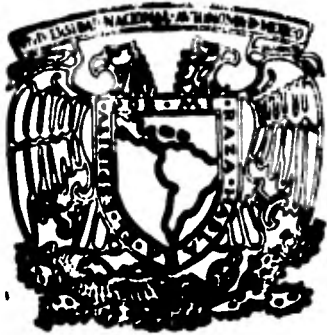


24 471

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**PSICOLOGIA APLICADA A LA
PRACTICA ODONTOLOGICA**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:**

ROBERTO LIRA OSUNA

MEXICO, D. F.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

- I INTRODUCCION
- II DOLOR (VISTO PSICOLOGICA Y FISIOLÓGICAMENTE)
- III TEMOR-MIEDO (RELACIONADO SIEMPRE CON PSICOLOGIA INFANTIL)
- IV TRATAMIENTO DEL PACIENTE INFANTIL.
- V FARMACOLOGIA (MEDICAMENTOS TRANQUILIZANTES - MENORES.
TRANQUILIZANTES - MAYORES.
MEDICAMENTOS HIPNOTICOS)
- VI CONDUCTA DEL MEXICANO CON RELACION AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.
- VII ENCUESTA - LO QUE AGRADA Y DESAGRADA AL PACIENTE DEL CIRUJANO DENTISTA.- 2 CASOS RELATADOS.
- VIII CONCLUSIONES.
- IX BIBLIOGRAFIA.

I

INTRODUCCION

En la práctica de la Medicina de la cual es parte importante la Odontología, ciencias con las que de una manera u otra todos estamos relacionados (como profesionistas que las ejercen o como pacientes) debemos de enfrentarnos diariamente a situaciones en las que interviene el dolor y el temor (miedo).

Se debe estar conciente de la existencia de estos factores y la influencia que estos tienen con la salud de individuo. Estan intimamente ligados más no se necesitan a uno del otro, o sea pueden existir independientemente del otro.

Hay entonces una necesidad de averiguar las causas de la aparición de estos problemas que nos complican más la relación Médico- paciente y sus posibles soluciones como forma para mejorar esta relación y para poder atender a un número mayor de pacientes en estados patológicos menos avanzados y por lo tanto con tratamiento más saludable y conservador para el paciente.

El temor lo encontraremos en todos nosotros pero se manifestará en diferentes formas y actitudes.

El paciente no va al dentista por diferentes razones- pero siendo la más importante el temor.

Este temor a veces tiene su origen en experiencias -- previas y desagradables con el dentista y se podrian decir hasta cierto punto razonable. Pero existe el temor a lo que se -- piensa que sucederá o se le va a hacer sin tener aún idea o sin haber ido nunca a ningun dentista.

O sea la imagen del dentista está atrofiada y desviada a muchos puntos menos al que debía de ser.

Estamos considerados como sacamuelas (con la vieja, -- imagen de aquel barbero del siglo XIII y con la bata llena de -- sangre, despiadado y hasta con cierto grado de insencibilidad -- y rudeza, y grotesco.

Otra imagen es la de un ser que nos castiga con su taladro y libra una sangrienta batalla con los monstruos de la caries.

Pero debemos aceptar que estas imagenes se los ha ido

ganando, por méritos propios el dentista ya sea por falta de comunicación con el paciente, por su brusquedad, por su afán, pasivo de no sobrepasar las fronteras de lo necesario e instruirse y capacitarse más, por su falta de tacto y demostración de -- sentimiento, que lo pueden hacer parecer con ser humano y no -- con monstruo frío.

Es importante hacer notar la imagen que tenemos ante la gente y los demás profesionistas especialmente los médicos -- generales que nos ven como artesanos manuales sin conocimiento del ser humano ni como persona ni como organismo. Con esto no -- se quiere menospreciar a los artesanos (trabajo muy honorable, -- delicado; complicado y necesario) sino que simplemente el Cirujano dentista no es solo artesano (solo tiene o debe tener una -- pequeña parte).

El dentista deberá trabajar recordando que alguna vez ha sentido dolor o temor y que son cosas como las que no se juega y a la que una persona está indefensa ante nosotros pero que a pesar de todo nos confia su salud y sus sentimientos esperando una respuesta positiva y salvadora.

Esto será dando un poco de tiempo al paciente para -- que nos comente lo que siente y evitando nosotros tomar actitudes que al paciente lo pongan más predispuesto y tenso.

Seamos amigos del paciente y esto él jamás lo olvidará por que estamos iniciando una relación desventajosa para él -- porque él es el que tiene el problema y nosotros estamos para -- sacarlo de ahí.

Se tratara de plantear lo que siente el paciente por -- el dentista, lo que le gusta y lo que no le gusta de él y lo -- que para el paciente seria el Dentista ideal., y relacionar este sueño con una realidad que es tratarnos de acercar más o ser lo más parecido posible a ese sueño.

Para esto es necesario hacer encuestas con todo tipo de gente.

Sabemos que muchas veces el paciente viene a nosotros por que ya no aguanta el dolor, que tiene un temor muy grande -- al dentista pero ese dolor vence al miedo, pero ese paciente no -- va convencido de que ir al dentista es normal y rutinario. El -- va, obligado por el dolor y eso será una experiencia que lo -- obligue o lo conduzca a seguir actuando igual y así relacionará que solo se va al dentista cuando no se aguanta la boca.

Este dolor siempre nos indicará un síntoma o signo de una enfermedad más avanzada y con tratamientos menos saludables, más complicados y menos conservadores para el paciente, así es que si se acostumbra a que debe sentir dolor nunca podremos actuar como verdaderos dentistas, ya que uno de los aspectos importantes de la Odontología es la prevención como mejor método de conservar la salud.

Todo esto, puede tener sus raíces desde la infancia. La mala información de los padres, falta de cuidados, falta de dentistas, falta de dinero para tratarse.

Los padres no informan al niño por la simple razón de que ellos tampoco están informados, de modo que la labor de información debe ser tanto a nivel de niños como de adultos y así convencerlos de ir con el Odontólogo con fines preventivos, pero como se ha dicho esto solo se logrará cuando el paciente sienta deseos y seguridad de ir al dentista por el buen trato y servicio que se le ha brindado (se le debe brindar).

Eliminar por completo el "si te portas mal te llevo con el dentista" (DENTISTA-CASTIG) sinónimo).

Se tratará de ver los mecanismos del dolor (fisiología etc.) sus diferentes manifestaciones y las maneras de contenerlo o bloquearlo, claro sólo brevemente.

También respecto al miedo sus manifestaciones, sus diferentes tipos y tratamientos de diferentes tipos para controlar las casi como algunas drogas.

También la importancia de ubicar la odontología a la Ideología del Mexicano y su ahí se va y el; ¡mañana lo hago!

Esto es pues dar un enfoque psicológico y social a la Odontología sin salirse de lo necesario para el paciente y el dentista y como un método que puede influir mucho en la salud general del individuo.

Si hay un conocimiento más que solo físico con el paciente mejor será la relación mutua.

Dolor es tal vez la definición más elocuente es la que dice que es "una molestia que sentimos", la cual puede venir del daño del tejido producido por condiciones externas, como el calor (quemadura) traumatismo (golpe, herida etc)., pero también, -- proviene, como todos sabemos muy bien de "dentro" de nosotros en forma de dolores de muela, dolores de cabeza, retortijones menstruales, dolor, ortico, o el intratable dolor que acompaña a -- los últimos grados del cancer.

Nuestra susceptibilidad al dolor conduce a menudo a la especulación de lo maravilloso que sería que pudiese más no sentirse (imagínese: vivir inmunes al dolor. Reflexionando se desmora esta fantasía, ya que la capacidad de experimentar dolor -- así como sus propiedades motivacionales, es de hecho uno de los dones más grandes que nos ha dado la naturaleza.

Las personas que nacen insensibles al dolor, y esto sucede con personas, han de vivir una vida precaria. Incluso la estimulación que daña, seriamente alguna parte de sus cuerpos pasa inadvertida para ellos a menos que la perciban de manera casual y responden a ella de una manera intelectualmente aprendida.

El dolor se considera:

a) Un sistema de señales que se ha desarrollado para prevenirnos de las amenazas a la integridad de nuestro cuerpo.

b) Un sistema de defensas que automáticamente produce reflejos de retirada al igual que evitación motivada y conducto de escape. Como tal, es indispensable pero que entendemos las vicisitudes de un medio ocasionalmente hostil y las enfermedades y el deterioro que a la larga experimenta la materia viviente -- que es nuestro cuerpo.

Dolor Privado y Público.

El carácter privado de nuestra experiencia del dolor -- se hace patente cuando intentamos explicarle la molestia que sentimos a alguien más.

¿Cómo se podría comunicar, nuestro dolor a alguien que jamás lo ha sentido? La subjetividad del dolor es comparable a --

través del núcleo sensorial de uno de los nervios craneales.

El dolor es una experiencia de tipo personal que se caracteriza por una sensación desagradable y de intensidad variable que es consecuencia de la acción de estímulos de carácter perjudicial.

Dependiendo de la experiencia y del vocabulario que posee la persona que lo sufre será la explicación o información acerca del dolor.

La interpretación dependerá de los conocimientos experiencia y estado de ánimo del médico que lo escucha. Por lo tanto en nuestro caso el dolor se estudiará para su interpretación y su explicación bilateralmente.

Durante siglos se ha estudiado por médicos y filósofos y así han surgido muchas ideas. Hasta hace poco tiempo se había difundido el concepto que suponía que el dolor era un estado de sentimiento, una reacción emocional semejante a la del placer, pero se ha demostrado que el dolor es una sensación específica, que se percibe como tal, y que posee un mecanismo especial y separado para descubrir estímulos nocivos y transmitir los impulsos que llevan esta información al sistema nervioso central, la percepción del dolor se acompaña de un estado emocional, de manera que la experiencia global del dolor resulta ser de carácter complejo.

La sensación dolorosa debe diferenciarse de las reacciones que suelen acompañarla; el dolor puede provocar sufrimiento, pero no todo sufrimiento es doloroso. Una persona puede sufrir miedo y soledad, ansiedad, como respuesta emocional a situaciones de urgencia sin embargo, el dolor también produce estas reacciones como una señal que pone en guardia o alerta al ser en contra de la amenaza de su integridad.

Entonces se puede decir que el dolor proviene de estados emocionales o de estímulos físicos, o de ambos a la vez.

Considerando que el dolor es subjetivo el clínico dependerá para su interpretación o valoración de lo que el paciente relata y de la interpretación de las reacciones del paciente hacia el dolor.

Al adoptar el paciente una actitud objetiva para describir sus molestias y para separar sus reacciones de las sensaciones verdaderas, suele facilitarse mucho la tarea de descubrir el origen del dolor, pero esto no sucede con el paciente -

la de los sueños la memoria y la percepción, pero hay distinción entre la experiencia y la conducta.

El dolor a diferencia de experiencia no es público ni un acontecimiento que pueda reproducirse y por lo tanto no está sujeto al análisis objetivo ó científico, mientras que el dolor en tanto que actividad celular nerviosa o respuestas motrices, - explícitos, puede describirse objetivo y estudiarse analíticamente.

¿Es el dolor producido por el daño de los tejidos que causa un estímulo conocido, más "real" que el dolor cuyo estímulo productor se desconoce o tal vez no es más que un pensamiento o una imagen?

