencias parentales tienden a producir negativismo y un sentimiento de inseguridad en el niño que se expresaran en el consultorio odontológico.

Algunos padres son incapaces de aceptar al hijo tal como es, pero exigen que actue de conformidad con las ideas de ellos. Se ejerce un gran esfuerzo y excesiva autoridad para tratar de enseñarle. Los padres con un fuerte sentimiento de inferioridad se sienten contrariados si el hijo no responde en la forma deseada y, por tanto, asumen una actitud dominante para apasiguar su sensibilidad ofendida.

En ciertos casos, hay una sincera creencia de que es la mejor forma de preparar al niño para el futuro. El progenitor excesivamente autoritario es indevidamente crítico y correctivo.

La respuesta característica del niño pequeño a la autoridad excesiva es sumisión acompañada de resentimiento y evasión. Temeroso de rechazar abiertamente las órdenes que recibe recurre a la lentitud en el comer, el vestir, el lavarse, etcétera; y a menudo se le caracte-

riza como un niño lento. Raramente desobedece directamente, poco busca métodos de evasión, como por ejemplo, ocultar alimentos que se le ordenó que comiera o decir que no ha comido un dulce cuando ha comido dos. Obedece la letra de la orden, pero no la intención. Esta conducta lenta y evasiva es característica y cuando se encuentra, debe inducir a sospechar un progenitor excesivamente autoritario. La rebelión abierta contra la excesiva autoridad se manifiesta por conducta inquieta, mentir, robar y faltar a la escuela.

- f) Padres Divorciados: El divorcio es una cuestión de profunda preocupación para los hijos, pero no deben ser profundamente traumatizados por él si los padres abordan inteligentemente la situación. Son especialmente dañosas las situaciones en las que los padres tratan de hacer participar a los hijos en sus disputas. Puede que usen al niño como confidente, abrumándolo con detalles de la mala conducta del otro; en otros casos, se hace sentir al niño que es responsable de la disgregación de la familia. Las reacciones de conducta al divorcio son no específicas y dependen del desarrollo del niño. El niño pequeño puede reaccionar con resistencia a la enseñanza del excusado, trastornos del sueño, rabieta de mal genio. El niño de edad escolar con problemas de enseñanza; el adolescente con conducta antisocial. El ni

ño pequeño, cuya vida se centra en gran parte en el hogar es probable que sea más intensamente afectado. Pero, como es pequeño sus reacciones emocionales no son tan intensas como después, y es probable que olvide con mayor rapidez. Por el contrario el adolescente ha creado intereses fuera del hogar que son importantes para él; en consecuencia, los acontecimientos que se producen en su familia no le afectan tan gravemente, pero debido a su desarrollo intelectual posee una comprensión más profunda de las consecuencias del divorcio para sus padres y para él.

Una reacción común en los hijos de padres divorciados es la culpabilidad. Creen que son responsables de dividir a los padres. Otra reacción común es la confusión es probable que el niño ame a ambos padres, pero, si la situación ha sido manejada mal, se siente desleal a un progenitor cuando ama al otro.

Una consecuencia especialmente desafortunada del divorcio mal abordado es que los hijos tienden a conformar sus relaciones con el sexo opuesto de conformidad con lo que han visto en su familia. Tienden a repetir los errores de sus padres.

Los padres divorciados deben restringir su hostilidad mútua en presencia del hijo. Deben tratarse entre si con

respeto, y el hijo debe ser criado para que respete a ambos padres. Son ambos buenas personas que se separan porque tienen diferentes puntos de vista sobre la vida.

- g) Padraastro o Madrastra: El efecto de un padraastro o una madrastra en el hogar depende de la personalidad de los que intervienen y de lo que sucedió antes de la llegada de él o ella. Si el hogar fue transformado anteriormente por disensión de los padres, si el hijo ha estado alejado de su hogar porque era imposible cuidarlo de otro modo, o si el padre o la madre verdadero murió cierto tiempo antes, el padraastro o la madrastra puede que llenen una necesidad real de este modo vuelvan a reunir con éxito a la familia.