El dolor puede describirse en diferentes lenguajes: El neurológico, el fisiológico, el conductual y el afectivo pero ninguno de estos es una descripción más exacta o auténtica del dolor que los otros. Sólo son formas paralelas de hablar del dolor, utilizando conceptos abstractos.

El estímulo que inicia la pauta de respuestas de dolor neurológicos es un cambio intenso o rápido de la energía física capaz de producir daños a los tejidos.

Al parecer no existen receptores de dolor especializados, aunque estas terminaciones nerviosas libres no diferenciadas y distribuidas por todo el cuerpo se encargan de la percepción del dolor.

Estos impulsos se transmiten a través de dos tipos de diferentes de fibras de diferente diametro y grado de mielinización.

Las sensaciones dolorosas punzantes de diferente calidad que viajan rapidamente y se perciben de forma clara y distinta son transmitidos por fibras mielinizadas filogeneticamente más nuevas, en tanto que los dolores crónicos, lento pero no intensos se transmiten por fibras no mielinizadas y más viejas.

Los paquetes de estas (nervios) fibras forman nervios que estan por la raíz densas de la médula espinal y después de hacer sinápsis, envían impulsos a varios tractos espinales.

El tálamo es el extremo de la línea de todos los señales del dolor entrantes, aunque las fibras de dolor de los tractos espinales también se comunican con la formación reticular. - Las fibras de dolor de la cabeza transmiten señales al tálamo a -

que está excitado y nos relata sólo datos vagos, inseguros y -- generalizados.

Umbral Doloroso-. Hablando en general el umbral para los estímulos dolorosos es mayor que para el tacto, presión y - temperatura, en consecuencia pueden apreciarse estas otras modalidades de la sensibilidad en clase y grado variable sin que se produzca obligadamente el dolor.

En el libro *The nature of Pain* (Naturaleza del dolor) dice que el umbral doloroso y el de la lesión tisular son idénticas. Otra opinión es que el dolor resulta de un estímulo nocivo que indica el comienzo de daño de la terminación de la fibra sensible al dolor.

Wolf y Hardy descubrieron que el umbral para el dolor es un ser humano durante sólo un 5% en cada sujeto.

En otras investigaciones se ha descubierto que el umbral, doloroso normal no es constante en distintos sujetos, ni tampoco en un solo sujeto, en distintos momentos, puesto que en la estimación del dolor intervienen la experiencia y los juicios de valor (condicionamiento) del sujeto.

Cuando se aplica un estímulo doloroso intenso en una zona corporal se nota la elevación simultánea del umbral doloroso en otras regiones corporales (fenómeno de extinción), esto puede originar imposibilidad parcial o completa de percibir el dolor de un origen cuando hay estímulos nocivos simultáneos de intensidad igual o mayor, o de la misma importancia para el sujeto y que causan dolor de otro origen.

Dolor (Vista Psicológicamente).

Hay dos factores o aspectos del dolor a) La percepción b) La reacción.

El carácter y la intensidad del estímulo nocivo pueden ser semejantes, pero la reacción al mismo dolor (sufrimiento) difiere mucho en distintos sujetos y en una misma persona - en diferente tiempo. Sin importar el lugar donde se origina el dolor; hay factores que tienden a influir en las reacciones psicológicas.

1) Integridad del sistema nervioso.- Se refiere a la integridad de los órganos terminales, vías de conducción y centros de percepción. La disminución de la sensibilidad por lesión

nes nerviosas disminuye todas las reacciones.

2) Estado de la conciencia.- La conciencia no es una entidad de "todo o nada". Las etapas de la conciencia van desde vigilia de la mente despierta (conciencia normal), obnubilación (embotamiento), estupor (desorientación), precoma y coma, en las cuales es posible gran variedad de conexiones corticales y subcorticales. El contenido de un estímulo sensitivo tipo dolor, depende de la posición del sujeto que experimenta en un momento, y en el espectro de la conciencia.

3) Carga total del dolor.- Cuando los estímulos dolorosos llegan a los centros de percepción por muchas vías, las reacciones son mayores que si el dolor llegara por una sola vía.

4) Adiestramiento.- Hay sujetos que a causa de raza, educación, o ambiente han sido enseñados a que el dolor debe aceptarse sin manifestaciones exageradas; otras personas que no han tenido ese adiestramiento, por lo general tienen respuestas valientes, pues consideran que son (consciente o inconscientemente) apropiados.

5) Experiencias.- El condicionamiento por experiencia dolorosa, anterior tiene efecto notable en la reacción al dolor, las reacciones pueden aumentar o disminuir, según el sujeto y las circunstancias previas. El dolor intenso puede ser soportado al principio por un sujeto relativamente estable; la repetición de la experiencia puede engendrar temor en tal medida que la anticipación basta para crear reacciones emocionales y físicas intensas con vómitos y síncope.

Los sujetos menos estables pueden reaccionar de manera analoga a estímulos ligeros o moderadamente desagradables. Por lo contrario, y de nuevo según la personalidad del sujeto, la repetición de la experiencia dolorosa, puede engendrar indiferencia al dolor.

6) Atención y Distracción.- Tienen efecto notable para modificar la reacción al dolor, por ejemplo: Un soldado que no se percata de sus lesiones hasta pasado el calor del combate, o el deportista que no nota su lesión dolorosa hasta pasada la excitación de la competencia. De manera análoga, la reacción al dolor puede ser aumentada por fijar la atención en una lesión.

7) Fatiga.- Puede cambiar la reacción del dolor por diversos mecanismos; el cansancio y el agotamiento pueden ser tan intensos que la atención se desvía de la lesión.

También puede suceder que la fatiga disminuya las facultades de resistencia, y autodominio, y que las molestias pequeñas desencadenen reacciones psicológicas intensas como gritos, llanto e intento de huir.

8) Ansiedad, tensión y temor. La intensidad de sufrimiento causada por dolor depende en mucho de por factores emocionales. El estado emocional del sujeto en el momento de la estimulación depende en su mayor parte de la que signifique el dolor para él. Los métodos empleados para aliviar la ansiedad pueden disociar el dolor de las reacciones que produce, sigue percibiéndose el dolor, pero el fenómeno disminuye o desaparece. Estos resultados se han obtenidos valiéndose de ataraxicos y psicoterapia.

9) Dolor asociado con emociones agradables.- Puede dejar de ser advertido como dolor, por ejemplo cuando se asocia con éxtasis sexual o religioso, o al recuperarse la sensibilidad de una región que presentaba analgesia y parálisis.

Las mujeres que experimentan el "parto sin temor" tienen una actitud relativamente indiferente hacia el dolor del parto.

10) Sugestión-Modifica la reacción al dolor, pero no el umbral doloroso.

CLASIFICACION

El dolor se puede clasificar y para esto se han empleado diferentes métodos. De acuerdo a sus características tales como: Tipo, origen, localización, intensidad, duración, etiología; quizá la más completa y que va más de acuerdo con la presentación general, como la que se pretende en este trabajo, sea la clasificación de acuerdo con su origen.

- 1) Dolor de origen periférico.
 - a) Dolor superficial
 - b) dolor profundo (somático y visceral.
 - c) dolor referido.
- 2) Dolor de origen central.
- 3) Dolor Psicogénico.

El dolor de origen periférico se divide a su vez según su naturaleza en:

A.- Dolor de origen periférico superficial - Las sensaciones dolorosas son recogidas por los receptores de la piel y mucosa, que son en conjunto un órgano de relación extraordinariamente valioso, que nos pone en comunicación con el medio ambiente, y nos protege de él.

La evolución de la especie humana ha permitido el desarrollo de órganos especiales, para recibir sensaciones táctiles (corpúsculo de Ruffini), y sensaciones de frío (corpúsculos de Krause).

Se han descrito dos clases de dolor cutáneo: aguda (rápida o punzante) y urgente (lento y persistente).

Las dos clases de dolor y su rapidéz comparativa pueden observarse al presionar con un alfiler sobre la piel, el primer dolor es vivo, agudo y rápido, termina, y a causa de la persistencia del estímulo original, poco después se percibe el dolor urgente.

Es normal que un estímulo de suficiente intensidad, cualquiera que sea su naturaleza, produzca dolor. Cuando un estímulo necesario para producir dolor es menos que el habitualmente conocido. Se dice que hay una hiperalgesia o sea, es una respuesta dolorosa a un estímulo que habitualmente no produce dolor.

La hiperestesia o dolor exagerado al tacto generalmente se considera como una forma de hiperalgesia. Se encuentra hiperalgesia cutánea asociado clínicamente a los siguientes circunstancias.

- 1) Lesiones de la piel por agentes térmicos, eléctricos, mecánicas, químicas y privado.
- 2) Enfermedades de los nervios periféricos como el Herpes Zoster y otros neuritis de diversa origen.
- 3) Sección traumática de los nervios periférica frecuentemente incompleta.
- 4) Hiperalgesia en el límite de una zona inervada por un nervio degenerado o en fase de regeneración (dolor proctopático).
- 5) Asociado con dolor somático profundo (lesión muscular).

lar o articular).

- 6) Asociado a dolor visceral.
- 7) Asociado a lesiones talámicas
- 8) Asociada a enfermedades mentales.

B.- Dolor Profundo.- Este dolor se caracteriza por ser "sordo" pobremente localizado y difuso, proviene de estructuras tales como: periostio, músculos y vísceras.

Dolor somático profundo - Se registra a través de receptores o terminaciones nerviosas sensitivas en aponeurosis, músculos tendones, vasos, peritoneo parietal y pleural se manifiesta como local y referido: el dolor local se "siente" en el sitio que actuó el estímulo, el dolor referido, se siente al estimular una estructura situada profundamente.

Dolor visceral - Es como el dolor somático profundo, - de carácter vago, mal definido y mal localizado; tiene su origen en la víscera estimulada.

En estado de salud, las vísceras no originan dolor; se experimentan estados patológicos o tracción o tensión, puede producirse dolor intenso.

Se asocia este dolor a menudo con náuseas, vómito, sudoración, disminución en la frecuencia del pulso y en los cifras de tensión arterial o se acompaña frecuentemente de dolor referido a la pared del tronco.

El dolor visceral no puede ser provocado por presión - corte o quemadura, estímulos que si son adecuados para producir dolor somático profundo.

Estímulos adecuados para producir dolor visceral son: - distensión brusca, contracción, estiramiento o torsión de los órganos huecos y la hipóxis brusca de la musculatura visceral .. - (oclusión coronaria y vascular mesenterica).

El jugo gástrico la bilis y la sangre, derramadas en la cavidad peritoneal, al contacto con las serosas despiertan -- sensaciones dolorosas. Las mucosas del tubo digestivo son estimuladas por las secreciones con PH bajo y producen dolor.

C.- Dolor Referido - En la etapa inicial, el dolor -- visceral puede percibirse dentro del cuerpo en el sitio aproximado de las víscera, poco después y con mayor intensidad, el dolor puede localizarse de manera falsa y, referirse a una región superficial. La sensibilidad de las vísceras se refiere al sitio de distribución periférica de los nervios aferentes que provienen de algunas áreas cutáneas, el sitio particular depende del segmento medular que reciben las fibras aferentes de la víscera. Los nervios de la sensibilidad cutánea presentan distribución segmentaria precisa, en consecuencia el dolor emocional se refiere de manera bastante regular a algunos áreas segmentarias de la superficie los cuales indican de manera más o menos exacta la víscera que participa.

El sitio en que se localiza de manera falsa el dolor no sólo depende del segmento medular particular y del segmento-cutáneo correspondiente, sino también de la parte del segmento-más acostumbrada a sentir el dolor.

II Dolor de Origen Central.- Se experimenta de manera espontánea, sin estímulo físico, aparente ni lesión del sistema nervioso periférico o de las estructuras inervadas por él.

Es violento en su aparición, prolongado y difuso, se acompaña de sensaciones desagradables complejas que se conocen como desestecias.

Es más frecuente en las alteraciones medulares, que en las que afectan las envolturas de las haces y sencitivas - - Asimismo es más común en los procesos crónicos degenerativos y en las tumorales; se acompaña de ansiedad en grado tal que tiene a desorganizar la personalidad del sujeto.

III Dolor Psicógeno - En este no se puede encontrar - una causa central ni periférica y por lo tanto no es debido a - una lesión orgánica.

Se ha mencionado que el dolor es producto de un proceso perceptivo y de una reacción mental que lo consiste en conceptos, en experiencia acumulable.

El dolor psicógeno puro se supone que no es desencadenado por estímulos sencitivos; por mecanismos ampliamente discutibles, ocurre en los sujetos con neurosis obsesivas que desplazan las sensaciones hacia la periferia en un proceso de somatización, ya que supone que el dolor somático o visceral que resulta de este proceso, es mejor tolerado que los sufrimientos puramente mentales. Es una operación que puede ser consciente o inconsciente.

Reacciones físicas al dolor: Las diversas clases de dolor desencadenan reacciones de defensa consciente y las automáticas inconscientes, manifestadas estos últimos principalmente por estimulación del sistema nervioso simpático y producción de adrenalina, que hace que la sangre de la piel, cerebro y -- aparato gastrointestinal se desvie hacia los musculos; se eleva la presión sanguínea, aumenta la frecuencia del pulso y se dilatan las pupilas; esta clase de reacciones son características del dolor superficial.

En el dolor profundo, sobre todo en el intenso es causada más fácilmente insuficiencia súbita de las reacciones de defensa: debilidad, postración, bradicardia, hipotensión, a menudo náuseas y vómito sudoración y palidez, y en ocasiones síncope. Los sujetos sometidos a este tipo de dolor por lo regular buscan calma, reposo, inactividad, y alejamiento, y no presentan resistencia al intentar huir.

A menudo la actitud físico indica dolor y sugiere situación, la expresión facial de dolor verdadero, que consiste, en rasgos a afilados palidez, piel fría y humedad, dilatación pupilar y entrecejo fruncido no puede ser imitado y denota dolor verdadero con sufrimiento.

Anatomía y Fisiología del dolor.- Organos terminales.- El dolor cutáneo es provocado por estimulación de algunas estructuras de la piel; grupos especiales de fibras nerviosas -- mielinicas y amielinicas que tienen terminaciones libres.

Son fibras de 3 a 6 micras de diametro que poseen -- periodo refractario breve y transmiten los impulsos con rapidez de 15 a 30 metros por segundo, también conducen el dolor las fibras más delgadas amielinicas de la clase C de Gasser cuya conducción es lenta (menos de 2 metros por segundo).

Las terminaciones periféricas de las fibras para el dolor presentan arborización; están dispuestas de manera plexiformes y entrelazadas, carecen de estructuras anatómicas terminales especializadas, identificables.

Las terminaciones receptoras son abundantes en la superficie del cuerpo, son comparativamente escasas en las estructuras somáticas profundas y en las vísceras, y no los hay en el parenquima del sistema nervioso central y pulmones que son insensibles al dolor.

Nervios que conducen Impulsos Dolorosos.- Estas fibras estas reunidos en nervios periférico, cada uno de los cua-

les se distribuyen en un territorio cutáneo dado, estos nervios se redistribuyen en plexos nerviosos, y por último entran en el conducto raquídeo y forman los ganglios raquídeos posteriores.

Las fibras se reagrupan nuevamente en la raíz posterior entrando a la médula en forma de radículos en la línea del surco colateral posterior, al introducirse estos en la médula se disgregan en filamentos mediales y laterales.

Las fibras que conducen impulsos dolorosos pueden llegar directamente a los ganglios raquídeos por los nervios somáticos, o hacerlo de manera indirecta por las cadenas simpáticas y ganglios simpáticos, llegando a los ganglios raquídeos por virtud de las ramas comunicantes blancas.

Via Espinal.- Los filamentos laterales transportan las fibras para el dolor, mielínicas y amielínicas, entran en fascículo dorsolateral o de Lissauer, ascienden un corto trecho y terminan en la sustancia gris del asta posterior.

En este sitio nacen nuevas neuronas cuyos cilindros gris cruzan por la comisura anterior de la médula espinal y vuelven a agruparse en el fascículo espinotalámico lateral, en el cual ascienden hacia el núcleo lateral del tálamo óptico.

Percepción del dolor.

En el tálamo hay neuronas cuyas prolongaciones ascienden a la porción sensitiva de la corteza cerebral.

En la conducción más sencilla del impulso doloroso participan las neuronas: Ganglionar raquídea, espinotalámico, talamo cortical.

La corteza cerebral recibe por último los impulsos dolorosos, y es necesaria para la localización y estimación de la intensidad.

El tálamo es importante en la integración del dolor, hay reconocimiento o percepción del dolor a nivel talámico, pero se necesita la corteza para diferenciar sitios de origen, calidad y grado.

La mayoría de las personas describen la percepción del dolor de acuerdo a cuatro categorías.

- 1) Calidad - Urente (lento y persistente), punzante -

(agudo y rápido), sordo (persistente y mal localizado), o combinaciones de estos tipos.

2) Intensidad - débil, intenso, soportable e insoportable.

3) Extensión - Significa localización en el cuerpo, y también forma y volumen del dolor: en un punto, una línea o tres dimensiones.

4) Duración - Incluye todos los aspectos temporales -- del dolor: calambre, relampagueante, en latidos, pulsátil; tiempo de comienzo y duración del dolor.

El estímulo - Sensaciones de la índole de presión, calor, frío, tensión tisular, irritantes químicos, indican que hay daño tisular o amenaza del mismo, y son estímulos adecuados para desencadenar el impulso nervioso del dolor.

Si el estímulo nocivo se mantiene tiempo suficiente sobreviene destrucción tisular, el dolor indica la lesión tisular pero no la gravedad de esta.

Una teoría acerca del origen del dolor afirma que un estímulo nocivo adecuado origina desnaturalización parcial de -- las proteínas celulares de las terminaciones de las fibrillas -- nerviosas, este cambio sería causado por energía térmica, mecánica, química o eléctrica; la fibra que conduce el dolor es depolarizada y transmite impulsos que los centros superiores interpretan como dolor.

Entre los irritantes químicos que posiblemente producen dolor se mencionan: iones de hidrógeno y potasio; 5 hidroxitriptamina (serotonina), a partir de plaquetas por desgregación; histamina a partir de células cebadas; polipéptidos por desintegración proteínica (cininas) similares a la bradicinina o kalidina. (formados a partir del plasma). y se describen con el nombre de plasmacinas; proteínas (globulina plasmática) que probablemente actúan en forma de enzimas proteolíticas; pueden producir dolor por acción directa en las terminaciones nerviosas, o quizá al actuar sobre un sustrato del plasma para formar una segunda sustancia.

Manifestaciones clínicas del dolor - El Médico hará -- que el paciente describa el dolor lo más exactamente posible, señalando el punto doloroso, tiempo de aparición, radiación, intensidad y carácter.

Se tomará en cuenta la edad, sexo, raza, adiestramien-

to estado emocional, veracidad, objetividad al relatar sus síntomas.

En la cara se refleja el dolor por medio de palidez, entrecejo fruncido, labios tensos y o delgados, dientes apretados ojos fijos, pupilas dilatadas.

O sea muchas veces no vamos a preguntar al paciente - acerca del dolor ya que él nos transmitirá o hará saber por medio de su expresión.

Hay pacientes que ocultan o tratan de no mostrar que duele y esto no nos debe agrandar ya que es importante saberlo.

La posición corporal generalmente se adopta tratando de proteger la región afectada.

La actitud por lo regular cesa en el dolor intenso, en el dolor superficial hay movimientos inconscientes dirigidos hacia la región donde nace el dolor.

La presión sanguínea y la frecuencia del pulso aumentan si el dolor persiste y es intenso; se produce descenso de presión sanguínea y shock.

Según la calidad y carácter del dolor difiere la facultad del paciente para describir sus síntomas.

Duración del dolor.: Es poco probable que un dolor -- muy intenso pueda experimentarse durante largo tiempo, pues este tipo de dolor significa que está ocurriendo la destrucción de las terminaciones nerviosas, y cuando han sido destruidos, el dolor suele disminuir o cesar.

Función del dolor.- Desde el punto de vista de un organismo muy desarrollado como es el hombre, el dolor actúa como señal de alarma importante que suele poner en marcha un mecanismo protector.

Las personas que carecen o tienen interrumpida las -- vías dolorosas pueden efectuar adaptaciones compensadoras al -- ambiente o sea las reacciones de alarma y defensa se ponen en -- juego sin que ocurra, percepción del dolor.

Pero estas personas están en desventaja y menos preparadas para enfrentarse a los riesgos ambientales.

Es muy importante que el dolor sea en aliado del den-

tista pues le indica patósis en el individuo, hace que el paciente acuda al médico antes de que la lesión esté más avanzada, además el dolor indica el sitio probable de la enfermedad. De lo anterior resumimos que la investigación y la interpretación adecuada del dolor, son básicos para un diagnóstico exacto.

El tratamiento del dolor dependerá donde, como y cuando se presente.

Cuando sea nuestro aliado y cuando nuestro enemigo así como del paciente también.

A veces es útil para el diagnóstico.

Nunca será justificable el atacarlo indiscriminadamente por principio, pues perdemos la oportunidad de valerlos de él como un recurso indispensable, no solo para identificar el agente nocivo, sino también para conocer la evolución del problema.

A).- DOLOR PTO DE VISTA PSICOLOGICO.

Dolor es el más común de todos los síntomas. El dolor agudo señala la necesidad de investigar la posible enfermedad física.

También provoca alarma, irritabilidad y otros cambios emocionales. El dolor crónico a menudo provoca depresión. A pesar de estos hechos, las consecuencias psicológicas del dolor son descuidadas en forma sorprendente en la enseñanza de la medicina y la literatura médica. Es la sensación de que algo desagradable está ocurriendo en una o más partes del cuerpo.

Esta sensación está a menudo pero no invariablemente eslabonado con el estímulo nocivo.

En la inmensa mayoría de los padecimientos (patológicos en general) el dolor es el síntoma principal, es la queja más significativa a nivel de cualquier sistema o aparato del cuerpo.

El dolor se identifica como el patrón de experiencia, que asociamos con lesión al cuerpo y que se describen en términos sugestivos de dicha lesión, haya ó no causas físicas o sea el dolor puede definirse como: Una experiencia desagradable que principalmente asociamos con daño hístico.

Muchas veces el médico rechaza las quejas de dolor de sus pacientes debido a que no puede hallar una causa física.

Puede haber diferencias funcionales o clínicas entre el dolor producido por daño orgánico y el llamado dolor psicofuncional. Sin embargo, el paciente reconoce una identidad o cuando menos una semejanza entre los dos, y la práctica arruinará la relación con el médico si este rechaza la realidad de la experiencia del paciente.