Por el contrario, si el padraastro o la madrastra es considerado como un intruso indeseable, puede crearse una difícil situación. El padraastro o la madrastra se comportan en forma muy parecida a los padres verdaderos. Quizá sea un poco más autoritarios y no tan indulgentes. Los problemas que se plantean son afectados por las actitudes de ellos. De igual modo que con los padres verdaderos. Es desafortunado que se han escrito muchas historias de niños sobre la crueldad de los padraastros o m adrastras.

Los niños es más probable que sean celosos del afecto entre el padrastro y su madre o entre su padre y la madrastra que entre los verdaderos padres. La tendencia de los niños que tienen padrastro o madrastra a pensar, a desconfiar, a ser agresivos y sensibles es probablemente el resultado de lo que sucedió antes de la llegada del padrastro o la madrastra, y no del efecto de dicha llegada en el niño.

El niño debe ser preparado para la llegada del padrastro o la madrastra en forma muy parecida a como se prepara a un niño adoptivo para su nueva situación. Lo que el niño comprende es más probable que lo acepte.

B) Influencias Ambientales:

En el presente capítulo se tratarán las diferentes influencias ambientales que pueden modificar el comportamiento del niño en el consultorio dental ante el profesional, en seguida se mencionará algunos de estos factores:

- A) Primer contacto social (escuela)
- B) Influencia social
- C) Influencia religiosa

A) Primer contacto social (escuela): El niño que asiste al jardín de niños, logra obtener una mayor relación con otros niños y se adaptará a situaciones con mayor facilidad, siempre y cuando la información en cuanto a nuestro campo no este transformado.

Si la dirección académica e interpersonal del niño dentro de su escuela está positivamente llevada y aparte nosotros llevamos una buena labor de educación dental e higienica, podemos afirmar que el presente niño se adaptará a los distintos procedimientos dentales.

La escuela primaria y secundaria, aparte de ser provechosa por la educada instrucción en el aula, brinda también al niño contactos personales, en el patio de recreos, con muchas historias falsas sobre la odontología. Si el niño no ha escuchado tales conversaciones en el hogar o en el vecindario, seguro que oirá cuentos horripilantes sobre la odontología, de labios de sus compañeros. El niño asocia entonces odontología con dolor e incomodidad, a no ser que otros niños, quienes ya han ido al dentista, o el maestro, la visitadora escolar y puedan dirigir correctamente su pensamiento respecto a la asistencia dental.

- B) Influencia social: El mundo de los niños no es únicamente su familia y sus compañeros de escuela, sino que se relaciona en su vida social llamémosle así, con otras personas y niños que pueden ser capaces de modificar favorablemente o desfavorablemente su carácter y conducta.
- C) Influencia religiosa: La influencia religiosa cualquiera que sea, es un factor positivo en el desarrollo psicológico del niño basada fundamentalmente en la influencia familiar.

Aunque no debe generalizarse acerca de la importancia de la influencia religiosa, estudios realizados por Croww demuestran que el niño que ha crecido con educación religiosa, tiene mayor sentido de responsabilidad, respeto y honestidad, que aquel que fué educado en un ambiente carente de éstas normas.

La educación religiosa favorece e incrementa y contribuye a la formación de una sana conciencia.

Pese al conocimiento a menudo limitado de la psicología del niño, los odontólogos logran en general llevarse bien con los niños y son capaces de trabajar con el mismo grado de eficiencia que con los adultos.

El verdadero niño problema en el consultorio dental es la excepción. Sin embargo, al odontólogo le resultaría mucho más fácil aceptar cada niño si supiera que un problema de conducta o un estado de ansiedad pueden ser diagnosticados con facilidad y resueltos, tal aceptación se producirá sólo como resultado de estudios e investigación continuos en el campo relativamente intacto de la psicología infantil en relación con la odontología.

- A) Niño tímido, vergonzoso y huraño: Esto es muy común en el niño que no ha salido de su casa y no ha tenido oportunidades de tratar con otras gentes y niños; se sienten muy diferentes ante el doctor, miran al suelo, se esconden, no contestan a las preguntas, etcétera.