Podemos dividir a los pacientes con dolor en tres categorías:

A) Dolor como sintoma de alguna enfermedad, que es primordial ó totalmente psiquiátrico con poca o ninguna base física.

B) Dolor como síntoma de una enfermedad psíquica y física concomitante, donde ambos factores hacen una contribución primaria al dolor.

C) Dolor como un sintoma de enfermedad física, que produce cambios psicológicos secundarios.

Es muy importante que el dentista pueda evaluar el dolor y aceptar tanto el de origen físico (daño hístico) como el dolor psicofuncional.

Dentro de la primera categoría (A) podríamos describir otros tres subcategorías de los cuales solo hablaremos por ser la más interesante al nuestro tema (Odontología) que es una Exacerbación por factores psicológicos, del dolor provocado por un daño físico local menor.

Tal es el caso de pacientes que por su estado de ánimo etc. agravan o aumentan su sensación dolorosa a este daño físico local menor.

O sea el dolor que se incluye dentro de esta primera subcategoría se puede modificar con la excitación, la ansiedad, el miedo, la depresión, factores culturales, sexo.

Los estudios de Becker (1959) deben ser mencionados, en soldados, heridos en batalla que al saber que por lo tanto abandonarían el campo de batalla, no sentían tanto dolor como los civiles igualmente heridos que vivían en la zona de batalla.

Las mujeres sienten dolor con mayor facilidad que los varones como respuesta a estimulación nociva. Aunque en la Odontología he tenido la experiencia con pacientes de ambos sexos y

los que más fácilmente se quejan del dolor son los hombres y en la relación previa al tratamiento son los que más nerviosos, tensos y temerosos se encuentran. Esto es digno de un estudio aparte.

Igualmente un obrero resiste o tiene el umbral del dolor más elevado que un empleado. Esto es en base a experiencias de tipo doloroso más comunes en uno que en otro.

Un ejemplo de ésta exacerbación por factores psicológicos es la de un paciente con una leve artritis de la articulación temporomaxilar que se puso muy tenso por un grave problema personal. Un dolor facial intenso remplazó al malestar leve anterior. El tratamiento con analgésicos y el ajuste de la maloclusión dental proporcionó cierto alivio, pero solo, después de tratamiento psiquiátrico adicional (psicoterapia, entrenamiento con relajamiento, tranquilización), la ansiedad y el dolor desaparecieron por completo.

Esto es, que el tratamiento del dolor no solamente se va o se puede aplicar a base de medicamentos (analgésicos etc) - sino por medios psiquiátricos (psicológicos), que muchas veces serán más efectivos que los medicamentos.

Pero será necesario primero conocer el origen del dolor (físico ó psicógeno).

Esto obliga una relación firme entre la Odontología y la Psicología (entre el dentista y el psicólogo o psiquiatra según sea el caso) No necesariamente en todos los casos el dentista recurrirá al psicólogo, ya que precisamente un objetivo de este pequeño trabajo es despertar una inquietud en el dentista y en general en todo aquel que esté relacionado con la salud (Medicina) o todos aquellos que trabajan con las relaciones humanas.

A conocer la psicología, a ser un poco psicólogos a tener la capacidad por lo menos de detectar anomalías en la conducta y tratar de solucionarlas o por lo menos conocer su existencia y poder comprenderlos para poder mejorar esas relaciones personales.

Las otras dos subcategorías no las trataremos por ser consideradas como dolores producidos por una enfermedad psiquiátrica.

Los pacientes con dolor a una lesión física han mostrado que cuando menos son tan ansiosos, deprimidos y obsesivos como los pacientes con dolor y sin lesión orgánica alguna.

En una enfermedad grave, crónica, con mucho dolor, los pacientes generalmente van mostrando cambios de personalidad, especialmente depresión, ansiedad o síntomas paranoides.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR

La diferenciación entre las causas físicas y los psicógeno del dolor, requiere en minucioso examen físico y psiquiátrico. Si no se encuentra enfermedad física alguna, esto no prueba que la causa sea psiquiátrica. Si se diagnostica un padecimiento psiquiátrico, todavía tiene que demostrarse que el dolor es explicable en términos de dicha enfermedad.

Mencionaremos algunas diferencias:

- 1) El dolor de origen psicógeno por lo general afecta una ó más regiones y no tiene características segmentarias.
- 2) El psicógeno (dolor) muy frecuentemente afecta la cabeza.
- 3) El dolor psicógeno tiende a ser continuo por largos lapsos durante el día con algunas fluctuaciones, pero sin variaciones abruptas.
- 4) A menudo el dolor psicógeno lo reconoce al paciente como relacionando con factores emocionales.
- 5) El dolor psicógeno casi nunca despierta al paciente de su sueño; pero puede impedirle que se duerma o aparece después de despertar.
- 6) El dolor psicógeno responde mal a las analgesicas, y mucho mejor al tratamiento psiquiátrico.

Una vez que se ha terminado la investigación acerca del dolor (físico o psiquiátrico) puede considerarse al paciente con sus problemas psicológicos y pensar en el tratamiento psiquiátrico: El rechazar el dolor que el paciente nos remite (imaginario) es un error y una afrenta al paciente.

El tratamiento podrá ser I- Hipnosis II Biorretroalimentación III terapéutica de relajamiento. IV Acupuntura V Medicamento Psicotrópicos VI Psicoterapia.

Estas terapéuticas generalmente son usados por psicólogos y psiquiatras, pero nada impide o daña al Odontólogo el cono

cerlos y hasta usarlos, claro con conocimiento y limitación hasta donde el caso lo permita sin arriesgar el bienestar del paciente, esto es, en casos sencillos, pero al ser mucho para nosotros no dudar en remitirlo con alguien más capaz (psiquiatra, -- Psicologo etc.)

Mencionaremos solamente el objetivo de cada uno de estos métodos como terapia al dolor.

I- Hipnósis

Estado de profunda concentración y aislamiento, que -- puede enseñarse mediante profunda relajamiento mental y muscular, Hay 3 fases.

Concentración o relajamiento, seguido de concentración en fantasías placenteras para desprender de la mente los eventos desagradables (como el dolor).

Durante la hipnósis el terapeuta intenta debilitar los reflejos condicionados que aumentan la personalidad total y reforzar los reflejos de sostén.

II Biorretroalimentación

A través de información acerca del funcionamiento de -- ciertos partes del cuerpo el paciente aprende a influir sobre -- ciertos procesos corporales mediante la relajación volitiva

III Terapeutica de Relajamiento.

Este método intenta construir una barrera contra la -- tensión y la ansiedad mediante una autorrelajación por concentración. Y como la ansiedad y el dolor están intimamente relacionada al desaparecer la ansiedad se puede aliviar o cuando menos disminuir el dolor.

IV Acupuntura.

Se considera un proceso basado en neurofisiología. Algunas consideran este método como psiquiatrico, por que piensan que esta técnica es efectiva por sugestión o hipnósis. Los cambios neurofuncionales son según su opinión causados o provocados por una hipnosis de movimiento.

V Medicamentos Psicotrópicos.

Tienen 3 efectos bien conocidos: sedación ansiolisis - y elevación del ánimo. (Fenotiacinas y Antidepresiones)

Este tipo de medicamentos tienen lo que al parecer es un efecto analgésico distinto, cuando son empleados solos, o en combinación dentro del grupo.

Es desalentador que uno de los grupos más comunmente usados de medicamentos psiquiatricos, los benzodiacepinas tengan solo valor limitado en los pacientes con dolor crónico.

VI Psicoterapia.

La psicoterapia de apoyo es de gran utilidad en el alivio del dolor, inclusive mucho mas que la psicoterapia de profundidad como el psicoanálisis, que solo tendrá valor ocasionalmente en la terapia del dolor.

La psicoterapia sobre la teoría del aprendizaje proporciona las medidas psicosociales de mayor utilidad y éxito.

(Relación del dolor con alguna experiencia anterior -- donde pudo haber ansiedad, miedo etc.)

Se enfoca sobre los patrones de conducta y trata de -- cambiarlos, finalmente en cooperación con el conyuge, la familia el equipo de trabajo.

Todas estas métodos para tratar el dolor tienen sus -- técnicas y procedimientos propios y que aqui no mencionamos no -- por que considere que sean de poca importancia (son de mucha importancia) sino por que son dignos de ser tratados por aparte y -- con dedicación absoluta.

Shoenmacher J.N.; Willemsted.

Curazao.

D).- DOLOR BUCOFACIAL

En el ejercicio de nuestra profesión nos encontraremos con diferentes lugares o de manifestación de dolor y de varios tipos siendo de los más comunes los que mencionaremos a continua

ción.

* Pulpitis aguda * Absceso periapical agudo * Perio-
dontitis local aguda * Disfunción dolorosa de la articulación-
tiempo romandibilis * Neuralgia facial atípica * Neoplasias -
malignas * Sinusitis Maxilar * Dolor provocado por la dehis-
cencia del conducto mandibular.

El dolor referido debera ser diagnosticado con la ma-
yor exactitud posible. Teniendo cada una de estas manifestacio-
nes sus características propias y basandonos en ello podremos -
pensar en el tipo de tratamiento que daremos.

Debemos recordar que cada una de estas manifestacio-
nes de dolor afecta al paciente de una manera ya sea menos o --
más pero que llega a cambiarle por completo la conducta y su ca-
pacidad de reacción asi es que debemos eliminar ese dolor lo --
más pronto posible.

El dentista es capaz de resolver la mayor parte de es-
tos problemas relacionados con su especialidad.

En los pacientes restantes puede excluir la causa den-
tal o bucal del dolor facial, contribuyendo por lo tanto el - -
diagnóstico correcto.

Por fortuna la mayor parte de los trastornos bucales-
dolorosos, que al principio parecen difíciles de identificar o-
de localizar, son progresivos. Por lo general transcurre un cor-
to intervalo antes de que se pongan de manifiesto los síntomas-
diagnósticos bien conocidos. Por lo tanto es bueno recordar ha-
blando en general, no se debe apresurar el diagnóstico ya que -
nos puede conducir a la iniciación de algún procedimiento clíni-
co inadecuado. Si el diagnóstico continua siendo un misterio, se
solicita al paciente que requiere algunos días después para un-
examen adicional y para observación en el momento cuando el es-
pecialista se encuentre con máxima calma.

Mientras tanto se trata que el paciente esté con el -
mayor bienestar posible, prescribiéndole analgesicos adecuados.

El dentista debe tener presente que los pacientes que
padecen una neuralgia verdadera ó algún otro tipo de dolor buco-
facial intenso, lo urgiran que les extraiga los dientes del lado
adolorido, aunque no muestren anormalidad alguna (tal es su de-
sesperación ante el dolor, que como ya se ha dicho en boca es -
una de las sensaciones más desagradables y desesperantes).

Algunas veces esto podría parecer tener éxito, pero -- será por un corto tiempo. Siempre nos deberemos de adherir a un esquema fijo, es de máxima importancia hacer una historia clínica completa y certera. Siempre hacer las preguntas: ¿Está influido el dolor por los líquidos calientes o fríos? ¿Aumenta el dolor al irse a dormir, cuando.

Se cierra la boca, se aprietan los dientes o a la percusión? Interrogan sobre los síntomas que indiquen desfunción de la articulación temporomandibular o una enfermedad del seno maxilar.

Todos los dientes deberán de ser inspeccionados buscando caries dental y enfermedad parodontal pruebas de vitalidad.

Se podrán tomar radiografías panorámicas, de aleta mandible de las zonas sospechosas pueden evitar que posen desapercibidas las lesiones cariosas escondidas.

Al examinar las radiografías deberá prestarse atención especial a cavidades ocultas, fragmentos radiculares, dientes impactados (terceros molares principalmente). Bolsas profundas etc.

La labor del dentista o del cirujano bucal es el eliminar o tratar todas las anomalías que se encuentren presentes en los maxilares y que pudieran ser los responsables del dolor (granulomas, raíces, dientes impactados).

Si no halla ninguna causa o si el dolor persiste después de la extirpación de todas las causas posibles, se refiere el paciente a otro especialista para examen adicional lo más pronto posible.

El tratamiento que se le realizó aunque no le halla -- quitado al dolor o no halla sido el factor causal era necesario ya que era una anomalía que si no estaba causando daño era potencialmente capaz de hacerlo posteriormente.

Si no se encuentra ninguna causa y puede eliminar el dolor la anestesia local o la zona desencadenante, se puede emplear un anestésico local de larga duración ejemplo la bupivacaína (Marcain), el cual actúa por 6 u 8 horas. Algunas veces resulta suficiente la aplicación de 5 a 7 inyecciones para mantener asintomático al paciente.

Si requiere un anestésico de mayor duración se puede -- prescribir ureacaine que es una solución de benzocaina en uretano. Sin embargo esta solución tiene ciertos riesgos de reaccio--

nes alérgicos, necrosis hística y daño al nervio.

Su gran ventaja es que la anestesia. dura varias sema
nas.

Por último hay que vigilar y estar siempre dispuesto-
para revisar la situación de vez en cuanta, especialmente si el
tratamiento no mejora como era de esperarse.

No debe olvidarse por ejemplo, que se requiere de - -
cierto tiempo para que una lesión se haga visible en una radio-
grafía.

RELACION - TEMOR - DOLOR.

El temor se aprende en virtud de su asociación condi-
cionada al dolor. Se considerará como una pulsión debido a que mo
tivará el aprendizaje de cualquier respuesta que haga desapare-
cer el estímulo condicionado.

Es decir cambia la relación del organismo con este am
biente hostil".

El temor es la más importante de las pulsiones adqui-
ribles ya que a) Puede asociarse tan fácilmente, con cualquier-
estímulo condicionado que pueda recibir el organismo, y ser pro
ducido por el y; b) Es muy resistente a la extensión experimen-
tal. A este tipo de temor del hombre se le llama ansiedad cuan-
do las condiciones originales del aprendizaje no son claras; o-
cuando no son consciente (o se reprime).

El temor y la ansiedad aumentan nuestra adaptabilidad
en virtud de que motivan el aprendizaje de nuevas respuestas pa
ra tratar con situaciones de peligro; por otra parte conforme -
aumenta su intensidad, la ansiedad y el temor producen a menudo
respuestas desadaptadas e incluso conducta auto destructiva.

TEMA III

TEMOR

A continuación se va a ver y tratar de comprender los temores, el por que de su aparición y para esto es básico conocer donde generalmente se originan (La niñez).

El individuo se va integrando y va acumulando experiencias desde el momento que nace, que puede sentir la luz, que toca algo, o sea que usa sus sentido, desde entonces empieza a lmacenar situaciones y como reaccionar ante ellas primero irracionalmente y luego de acuerdo a su capacidad para ver la realidad e inteligencia va racionalizando todo.

No se puede hablar de la conducta del adulto sin mencionar como factor principal o causa principal la conducta del niño ya que de una manera u otra todos, seguimos siendo aquellos niños con emociones, sentimientos, temores solo que hemos aprendido a disimularlos o fingirlos.

La tal vez poca experiencia que he tenido en la relación con pacientes (adultos y niños) me he podido percatar que se comportan de igual forma, siendo más sinceros y más dignos de confiar los niños. Generalmente un niño nos dice lo que siente, lo que quiere y pocas veces nos trata de engañar, pero eso si cuando le disgusta o molesta algo tampoco dudará en hacernos lo saber y tal vez no de muy buena forma.

Es por eso que estaré comparando constantemente la -- conducta del niño con la del adulto y viceversa y relacionando lo con la relación Médico-Paciente.

Se removerá un poco de tierra para buscar los orígenes de esas conductas de esos temores que siempre buscando bien tienen razones lógicas de ser aunque el temor a veces sea irracional.

Se verá la importancia que tiene la relación Padres - hijo para la formación del individuo, la formación de temores y la desaparición de las mismas pero tratando de enfocarlo lo más veces posibles al provecho de una buena conducta de paciente y Odontologo en el consultorio dental.

Cualquier ser vivo lucha para sobrevivir y el sentimiento de temores uno de los mecanismos que el instinto de conservación desencadena en hombres y animales. El temor es una --

señal de advertencia muy útil, una emoción que nos pone en guardia gritándonos ¡Cuidado!, ¡Algo o alguien quiere hacerte daño y se presentara una opción que será el valorar que tan fuerte es esa persona o cosa (estímulo que nos provoca el temor) y si somos lo bastante aptos para vencerlo o sea o nos enfrentamos luchando o nos pondremos a salvo huyendo.

El temor proporciona la motivación necesaria para movilizar las energías y actuar de manera precavida y prudente.

Nos hace pensar mejor las cosas antes de actuar dándonos un margen mayor de seguridad. Sino se sintiera temor las personas no sobrevivirían por mucho tiempo ya que atravesarían las calles ignorando a los automoviles y semáforos.

No le importaría enfrentarse a fieras feroces mejor dotados físicamente que el hombre, podría lanzarse de alturas que su cuerpo no resistiría, no dudaría en luchar con ladrones armados etc.

El mayor temor o el supertemor, es el miedo a la muerte todos los organismos vivos reaccionan por el temor a lo que puede amenazar sus vidas reaccionando de diferentes formas pero teniendo como objetivo principal la supervivencia.

Las personas según la confianza en si mismo que se tengan valoran su poder pudiendo sub o sobrevalorarlo y esto traerá como consecuencias que los que lo sobrestiman corren riesgos innecesarios y costosos y los que lo subestimaron nunca realizan algo que implique algún peligro y prefieren vivir cobardemente al margen de la vida.

Esto se aplica muy bien en el caso del consultorio dental a donde diariamente podemos ver estos 2 tipos de personas, -- el que acepta el riesgo o peligro de ir a atenderse tanto preventiva como terapéuticamente ya sabiendo que le puede doler, que puede ser inyectado o sometido a una acción de la pieza de mano etc.

Y tenemos al que no va con nosotros ni aún sabiendo de sus problemas en la boca por no aceptar correr un poco de peligro y prefieren mantenerse al margen de la silla dental.

Una cosa es bien sabida, el que no arriesga no gana el que no está dispuesto a sacrificar algo por conseguir una mejor cosa jamás la conseguirá. Será como aquella persona que se queja de no tener amigos o compañía y jamás sale de su casa.

Ningún ser humano es tan poderoso que puede vencer todos los peligros que lo amenazara y nadie que se pueda considerar en su juicio puede creerse omnipotente. Hay personas que presos de la ansiedad provocaron vencer sus penosos sentimientos de debilidad buscando un escape temporal equivocado y dañino como son el alcohol y las drogas.

Las personas bien adaptadas no buscan tales salidas -- propias de la debilidad sino que ponen todo su empeño en aumentar su poder y seguridad reales o el conocimiento de su poder.

Hay 2 maneras de aumentar nuestro poder y son: Lo que hacemos nosotros mismos y el depender de los demás.

Las personas maduran en medida de que van creyendo en si mismos y dejando de depender de los demás y confiando en lo que nosotros hacemos por y para nosotros mismos.

Cuanto mayor es el grado de madurez que ha alcanzado -- el individuo más capacidad tiene para comprobar y validar sus -- percepciones. La capacidad para distinguir entre el deseo y la -- verdad recibe el nombre de prueba de realismo.

Las personas deben distinguir entre el dentista ideal -- que ellos sueñan: aquel que los toca y les quita los dolores las penas malestares, sufrimientos, enfermedades.

El que no usa aquel taladro para curar los dientes, el que no los obliga a lavarse los dientes, el que les atiende en -- el preciso momento que llegan al consultorio, el que no los in-- yecta para anestesiarlos el que soplando les saca una muela, el -- que por magia lo hace que sea inmune a las enfermedades de la bo -- ca, y el dentista que da todo aquello lo humano y científicamen -- te posible de sí, usando los elementos más actualizados para pro -- porcionarle un estado mejor de el que se encuentra costándole -- al paciente un poco de paciencia, a veces sufrimiento, tiempo -- y dinero pero a cambio de un buen tratamiento.

El dentista debe conocer cuales son las inquietudes -- de los pacientes conociendo cual es el dentista ideal y acercarse a esa idea a sueño lo más posible claro como se dijo anterior -- mente lo más humana y científicamente posible. Debemos de acep -- tar que el paciente tiene derecho a pensar positivamente aunque -- esto solo sea un sueño y muy lejos de la realidad ya que el anhe -- la su bienestar y debemos tomar esas ideas hasta cierto punto -- extravagantes como ideales que tal vez algún día podríamos alcan -- zar y esto sólo se logrará actualizandonos y nunca estar satisf -- chos de el tratamiento que damos hay sino mejorarlo constantemen

te en todos aspectos: técnico, científico, personal, psicológico etc.

Fisiología del temor.

El temor es una señal que alerta al sentido de conservación y moviliza los recursos fisiológicos de nuestro organismo.

El temor acelera el latido cardiaco, aumenta la presión sanguínea y el nivel de glucosa en sangre, activa la secreción de adrenalina y noradrenalina. Las secreciones de la glándula pituitaria y de la glándula suprarrenal aumentan, la cual mejora la capacidad del individuo para enfrentarse al peligro luchando o huyendo.

La fuerza física y la rapidez de los movimientos aumentan de manera que todo el organismo se encuentra en un estado de movilización alerta.

No se ha probado que estos cambios fisiológicos se acompañen de aumento de la capacidad de percepción, del juicio racional y de la rapidez de pensamiento aunque algunas veces la anticipación de las consecuencias futuras mejora el funcionamiento de la mente.

Las reacciones fisiológicas al temor son sumamente útiles para los niveles los cuales reaccionan a estímulos agresores ya sea luchando, huyendo o sea utilizando la movilización de energías físicas que dan por resultado las reacciones fisiológicas al temor. Pero en el hombre son poco útiles porque el hombre se ha educado o reeducado a sus reacciones a estímulos agresores o supuestamente agresores o sea que puede seleccionar aquellos que son la importancia y aquellos que no lo son y reaccionan de diferente manera con cada uno. Esto solo se lo da la experiencia: Un ejemplo será cuando a un niño se le somete a un ruido intenso que le provoca sobresalto y alarma, esto será la primera vez pero luego irá reconociendo estos estímulos y poco a poco no le provocarán sobresalto y los tomará como algo indiferente (experiencia).