Hay muchas razones por las cuales el niño puede ser tímido, asustadizo o vergonzoso, como la falta de oportunidad para alternar con personas fuera del ambiente hogareño, poco afecto de los padres, ser único hijo, los sermones exageradamente críticos y excesiva autoridad de los padres. Puede tratarse también de un niño psicológico y emocionalmente inmaduro y, por lo tanto, dependiente.

Es fácil descubrir al niño corriente asustado pues tratará de esconder su cara detrás de la pollera de la madre, o mirará al suelo, o a otra parte, cuando se le dirija la palabra. Responde a pocas preguntas o comentarios, si es que responde, y no cooperará mientras esté rodeado de esta caparazón. Esta reacción es común en el niño preescolar, especialmente en quien no ha concurrido al jardín de infantes. Los niños de las zonas rurales o semi-rurales, son afectados más a menudo que los de las zonas urbanas, quienes han tendido, por lo general, más experiencia con otras personas.

La asistente y el profesional deben hacer toda clase de esfuerzos para que el niño y la madre se sientan cómodos lo más pronto posible. En estos casos puede frecuentemente llegarse al niño a través de su madre.

B) Niño mimado y sobrecuidado: Al llegar al consultorio no lloran pero patean, quieren a su mamá a su lado para que los proteja; esta les ofrece comprarles juguetes con tal y se porten bien es decir que la madre actúa como compadeciéndose ante el pobre niño que sufre en la consulta dental.

Bajo estas circunstancias se le pide al padre o a la madre que salga de la sala de trabajo y espere en la sala de recepción, si se rehusa a hacerlo recuerdele entonces que el primer día que el niño va al Kinder, no se le permite a la madre sentarse junto al niño para ayudarle a que se acostumbre a este nuevo ambiente para él. También recuerdele que cuando el niño va a que se le practique una amigdalectomía, no se le permite a la madre que entre a la sala de operaciones. Sus últimas palabras cuando ella decida dejar el cuarto será para reconfortarla diciéndole que de ninguna manera se va a maltratar a su hijo y que deje de preocuparse.

Entonces es tiempo ya para que el dentista haga acto de presencia y le diga a la madre que el está acostumbrado a tratar con este tipo de niños en su consultorio.

C) Niños desafiantes: También en un tipo de niños sobre protegidos, tipo niño único al cual sus padres le prestan mucha atención hacen lo que el quiere, son niños difíciles poco habladores y solo dicen no quiero.

Algunos chicos demasiado protegidos por sus padres, en particular los varones, desafían al odontólogo a

que intente hacerle cualquier trabajo. Esos niños no lloran y raramente dicen mucho. Una de sus expresiones comunes es: "No abriré la boca". Algunos han agregado: "No quiero que me hagan ningún trabajo y no me importa si mis dientes tienen caries". Una capa exterior arrogante rodea a ese niño y si se consigue alguna cooperación, hay que apelar a su fanfarronería.

Cuando se ha obtenido la confianza y consentimiento del padre para ver al niño a solas, el problema estará resuelto, ya que el tratamiento discutido previamente para el niño desafiante o caprichoso, convencerá rápidamente a este chiquillo de quien manda en el consultorio. Estos niños llegan a ser excelentes pacientes y verdaderos amigos en corto tiempo.

- D) Niño miedoso: Hay que partir del punto que todos los niños miedosos, pero algunas veces vienen del área subjetiva, sobre lo que otros han dicho, padres, amigos, etcétera, sucede frecuentemente cuando los padres los castigan diciéndoles que los van a llevar al dentista, por lo tanto lógicamente el niño al llegar a la consulta va atemorizado, temblando, llorando.

El miedo solo puede ser vencido estableciendo con-

fianza en el individuo. La imaginación vuela en los niños cuando se acercan al consultorio odontológico por primera vez y ¡qué agradable sorpresa recibe cuando encuentra una asistente y un profesional sonrientes, amables y comprensivos!

A cada uno le gusta ser elogiado y reconocido, y más de una lágrima fue detenida con algún comentario gentil y considerado. Siempre hay algo por lo que podemos complementar al niño: el cabello, los zapatos, los vestidos, su estatura o un logro. Nunca debe perderse oportunidad para estimular la amistad, comprensión y apreciación de los méritos del pequeño.

El miedo puede ser controlado, ganando la confianza de los niños a través de un interés positivo en sus preferencias sus gustos y disgustos, sus amigos, o aún en su religión.

- E) Niños enfermos: Generalmente son niños con problemas mentales, desnutrición, deficiencias, sus síntomas dependen de las condiciones de la enfermedad, pero generalmente están nerviosos y llorando y por lo tanto responderá a la visita dental según como el dentista lo haya tratado y recibido y según las necesidades emocionales que han sido analizados por el dentista.

El niño o la niña enfermos o cuyo estado físico no justifica un esfuerzo adicional, deben recibir el tratamiento mínimo necesario para calmar el dolor y la eliminación de cualquier fuente importante de infección, si es aconsejable. A estos niños se les debe hacer un servicio de emergencia hasta que esten lo suficientemente bien como para completarles su tratamiento dental.

VI. DIFERENTES PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS

Introducción e Historia:

A la palabra anestesia bien conocida y comprendida se le esta añadiendo en el vocabulario dental otra segunda palabra analgesia porque las dos palabras no son sinónimas y no deberán confundirse entre sí. Anestesia se deriva del griego AN = No y AISTHESIS = sensibilidad —no sensible; AN y ALGESIS = dolor— no dolor.

Los anestésicos locales comenzaron a usarse en 1884 con el descubrimiento de la cocaína y fueron una realidad cuando Einhorn, en 1905, sintetizó la procaína.

La anestesia general, fue introducida por William T.G. Morton, dentista de Boston. El 16 de octubre de 1846, el doctor Morton administró éter a Gilbert Abbott, a quien había extirpado un tumor mandibular, el conocido cirujano Dr. John C. Warren. Durante el año siguiente a la demostración del doctor Morton sobre anestesia general, el éter se usaba en todo el mundo para conquistar el dolor provocado en cirugía. Sin embargo, la profesión dental hizo poco uso de este agente.

En este breve esquema histórico, debemos mencionar también el papel principal que ha desempeñado el óxido nitroso en la anestesia general y la sedación. Fue adoptado por los cirujanos bucales durante el primer cuarto de este siglo y ayudó en gran manera al desarrollo de "máquinas de gas" logrado por científicos como McKesson y Heidbrink.

Después de 1935 los cirujanos odontológicos adoptaron la administración intravenosa de Pentotal enseñada por Lundy, y han desarrollado su uso junto con el óxido nitroso y el oxígeno hasta llegar a un alto grado de perfección en la anestesia general del paciente externo. Hasta hace pocos años, el practicante general no había logrado el mismo progreso. Todavía, para un paciente normal, la silla dental sugiere dolor, molestias y en ciertos casos incluso horror. Por esto durante en las últimas seis décadas se han hecho pocos progresos de anestesia odontológica general excepto para mejorar la difusión y potencia de los anestésicos locales, y mejorar la instrumentación. Hoy en día, muchos pacientes no temen a la cirugía bucal bajo anestesia general.

Novocaína o Procaína: Por lo que actualmente se sabe, las cualidades deseables de un anestésico local son los siguientes:

1. Mínimo de toxicidad compatible con el tejido y la sangre.

2. Isotonicidad.
3. Ser mezclable con adrenalina.
4. Ser alcalino, en lo posible no sobre 7.8 ph.
5. Fácilmente esterilizable, sin alterar la solución.
6. Aplicable en dosis exactas.

Con arreglo a estas cualidades, la novocaína es tan superior a todos los otros agentes que es el más adecuado para anestesia local en operaciones dentales.

Los distintos tratamientos odontológicos que es menester efectuar en los niños constituyen por lo general un problema de difícil situación.

El eficiente control del dolor es condición previa para una odontopediatría exitosa. Es tarea del odontopediatra eliminar un concepto muy arraigado equivalente a: "dentista = dolor".

Cuando el niño sufre por una de nuestras medidas, ya no será más un paciente confiado en el futuro, resultará muy difícil, si no imposible, hacerle comprender al niño pequeño que debe soportar un poco de dolor para tener dientes lindos y sanos.