Lo mismo puede ocurrir en nuestra relación Médico-Paciente en la que el individuo la primera vez que asiste a un consultorio esto será en estímulo nuevo que lo hará reaccionar en estado de alerta, alarma, este pero dependerá del Médico que este primer contacto sea benéfico para que el paciente seleccione este estímulo como algo indiferente que no le cause ninguna reacción de alerta, de defensa etc.

Si esta primera cita es positiva el paciente cada vez se comportará más tranquilo y cooperador y se irá adaptando al medio.

Tampoco para hacer placentera la primera cita no le vamos a hacer nada, tenemos que hacerlo que conozca a lo que se va a enfrentar, haciendole conocer que hay cosas que tal vez no le van a agradar para siempre dandole una mezcla de valores en el que tiene que escoger por lo más provechoso para él que será la salud.

Pero que pasa con el paciente que ha tenido experiencias desagradables con el dentista o que lo han informado mal o morbosamente acerca del tratamiento dental. Para él este estímulo será más fuerte y amenazador que para el que tuvo una experiencia más agradable o por lo menos con más tacto por parte del Médico.

El paciente estará en alerta desde el momento en que llegue al consultorio y vigilará minuciosamente nuestros movimientos y estará dispuesto a defenderse en todo momento haciendo nos más difícil su tratamiento.

Algunas veces reportará dolor sin que este exista, nos quitará la mano de su boca, en fin será una lucha.

El paciente deberá de tomar al dentista y a su trabajo como algo rutinario y que no le debe causar alarma y esto solo se puede realizar con una buena relación provocada por la buena fé y sentimientos del dentista hacia su paciente.

Tratandolo de hacer sentir bien desde la primera vez que llega y no como algunos que solo le abren la boca al paciente, lo inyectan le sacan una muela y le dicen que se vaya sin nunca decirle que le hicieron, o para que se lo hicieron.

El paciente deberá comprender que un tratamiento será mucho mejor con la unión de la fuerza del dentista y la de él mismo pero en una misma dirección o hacia un mismo fin y no antagonizandose.

Si el paciente suma su fuerza (paciencia control etc). y la nuestra (dedicación, perfeccionamiento, buena técnica, eficacia, menor tiempo) todo esto beneficiará a las dos personas involucradas en esta importante relación.

El cerebro del ser humano recién nacido no es capaz de reaccionar de manera selectiva a los estímulos y controles el --

compartimiento del organismo. Los estímulos que el pequeño recibe producen una reacción masiva de modo que todo el organismo responde a una situación que hubiera podido manejarse mediante un leve movimiento de la mano o de la pierna.

Una situación amenazadora puede suscitar temor ó cólera o ambas emociones según lo que se percibe como causa de la amenaza.

El temor lo sentiremos cuando el estímulo agresor sea -- más poderoso o más grande que nosotros o bien que subestimemos -- nuestro poder y capacidad y lo consideremos superior.

La cólera la sentiremos contra estímulos más débiles a nosotros (pueden ser personas) y nos llevará generalmente a la lucha ya que nos sentimos capacitados para vencer.

Algunas veces podremos sobreestimar nuestro poder y --- sentiremos cólera cuando deberíamos de sentir temor.

El temor nos llevará a huir y ponernos a salvo.

Tanto el temor como la cólera son reacciones hostiles - a estímulos hostiles.

Es un niño de corta edad se debe tener cuidado pues - - cuando tiene unos padres ineptos (tienden a dominarlo por el poder) su poder y su cólera guardados dentro de el provocaron en él un miedo y una ira importante que conducirá a inadaptaciones futuras.

El temor es una reacción normal que nos ayuda a sobrevivir siempre y cuando sea realista y este basado en una precisa -- evaluación de la amenaza potencial y de nuestro propio poder.

Por ejemplo: el miedo a una fiera, o una pandilla de -- hombres armados, al mar encrespado es normal, pero el tenerle a -- las hormigas o al tanque del inodoro es irracional y conduce a desadaptaciones.

El temor es racional cuando se funda en el conocimiento de peligros superiores a nuestras fuerzas pero es irracional cuando está fundado en una sobrestimación de las fuerzas amenazadoras y o en una subestimación de nuestras propias fuerzas.

Hay una correlación positiva entre los temores realistas y la inteligencia. Los niños listos pueden percatarse antes y

mejor de los peligros potenciales que los niños de comprensión más lenta, y a medida que crecen van superando los temores irracionales con más rapidez que los otros.

Hay temores innatos como miedo a perder el equilibrio o temor a los objetos que se acercan rápidamente pero existen otros que solo se irán adquiriendo por medio de la experiencia como el temor a introducir los dedos en una toma de corriente eléctrica, el niño inteligente comprende con mayor rapidez.

Las señales de alarma no siempre provocan reacciones apropiadas sino que el temor en lugar de movilizar nuestros recursos físicos y mentales para luchar o huir, puede tener un efecto paralizador y reducir considerablemente nuestras posibilidades de sobrevivir. (temblar, sudar profuso, sensación de desmayo debilidad de las articulaciones y de los músculos, náusea, diarrea, trastornos de la coordinación motora.

El individuo muy asustado puede buscar el modo de huir cuando esto no es necesario.

Los temores exagerados pueden tener un efecto paralizante en el comportamiento del individuo. Las personas obsesadas por temores viven al margen de la vida en constante temor de hacer cosas por sí mismas o por otras.

No conviene instar a los niños a que se enfrenten a peligros superiores a sus fuerzas pero si deben ser alentados o superados aquellos que pueden vencer.

Se conoce de muchos ejemplos en los que un padre para ayudar (según él) a su hijo lo obliga a enfrentarse a situaciones de peligro superiores a él pensando que el pasarlos los temores quedarán atrás para siempre.

Como aquella persona que obliga a un niño a nadar en aguas profundas teniéndolo al borde del colapso creyendo que al haber estado o haber pasado por lo peor el niño ya no tendría miedo al agua.

Ese que antes era temor al agua se convirtió en pánico lo cual hará mucho más difícil el tratar de repetir esa escena.

Lo mismo sucede si a un niño que está en el consultorio que se le va a hacer una extracción y lo vemos que está con temor y sin mayor explicación lo inyectamos, por mala suerte o mala técnica de anestesia la extracción produce dolor, además el niño o bien podría ser un adulto nos refiere ese dolor y nos in-

dica que no está preparado para soportarlo y nosotros realizamos esa extracción, el que antes era miedo o temor al dentista se -- convierte en algo más fuerte y que traerá mayores problemas en la relación Odontólogo-Paciente.

La sobreprotección a los hijos o a los menores la hace depender de otros sin saber valorar por si mismos su poder y su reacción racional hacia estímulos agresores.

Diversos estados de temor y ansiedad pueden causar fenómenos regresivos en adultos y en niños.

Personas adultas presas del pánico pierden temporalmente el control de esfínteres y hablan de nuevo como niños chiquitos.

Los temores muy intensos afectan el discernimiento y la previsión y menoscaban el juicio y el dominio en si mismo.

Los fenómenos de regresión son más peligrosos aún en las niños ya que no han podido desarrollar la estructura propia de la personalidad adulta. Cuanto más pequeño es el niño, mayor daño pueden causarle a su personalidad y a su desarrollo.

Algunos pacientes en el consultorio tienden a tener fenómenos regresivos tal vez no muy severos pero alteran su conducta y su carácter bajo la presencia del temor.

Pueden ser poco comunicativas, no cooperar, luchar contra nosotros a lo más que les permitamos etc.

El Médico no puede ponerse a luchar contra el paciente o sea no se puede poner al mismo nivel, primero porque él no está bajo la influencia del temor y además que esto no ayudaría al tratamiento.

Debe tomar el control sobre el paciente tranquilizándolo y poniendo las cosas en claro (necesito su cooperación ya que sin ella el tratamiento puede fracasar o no ser tan bueno como - podría) y todo eso perjudicaría solamente al paciente.

Ansiedad - Fobia - Temor.

El temor es una reacción emocional a un peligro específico real o imaginario.

La ansiedad denota un deprimente sentimiento general de muerte inminente.

La fobia es un temor desplazado, por no reconocer que se teme a algo, este temor irracionalmente lo adaptamos a otro estímulo más o menos relacionado.

La ansiedad es una pérdida de confianza en si mismo y de la capacidad para enfrentarse a la vida.

No es relativa al exterior (estímulos exteriores agresivos) sino se relaciona al interior de las personas.

Es de larga duración y no depende de que tal o cual estímulo desaparezca.

El temor desaparece al equilibrar el poder del estímulo agresor con el poder del agredido ya sea por la aparición de otras personas que lo apoyan por la desaparición del estímulo o por el recobrar confianza en si mismo.

La ansiedad es general y duradera.

Es consentimiento que no tiene objeto específico, pero que denota una debilidad ineptitud.

La ansiedad es equivalente a la pérdida de la propia dignidad y puede paralizar la vida del individuo.

En los niños es importante separar estas 2 emociones.

Un niño asustado cree que no puede hacer frente a un peligro determinado. Un niño ansioso subestima, continuamente su capacidad para ententarse a los peligros.

El ansioso no tiene problema externo, el problema está en él y en su propio personalidad. No teme a algo determinado sino que tiene un sentimiento de inseguridad general.

EXULTACION Y DEPRESION

Cuando una persona siente fuerte y cree en su capacidad para enfrentarse a los problemas es exultante.

Cuando duda de sus fuerzas puede ser presa de la ansiedad y sentirse deprimida.

A los niños no se les debe hacer creer que los peligros no existen y que el mundo es un lugar seguro en donde una madre cariñosa se ocupará de resolver todos los problemas.

Pero es peor aún hacer que el niño se sienta indefenso, a merced de obstáculos insuperables y de una inevitable derrota.

VALOR

El valor es la confianza en la propia capacidad para hacer frente a los peligros. Es fé en uno mismo, seguridad y -- confianza en uno mismo.

Los individuos valerosos tienen mucho amor propio y -- mucha dignidad.

Pero no se debe confundir el valor con afrontar los -- peligros si estar preparado, o en no pensar las cosas dos veces antes de arriesgarse.

El poder sin cordura es mera estupidez y la persona -- que pasa por alto los peligros o los afronta sin estar preparado no es un héroe sino un insensato.

El verdadero valor es realista y esto estrechamente -- relacionado con una acertada estimación del propio poder y del poder de las personas, los animales y las situaciones que nos -- amenazan.

El valor de una persona puede depender del varios factores. Puede estar venido a menos por enfermedad, debilidad etc. o puede estar aumentado por la asociación con otras personas.--

La mayoría de la gente muestra más valor cuando actúa con grupo.

Un paciente especialmente si es niño puede actuar de diferente manera ante nosotros y ante su temor si está o no. -- Acompañado. En el caso del dentista es aconsejable que siempre se trate al paciente a solas aunque esto implique que se sienta más inseguro o menos protegido ya que dependerá del Odontologo hacerle ver que para enfrentarte a nosotros no se necesita de -- asociar o juntar poder puesto que va a ser una relación amistosa y provechosa para él.

Y de lo contrario estaríamos aceptando que esto va a ser una lucha en la que el paciente necesitará de ayuda para enfrentarse a nosotros y por lo tanto necesita de un acompañante.

El temor a los temores son los grandes enemigos de el individuo, especialmente en la infancia.

Muchos de estos temores los conocemos pero la mayoría de ellos no, ya que jamás son comunicados por las personas y está en nuestra responsabilidad y obligación el conocerlos o por lo menos tratar de.