La afirmación de que el odontólogo necesita la reacción dolorosa del paciente para darse cuenta de la cercanía de la

pulpa hoy día no debería tener validez, supuesto que el profesional tenga buenos conocimientos anatómicos; aunque es cierto que la anestesia total aumenta el peligro de lesionar la pulpa, permite por otra parte una preparación correcta.

Anestesia Local: La anestesia local es el verdadero medio de elección para el control del dolor en odontopediatría y debería ser usada por regla en los tratamientos conservadores y quirúrgicos.

Su acción permite que estos se realicen de la mejor manera, con mayor eficiencia y tranquilidad.

En caso necesario se la combina con premedicación y analgesia con oxido nitroso. Si se usa un anestésico de superficie y una aguja descartable bien aguzada, el dolor de la punción se reduce a un mínimo y el niño apenas lo siente.

Desde luego pueden realizarse trabajos de operatoria dental en algunos niños sin anestesia, pero en la mayoría de los casos su empleo significa una gran ventaja para el odontólogo y el niño. Este debe ser preparado para la inyección, eligiendo cuidadosamente las palabras que se emplean.

Se le explica que solo el diente se duerme, lo que puede compararse con la conocida sensación del "pie adormecido".

Cuando el niño pregunta: ¿Va a doler?, se le dirá la verdad respecto del dolor que le causará un pequeño pinchazo.

TECNICA DE LA ANESTESIA LOCAL:

Equipo:

Jeringuilla de alta presión prefiriendo el tipo Carpule.

Agujas hipodérmicas, preferentemente no corrosibles.

Jeringuilla de Luer de 3 cc. tipo largo.

Una aguja de irridioplantino de 3 cm. y calibre 23 cm. con guarnición de seguridad.

Solución, con preferencia en ampollas.

Novocaína, al 2 % estéril, isotónica, con poca adrenalina, desde un tercio, con mínimo hasta un medio, lo que es preferible por centímetro cúbico. Si se usa mayor proporción de suprarrenina, hay que hacer lentamente la inyección.

Anestesia por Infiltración: Es el método preferido para la mayoría de los dentistas caducos, especialmente cuando las raíces están prácticamente reabsorvidas.

Dientes Superiores: Insértese una aguja bien afilada en la parte lingual de la encía, hasta llegar al hueso a distancia de 3 a 6 mm., lingualmente, del espacio interproximal

que es mesial y distal al diente.

Conserve el bisel (pico de faluta) de la aguja hacia el diente, paralelamente al hueso alveolar. Introdúzcase rápidamente en el tejido, inyectese una muy pequeña cantidad de la solución de novocaína y esperese un momento para dejarlo actuar; conseguido esto introduzcase la aguja hasta hacer contacto con el hueso, porque allí la solución puede entrar en los diminutos conductos y anestesiar los ramos nerviosos que inervan el diente.

Después de inyectar de 5 a 10 gotas en cada punto lingual observese el tejido labial o bucal.

La porosidad del hueso infantil en crecimiento y el gran poder de difusión de los anestésicos locales modernos, casi siempre hacen innecesaria una anestesia regional en el maxilar superior (agujero infraorbitario, anestesia en la tuberosidad, conducto incisivo); por lo menos para los tratamientos conservadores, y para extracciones aisladas.

En principio, el anestésico debe ser depositado sobre el periostio lo más cerca posible de la pared ósea vestibular, en la región apical del diente enfermo.

No se inyecta nunca en tejido enfermo, especialmente

si tiene inflamación aguda, caso en el que está indicada siempre la anestesia por óxido nítrico y oxígeno.

Antes que todo, la seguridad es la mejor regla a seguir. Son muy frecuentes los malos resultados por infección y sus consecuencias, sería muy desagradable verse en este caso, porque es imposible justificar el haber inyectado en tejido inflamado.

Por otra parte, es más satisfactorio poder probar que se ha procedido correctamente.

Inyección Cigomática Posterior o de la Tuberosidad: Unte se el tejido del vestíbulo sobre el área del primer molar permanente, con solución desinfectante. Insértese la aguja en lo alto del tejido, moviendo hacia arriba, hacia atrás, y algo hacia adentro, a la profundidad de unos 15 a 18 mm.