El niño está sujeto a mas temores que el adulto puesto que es más débil, pequeño. Son menos capaces de hacer frente a personas, animales, o circunstancias amenazadoras.

Una de las razones principales es que el niño carece de poder, tienen menos experiencia y conocimientos que el adulto.

Tiene la necesidas de aliados (es dependiente de otros)

El medio y las situaciones en que se desarrollan los niños no fueron escogidos por ellos mismos, han sido impuestos por los adultos y así el niño, debe ir a la kinder que se le manda, debe vivir en el barrio donde sus padres.

Además el niño está cambiando constantemente, no tiene una pauta de conducta ya que no será niño para siempre.

Si los temores en un niño no son controlados y apaciguados, pueden hacer estragos en su salud mental.

Frecuentemente los niños atemorizados y ansiosos regresan a una etapa anterior del desarrollo en la que se sentían mejor protegidos y más seguros.

Al niño en el consultorio lo tenemos que librar de todos los temores que nos sea posible ya que esto lo beneficiará tanto en su salud mental como en su maduración (confianza en si mismo).

Generalmente el menor tiene a algo que desconoce y pienso es más facil eliminar esos temores ya que al no conocerse la causa exacta con una buena manipulación del problema por parte del clínico el niño racionalizara ese temor y podra seguir con él pero de una manera razonable o bien desaparecerá por completo que el estímulo agresor no era lo que se pensaba.

Los adultos inmaduros a veces creen que alguien, y en alguna forma, se ocupará de ellos y los cuidará y protegerá y sacará de apuros.

Muchas veces el adulto tiende a querer transferir sus problemas a otras personas por ser incapaz de enfrentarse a ellos, esto nos mostrará una falta de maduración que muchas veces se presenta solo por momentos (momentos de gran presión; temor etc).

Es importante en la clínica odontológica el paciente-hacerlo sentir como tal y más si es un adulto. Hablarle claro y con la verdad, claro con sutileza y no hacerlo creer que tiene muy mala suerte o que es un problema venir al dentista.

Generalmente el culpable del estado patológico bucal es el paciente, claro no totalmente sino en si el sistema de vida que llevamos.

Por falta de higiene, cuidados, disposición a ir al dentista.

El paciente debe concientizar y sentirse responsable de si mismo y que él es quien tiene el problema y el dentista esté para resolverlo hasta cierto punto pero necesitará como ya se ha mencionado antes la total cooperación del paciente.

Es común que gente especialmente clase media alta esté orgullosa de lo mal y problemáticamente que se portan en un consultorio dental. No se puede confundir que una persona sea muy delicada (que es muy respetable) a las personas inseguras e inmaduras que bajo esta capa se olvidan que quien tiene que volver a la armonía y salud bucal son ellas.

Esta claro; en la relación Dentista-Paciente ninguno hace favor al otro (ambos se necesitan). El dentista hace un buen trabajo y recibirá lo justo (pago adecuado).

El paciente paga pero recibe atención adecuada.

El adulto tiende a no correr riesgos racionales aunque se expone mucho más al esperar pasivamente la llegada de un salvador que no existe.

Al retroceder en su comportamiento el adulto por decirlo así puede empezar a creer en santa claus y esperar que un milagro o un regalo lo sacaran de sus problemas.

Pero recordemos que todo comportamiento adulto tiene sus bases en la infancia.

Hay que orientar y ayudar a los niños en el proceso de alcanzar la madurez. Debemos ayudarles a ser más fuertes y más sagaces y a tener una apreciación realista de sus recursos físicos y mentales. Es preciso estimularles en el proceso natural -- por el que pasan de depender de los demás para su seguridad a depender de si mismos.

Los individuos mentalmente sanos son realistas, tienen el valor de enfrentarse a las dificultades y la cordura de evitar riesgos innecesarios.

Existen diferencias individuales en la susceptibilidad de los niños al medio. O sea en una misma familia puede haber -- personas (niños o adultos) generalmente predispuestas y muestran más sencibilidad que otras.

Se pueden atribuir algunas diferencias individuales al medio que rodea al pequeño, a las experiencias que ha tenido y al modo en que ha sido tratado por los padres, familiares maestros, Médicos etc.

William James (psicologo Norteamericano del fines del siglo pasado) escribió estas palabras.

La principal causa de terror infantil es la soledad. Es decir el niño necesita del apoyo moral y físico de alguien (bien sea padres, hermanos, mayores etc).

Si siempre ha vivido sólo y enfrentado temores y problemas de todo tipo sin apoyo tendrá una alteración en sus reacciones frecuentadas por el terror.

TEMORES QUE AUMENTAN DISMINUYEN O PERSISTEN.

Algunos temores son características de etapas en la vida del individuo.

Algunos van disminuyendo en el transcurso de los años como los temores a hechos naturales (oscuridad, ruidos, tormentas), también a la sobrenatural (fantasmas, duendes, espíritus etc.)

Otros en cambio persisten como miedo a los peligros físicos, a la muerte, enfermedades, operaciones quirúrgicas).

Todas las personas, jóvenes, viejas temen a la muerte pero algunos son racionales y prudentes mientras que otras son irracionales y dejan que el miedo a morir les impida gozar de la vida.

También pueden persistir ó aumentar algunos temores relacionados con las relaciones humanas como la soledad y el aislamiento.

TEMORES DE DESARROLLO.

El temor a los extraños es casi parte integral del proceso normal de desarrollo mental. Tiene su origen desde que el individuo es un bebé y ha adquirido la capacidad para distinguir entre las personas que conoce y otras.

Su percepción y el alcance de su memoria han aumentado mucho y reacciona con una sonrisa de placer ante quienes cuidan de él y le dan aliento y afecto.

Esto es desde la edad temprana el individuo se acostumbra a recibir buenos tratos, cariño, comprensión o por lo menos a buscarlo. El se comportará de acuerdo a como el vea que el estímulo es hacia él.

El paciente si nos ve enojados, inseguros, tensos etc. - no podemos esperar que el esté contento y cooperador y seguro. - Eso se lo tendremos que reflejar nosotros por medio de nuestro comportamiento.

Cada paciente es diferente y por lo tanto nosotros debemos cambiar nuestra actitud ante cada uno, claro que siempre positivamente.

Después de atender a cada paciente el Médico debe de borrar todo y empezar con el otro sin estar pensando en el pasado o haber conservado la actitud del pasado que tal vez nos dio problemas etc.

Si así lo hacemos tendremos problemas todo el día de trabajo, o todo la semana o toda nuestra carrera, ya que tal vez alguno de esos pacientes asistía por primera vez y el no iba a saber que ese día estábamos de mal humor y no va a disculpar sino simplemente no volverá y será una manchita que se puede ir haciendo grande en nuestra actividad.

Es recomendable aconsejar a nuestros pacientes madres que es importante enseñar al niño a desenvolverse en las personas desconocidas, esto es: la madre debe dejar al niño periodos pequeños al cuidado de otras personas, dejarlo o, permitir que vea a otras personas, acercarsele etc. Esto trabajará en bien del chico y a la vez de nosotros que ya estamos pensando en una entrevista futura (a nivel consulta) y en la facilidad y cooperación que nos dará ese niño si es que está bien acostumbrado.

Los padres no deben empeñarse en que el niño venza los temores en seguida. Deben irlo acostumbrando gradualmente y llegar a percibirlo como algo cordial.

TEMORES ADQUIRIDOS

Son aquellos que se adquieren por medio de una experiencia desagradable del individuo.

Puede ser el haber visto fallecer a un familiar.

El haber sido hospitalizado. El haber oído gritar a un paciente en el consultorio dental etc.

En un niño un padre no puede evitar que sucedan cosas pero si puede ahorrarle experiencias o emociones desagradables - con esto no quiero decir que lo debe tener al margen de los problemas y situaciones que se presentan en la vida sino irlo introduciendo gradualmente y con su apoyo.

El bebé a veces aunque tiene hambre (necesidad) rechaza la comida porque esta no se le da con cariño. Antepone una necesidad vital a la necesidad de sentirse aceptado.

Esto se pone en práctica cuando nuestro paciente no cooperara con nosotros si no es que lo tratamos con delicadeza.

Hay un momento en la vida del individuo (niño) que se le pide por primera vez que cambie el placer por el valor ante los ojos de las otras y es cuando se le dice o indica que no debe tener sus evacuaciones cuando quiere (etapa anal) sino cuando otras personas se lo indican.

El niño va concientizando que existe algo más que el placer y que a la vez puede ser bueno para su imagen y su aceptación para con los demás por lo tanto redituará en ganancias para él.

Algunos niños maduran antes que otros pero un ritmo lento no significa que el pequeño en cuestión sea un retrasado mental. Muchos individuos excepcionalmente dotados han tenido un desarrollo lento pero finalmente, alcanzan niveles muy superiores a los de los otros que se desarrollaron con rapidez. La rapidez no es un factor crucial del desarrollo infantil y no conviene apresurar a los niños.

Una madre sensata debe comprender que al apremiar a su hijo puede atemorizarlo si es que aún no está listo para hacer lo que ella desea. La única forma de hacer que el pequeño haga lo que nosotros deseamos definitivamente es por la buena y sin presiones.

He comprobado que a los pacientes niños o adultos les gusta que se les de por el lado (interesendones por lo que hace o lo que le gusta, de modo que el se sienta aceptado y en un medio agradable en lugar de hostil). Al paciente si no es maduro para con el dentista (la relación) lo haremos madurar con explicaciones y situaciones, explicando el porqué de cada cosa o tratamiento. Cuales son las formas de prevenir llegar a ese padecimiento, las ventajas y desventajas de tal o cual tratamiento o de tal o cual actitud que el toma con nosotros.

El aprendizaje es un proceso de tanteo y puede ser lento según las condiciones y poder de captación.

Nadie ha aprendido al primer intento a tocar la guitarra o escribir en Maquina etc. Todo lleva un periodo más o menos extenso.

COMO MANEJAR LOS TEMORES (de un niño)

No se deben hacer 2 casos: Castigar ó proteger mucho o excesivamente al niño.

Generalmente cuando al niño se le castiga severamente muy pocas veces es en si por lo que hizo o no hizo sino en el disgusto, la irritabilidad y cólera de los padres hay algo más (problemas personales y temores etc, que los desahogan con el niño, éste percibirá esto como un franco rechazo hacia él.

Enojarse con un individuo asustado equivale a castigarlo por ser inseguro y demasiado dependiente. Cuando aquí lo que debemos hacer es apoyarlo pero como ya se dijo con la realidad y la verdad sin pintarle las cosas de otra manera.

INFLUENCIA DE LOS PADRES.

Algunos temores infantiles tienen su causa en la imitación de los padres. Varios estudios han demostrado que cuando la madre tiene miedo de una tormenta, de los insectos o del dentista, los hijos sentirán idénticos temores. Los temores que son inducidos al niño por los progenitores suelen durar mucho (algunas veces hasta que el individuo alcanza la edad adulta). ya que es muy difícil librarse de un temor que uno observa continuamente en los padres.

Estos temores son, por lo general, los más exagerados-- pues si un padre o una madre que el niño piensa son fuertes temen al dentista ¿Cómo no habría de temerlo su hijito?.

Se dice que los actos hablan o dicen más que las palabras. Un padre puede aconsejar a su hijo de ir al dentista, de que es necesario, de que es por su propio bien, que es normal, que no duele etc, pero él padre nunca va por temor ó cualquier otro factor, será imposible que el niño perciba como normal ir al dentista ya que no se le ha demostrado con hechos (actos).