A medida que se inserta la aguja, va inyectándose gradualmente la solución y, por último, se deposita de 1 a 1.5 cc.

Esto anestesiará el primer molar permanente, cuando se infiltre el tejido vestibular. No se debe hacer la conductiva del nervio palatino anterior por el foramen palatino posterior, porque se anestesia el paladar blando y el pa-

ciente experimenta una sensación de ahogo durante media hora o más.

Inyección en el Pliegue Bucal: En el maxilar superior, se colocan en lo alto del pliegue, depositando 1 c.c. solución y dando masaje en el área. Este procedimiento es muy satisfactorio a causa de la porosidad del hueso del niño y porque se evitan las áreas enfermas.

Dientes Inferiores: Debido a las relaciones anatómicas, existe ahí poco tejido lingual y el conveniente para la inyección está en el espacio interproximal. En la superficie bucal (labial y vestibular), la naturaleza ha provisto de una abultada masa de tejido blando para resistir la fuerza de la masticación esto da un excelente cuerpo de tejido en el que se puede poner con seguridad la inyección, por tanto, si no hay inflamación las áreas ideales son exactamente, la bucal o la labial de los espacios interproximales mesial y distal.

Anestesia Regional: Para tratar un cuadrante del maxilar inferior se aplica la anestesia regional. En el niño el agujero mandibular se halla por debajo del plano oclusal de los dientes temporales; la punción debe realizarse, por tanto, algo más bajo y hacia distal que en el adulto. La mucosa vestibular (inervada por el nervio bucal) debe ser

anestesiada en forma adicional mediante un pequeño depósito en el surco vestibular.

Siendo más satisfactoria para extraer el primer molar permanente o dientes cáducos que todavía tienen largas y torcidas raíces. Es fácil realizarla con muy poca molestia. Tengase presente que la mandíbula de un niño de 5 a 12 años es casi dos tercios del tamaño de la de un adulto; por tanto, colóquese la punta del dedo índice en el espacio retromolar, úntese una solución desinfectante e insertese la aguja en el tejido, cruzando la aguja entre los tercios superior y medio y 8 mm., sobre el plano oclusal.

Muevase la jeringuilla, que se había colocado paralelamente a los dientes del lado inyectado a través del área canina del lado opuesto; entonces, encajese la aguja unos 2 cm., no más hasta chocar con el hueso y depositese de 1.5 a 2 c.c. de novocaína al 2 %.

Infiltrese al tejido bucal, porque bajo el está el nervio bucal mayor que no queda anestesiado por la anterior inyección.

Después de diez a quince minutos se sienten la lengua y el labio como agrandados con sensación de estar calientes o fríos, no se operará hasta que no pase el estremecimiento

que suele producirse. Repitase el proceso si es necesario. Esta inyección debe anestesiar todos los dientes inferiores del lado inyectado, excepto el incisivo central que está inervado por anastómosis del otro lado.

ANESTESIA GENERAL

El tratamiento con anestesia general, se emplea cuando en el consultorio es imposible tratar a un niño con anestesia local o en su defecto la anestesia local está contraindicada, pero a su vez la anestesia general si está indicada, o se trate de pequeños pacientes a los que hay que realizar les intervenciones quirúrgicas tales como; (extracciones múltiples o la apertura de un absceso u otro tipo de cirugía mayor).

La anestesia general esta indicada en los siguientes casos:

- A) Niños mentalmente débiles, mongoloides, espásticos, etcétera.
- B) Niños en quienes todos los otros métodos no dieron resultados satisfactorios.
- C) Pacientes con alergia con anestésicos locales.

Muchos de estos pequeños pacientes pueden ser tratados bajo anestesia general; pero la anestesia en los niños ya constituye de por sí otro problema.

Las causas por las que se presentan estos problemas anestésicos son:

1) El alto metabolismo infantil, que proporciona un reducido campo para la anestesia. Este elevado índice metabólico exige una gran cantidad de oxígeno. La hipoxia puede presentarse, con la consiguiente lesión de los centros nerviosos superiores.

2) Un volúmen sanguíneo relativamente bajo.

3) Un sistema nervioso inmaduro e inestable.

El problema de la anestesia en los niños debe estudiarse desde dos puntos de vista: la operación a realizarse y el agente anestésico. Ambos están íntimamente ligados.

La operación debe ser considerada desde dos aspectos: exodoncia y cirugía mayor: o dicho de otra manera el paciente infantil ambulatorio y el de internación.

El paciente infantil ambulatorio: Es el niño a quien

hay que efectuarle una o varias extracciones dentarias, u otro tipo de intervención que pueda realizarse en el consul torio dental. Para estos pacientes deben emplearse dos agentes anestésicos: el Protóxido de Azóe y el cloruro de etilo.

El paciente infantil de internación: Operaciones mayores, tales como extirpación de tumores, corrección de labio leporino u otro tipo de cirugía, exigen que el niño sea internado y que se le intervenga estando entubado. Este método asegura la permeabilidad de la vía aérea y evita deglución o entrada de sangre y cuerpos extraños al árbol respiratorio. Para estas intervenciones puede usarse los siguientes anestésicos; ciclopropano o pentothal.

IV. HISTORIA CLINICA

En psiquiatría infantil, como en cualquier rama de la medicina, la historia clínica ayuda al diagnóstico e indica que datos clínicos y de laboratorio ulteriores deben solici-tarse. El proceso de efectuar la historia clínica es decisivo para la evolución de los problemas de conducta de los niños, dado que la historia de la vida de un niño da indicaciones sobre los orígenes de la perturbación y hace posible un aporte eficaz a su mejoría.

Es cierto, sin embargo, que algunos psiquiatras especia-lizados en conducta infantil consideran que la historia clí-nica sólo tiene una importancia superficial. Este desprecio por la historia clínica objetiva puede estar asociada con la actitud de que el diagnóstico no interesa y que lo único im-portante es tratar "integralmente al niño".

La historia clínica es el documento en el cual vamos a registrar (anotar) todos los datos del paciente tanto pato-lógicos como no patológicos, esta historia clínica es la que nos servirá durante todo el tratamiento del paciente.

En el interrogatorio es importante la relación entre la

madre y el hijo, la mamá proporciona los datos y será un porcentaje de 80 a 90 %, y del hijo sería de un 100 % porque el pequeño es el que presenta toda la sintomatología.

Una buena historia clínica señala el inicio y desarrollo de la enfermedad y proporciona una correcta obtención y sistematización de datos.

I. DATOS GENERALES:

A) Nombre: El nombre del paciente nos sirve para relacionarnos bien con él, también se le preguntará sobre el nombre de estimación o el diminutivo del mismo para infundirle confianza.

B) Edad: Conocer cual es la evolución o crecimiento y también con respecto a la dentición que el niño presenta así como su edad con meses.

C) Sexo: Porque algunas enfermedades se presentan más en sexo femenino y otras en masculino.

D) Fecha de Nacimiento: Para comprobar la edad, concordancia con el nacimiento.

E) Lugar de Origen: Para saber de que región viene y

darnos cuenta del tipo de enfermedad que caracterizan a esa región.

F) Dirección: Este dato nos servirá para en caso de accidente localizar a sus padres, también nos servirá para la administración medicamentosa en alguna dosificación equivocada o que se haya prescrito equivocadamente.

G) Grado Escolar: Este dato nos ayudará para saber que nivel cultural presenta nuestro paciente y así poder comunicarnos con él, para explicarle mejor el tipo de tratamiento que vamos a seguir.

H) Nombre del Padre o Madre (acompañante): Esta información nos servirá para que la persona que acompaña al pequeño, nos autorice el plan de tratamiento y hacerlo al mismo tiempo responsable de los cuidados subsecuentes.

II. MOTIVO DE LA CONSULTA:

En esta parte de la historia clínica nos vamos a adentrar en los problemas de salud dental que afectan a nuestro pequeño paciente por medio de los siguientes datos:

A) Síntomas agudos y vagos.

B) Etiología: Dolor por caries, fractura, movilidad, extracción, hemorragia, objetos extraños, o cualquier otra alteración a nivel general.

III. ANTECEDENTES PERSONALES:

Esta información se obtendrá interrogando a la madre sobre las enfermedades de la infancia del niño, como son:

- | | |
|---------------------|-----------------|
| A) Viruela | G) Difteria |
| B) Varicela | H) Escarlatina |
| C) Tosferina | I) Hepatitis |
| D) Sarampión | J) Tifoidea |
| E) Fiebre Reumática | K) Rubeola |
| F) Poliomielitis | L) Tuberculosis |

IV. ESTADO GENERAL:

Se interrogará a la madre por aparatos y sistemas. Se preguntará si el niño presenta: Fatiga, peso ganado y perdido, fiebres y sudoraciones.

A) Sistema Nervioso: Se pregunta si el pequeño presenta irritabilidad, algún tic, espasmos, convulsiones y cefalea.

B) Vista o Aparato Ocular: Preguntar si hay presencia

de cambios visuales, fotofobia, edema palpebral y visión doble.

C) Oídos: Agudeza de la omisión, dolor y secreción.

D) Nariz: Preguntar si presenta alguna obstrucción nasal y epistaxis.

E) Boca y Faringe: Presencia de dolor y dificultad a la deglución.

F) Aparato Respiratorio: Preguntar por la presencia de tos, disnea, expectoración y hemoptisis.

G) Aparato Cardiovascular: Preguntar sobre taquicardia, edema, cianosis y dolor precordial, frecuencia del pulso a diferentes edades.

H) Aparato Genitourinario: Cantidad de orina, olor, color, dificultad o dolor a la micción, incontinencia y secreción en caso de que haya.

I) Aparato Gastrointestinal: Apetito, vómitos, evacuaciones, forma color, moco, sangre, dolor y distensión abdominal.

J) Extremidades: Observar si nuestro paciente presenta malformaciones como; macromelia, micromelia, sindastilia, disostosis, dolor, edema, fuerza muscular, deformidad y limitaciones.

C O N C L U S I O N

Al concluir la presente tesis y después de haber obtenido los datos de la misma, me di cuenta que en este campo, hace falta gente capacitada (Odontopediatras), para poder comprender y tratar al niño en sus diferentes etapas de crecimiento y desarrollo, y hacer de ellos buenos pacientes en lo futuro.

El odontopediatra deberá estar capacitado tanto dental como psicológicamente, ya que por medio de la psicología el profesionalista podrá adentrarse a la conducta del niño, y así conocer sus inquietudes, sus problemas psicológicos, así como sus juegos favoritos, y lo que considero de gran importancia, es la relación madre-hijo, ya que por medio de todos estos factores podremos ganarnos su confianza y así una vez que se comprende al niño, éste podrá colaborar más con el odontopediatra.

Yo elaboré mi tesis acerca de la psicología infantil ya que considero que es de gran importancia, porque el futuro de la odontología está enfocada hacia el pequeño paciente, ya que el odontopediatra será el que introduzca al niño al tratamiento odontológico.

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

Dr. Bakwin Harry
Desarrollo Psicológico del Niño Normal y Patológico
Editorial Interamericana
4a. edición 1970.

Dr. Cinotti R. William - Arthur Gieder
Psicología Aplicada a la Odontología
Editorial Mundi
1a. edición

Dr. Charles John
Odontología para Niños

Dr. Floyd Hogeboom Eddy
Odontología Infantil e Higiene Odontológica
Editorial Hispanamericana
6a. edición 1958

Dr. Lutz J.
Psicología y Psicopatología Infantil
Edición Morata
1a. edición

Dr. Lewis Melvin
Desarrollo Psicológico del Niño
Editorial Interamericana
1a. edición

Dr. Leyt Samuel
Odontología Pediatrica

Dr. M. Hellman Louis - Jack A. Pritchard
Obstetricia
Editorial Salvat
1a. edición 1973

Dr. MacDonald Ralph
Odontología para el Niño y el Adolescente

Dr. P. Hotz Rudolf
Odontopediatria
Editorial Médico Panamericana 1977

Dr. Sidney B. Finn
Odontología Pediátrica
Editorial Interamericana
4a. edición

Dra. Stella Chess
Introducción a la Psiquiatria Infantil
Editorial Paidós
1a. edición 1967