Muchas veces es difícil tratar a los adolescentes porque se encuentran en una etapa de transición física y mental y su conducta es voluble y generalmente no aceptan lo que se les dice o recomienda hacer. No es criticable ya que, todas hemos pasado o pasaremos por esa etapa y sabemos lo difícil que es.

Al adolescente se le debe tratar de una manera especial, algunas veces como niño y otras como adulto., Pero siempre tratando de hacerlo sentir aceptado y comprendido.

Lo que debemos y no debemos hacer.

Atemorizar a un paciente asustado es hechar leña al -- fuego especialmente los niños necesitan muchas veces de advertencias pero estos deben ser breves, precisos y concretos.

Además deben de cumplirse, de otra manera esa persona perderá el respeto hacia sus padres o hacia nosotros.

Claro esta que una advertencia o amenaza se hace con el fin de corregir o prevenir una conducta antisocial.

Cuando estamos en el consultorio el paciente puede tomar al pie de la letra todo cuando digamos (quizás solo sean expresiones).

Pero como se dijo el atemorizar a un niño asustado es muy grave y perderemos el control sobre él.

Debemos tener cuidado con lo que decimos y tenemos los dichos o historias o ejemplos que utilizamos.

No debemos amenazar con cosas que nos pueden traer un problema más difícil como es el amenazar con encerrar a un niño en la obscuridad, ó el que se le va a poner negra la lengua o la mano etc. cosas que le pueden traer consecuencias graves en su salud mental.

Algunas personas prefieren disuadir a los amigos pacientes hijos etc. de contales sus temores pensando que con esto dejaran de existir y ridiculizan y fastidian a la persona que acudió a ellos a contales que esta asustado.

Una persona tiene sus emociones propias y de nada sirve y sí perjudica mucho el decirles es un temor ridículo, o yo no sentía así a tu edad, la gente como tú no debe tener ese temor, eres un cobarde.

El temor existe y si aparte de esto lo hacemos sentir que es un fenómeno por sentirlo o tenerlo pues le estamos agrandando su problema ya que aparte de todo se sentirá incomprendido, inadaptado, no aceptado y eso hará mas difícil la solución de su problema. Y en lugar de solo tener ese temor se le sumará el temor al rechazo de su alrededor.

Se dice que todo debe ser gradual y no exagerado o extremista. Tan malo es para un muchacho que sus padres sean muy permisivos asi como aquellos que son opuestos.

También en cuanto a lo que exigen de él (debe ser ni mucho, ni poco) todo debe ser medido y en el justo medio.

Si se le exige mucho a un niño o a un adulto, tal vez más de lo que el puede dar existirá un temor (creado por nosotros) a fallarle a los demás.

Se debe evitar como ya se dijo anteriormente la sobreprotección a los hijos.

La sobreprotección de los padres desanima al niño, socava su confianza en si mismo y, por ende, aumenta su temor.

Como se había también mencionado brevemente pero es importante darle énfasis es el dar el ejemplo.

... sino se le enseña a entrar a un lugar obscuro como el padre, o se le enseña a nadar con la tranquilidad que quien lo cuida y ve cómo sus padres van a nadar con tranquilidad entonces el no necesitará de mil palabras para entender y hacer un lado el temor que tenía.

También en nuestra relación Médico-Paciente se maneja al individuo de esta manera. Se le enseña que una aguja no hace daño, que la pieza de mano y fresa no son aquel taladro tormentoso sino que solo desgastan lentamente, tampoco quiero decir -- que si vamos a extraer una pieza tenemos que poner el ejemplo, -- extrayendo una de nosotros ya que creo que solo podríamos atender 32 pacientes de extracción en nuestra carrera como dentista sino que relacionarlo con un ejemplo u otro caso que hayamos -- tenido y comentárselo al paciente.

En resumen lo que no hay que hacer con un niño es:

- 1) No pase por alto los temores infantiles.
- 2) No sobreproteja al niño, no hacerlo sentir indefenso o demasiado dependiente de usted, no tratarlo con compasión.
- 3) No rechazarlo, no amenazarlo con el abandono, no -- hacerle sentir que esta solo.
- 4) No ridiculizar al niño aterrorizado y no castigarlo por sentir miedo.
- 5) No obligarlo a entrar en una situación que el teme.
- 6) No involucre al niño en sus propios temores.

Lo que si se debe hacer.

Contribuir a que el niño tenga fé en sí mismo y en -- sus capacidades.

Elogiar sus logros por pequeñas que sean.

Hacerle sentir que siempre será amado y protegido -- cuando sea necesario.

Escucharlo pacientemente y mostrar comprensión de sus temores. Cuando sea posible intentar explicarle que no tiene -- porque temer.

Dar el ejemplo enfrentandose racionalmente a los peligros.

Dar oportunidad al niño de vencer sus temores activa-

mente.

Algunos temores que presenta el hombre y que aparecen pueden desde la niñez.

Agarotobia (temor a los espacios abiertos)

Aquí se juntan dos temores distintos: a) El de estar a solas b) El de salir del ambiente conocido, pero siendo el principal factor el temor a salir de su propia casa. Presentan mucho - menos miedo si salen con alguna persona que consideran amigo. -- Generalmente se inicia a la edad escolar o en la adolescencia.

Muchas veces la agarofobia es un desplazamiento de sentimientos hostiles por los padres o del temor a los propios sentimientos hostiles frecuentemente estos niños odian a sus padres y más a menudo a las madre, y que permanecen en caso para protegerla de sus propios impulsos hostiles.

Estas personas (niños) tienden a tomar todo al pie de la letra (lo que se les dice)

Estos niños suelen ser tímidos, retraídos, bastante deprimidos y tienen una variedad de síntomas psicósomáticos, tales como jaquecas, náusea, inapetencia, trastornos del sueño.

En muchos casos la Agarofobia requiere tratamiento médico pero un cambio radical en la actitud de los padres suele -- producir una cura milagrosa.

Ansiedad - Como se ha dicho no es fácil distinguir el miedo de la ansiedad pero los temores irreales suelen traer en conflicto interno más que miedo a un peligro exterior. La ansiedad nos indica en temor a los sentimientos propios (pensamientos e deseos).

Como aquel que teme que a su padre le hagan daño personas armadas y hostiles (que el imagina) Podría ser un temor si es que el papá es miembro de la mafia o está introducido en esos ambientes, pero si no hay razón real para esperar que ocurran actos insólitos de violencia y venganza, es posible que los temores del individuo sean una expresión de sus propios sentimientos hostiles para esa persona.

Miedo a la Agresión.

La supervivencia es la meta fundamental de la vida y-

el miedo a la agresión es general, común a todos los seres humanos y a los animales todo el mundo teme ser agredido (en cualquier forma).

El miedo a los peligros reales tiene un valor de supervivencia y no debe ser eliminado.

Ana Freud y Dorothy Bulingham estudiaron el comportamiento infantil durante los ataques aéreos que Londres sufrió en la segunda guerra mundial. Algunos padres no se separaron de sus hijos ni aun en los bombardeos más intensos, mientras que otros prefirieron mandarlos al campo, donde estarían más seguros.

La separación de los padres tuvo un efecto más adverso en la salud mental de los chiquillos que las bombas alemanas; por que los padres que se negaron a que sus hijos fueran evacuados de la Ciudad les proporcionaron más sentimientos de seguridad que el que pudieran brindar a los niños las personas que para tratar de salvarlos los mandaron al campo.

El niño no piensa antes de actuar. Actúa con lo que sabe de su corazón, generalmente espontáneo y él no puede saber o imaginar ó comprender por que sus padres lo dejan ir en un momento tan difícil. Tal vez los padres (es lo más seguro) los aman -- tanto o más que los que se quedaron con ellos pero esto, el niño no lo puede asimilar y lo puede dismar pensando fué rechazado.

De igual manera en nuestro consultorio no podemos, dejar a nuestro paciente a su suerte, tenemos que guiarlo, aconsejarlo y acompañarlo principalmente cuando sufre, y generalmente el paciente que viene a nosotros está sufriendo, haga mosle sentir que compartimos y que nos preocupa ese sufrimiento.

El pequeño o el adulto temen a nuestra agresión y o -- sea físico o de lenguaje o inclusive de nuestra actitud (cara, movimiento etc).

Tenemos que ser lo más cuidadosos posibles, evitar -- brusquedades, tratarlo con sutileza claro siempre y cuando esto no nos afecte el tratamiento o lo haga imposible.

La cirugía no es un acto precisamente de suavidad y sutileza pero en lo más que sea posible hacerlo menos cruento.

Miedo a las Críticas.

A nadie le gusta ser criticado pero los niños suelen --

percibir las criticas como rechazo. Puede ser comun que niños se culpen de faltas que no han cometido.

Debemos de evitar usar frases como siempre rompes las cosas, o tiras algo, nunca te dejes hacer bien los trabajos, - siempre te portas mal etc. En cambio podemos decir lo mismo o lo grar lo mismo pero con otras palabras que sean positivas.

Ten cuidado, sujeta de esta manera tal cosa, ayudame a tener abierta tu boca. etc.

Miedo a la Oscuridad. En la obscuridad uno es menos ca paz de darse cuenta de los peligros y más difícil establecer con tacto con aliados potenciales. En la obscuridad nuestro propio poder se reduce, nuestra rapidez para defendernos se menoscaba y las posibilidades de obtener ayuda disminuyen. En la oscuridad se combinan el miedo a lo desconocido y el miedo a la soledad.

Al tener en el consultorio una deficiente alumbrado y ventilación o sea muy encerrado y oscuro el paciente sumará a sus temores que ya traía una extraña sensación de impotencia pa ra enfrentarse a las circunstancias.

La causa principal del miedo infantil a la oscuridad es que en ella un niño se siente solo y olvidado.

MIEDO A FUTUROS PELIGROS.

La capacidad del niño pero anticipar la consecuencia de sus actos es inlimitado. Incluso los adolescentes padecen este mal ya, que subestiman los peligros potenciales.

Cuando una persona expresa una aprensión que no se relaciona con un peligro actual o inminente sino con algún acontecimiento futuro e imprevisible es muy probable que sufra ansiedad más que temor.

El paciente no conoce muchas veces cual será la consecuencia y trascendencia de los actos que ejerce sobre él Dentista y tiende a imaginar futuros peligros muchas veces irracionales los cuales pueden como se ha dicho convertir esa inseguridad y esos temores en una ansiedad.

TEMOR A LA HOSPITALIZACION.

Muchas veces un paciente especialmente niño está predispuesto a nosotros por que nos ve como doctores a veces relacionandonos, con hospitales, sanatorios donde han permanecido - alejados de sus padres y donde han pasado momentos sumamente -- desagradables y que no les gustaria volver a experimentarlos.

Debe haber una razón poderosa para hospitalizar a un niño ya que la separación de sus padres y de su medio hogareño - suele suscitar graves reacciones de miedo.

Muchas veces los niños en los hospitales reaccionan - de una manera vehemente (lloran, gritan, mueven la cabeza y - - agreden a todo el que intenta acercarse a ellos.

Esto mismo lo realizaran en nuestra clínica o consultorio, la mayoría de ellos está harto de recibir cuidados médicos y más cuando no llega, a su comprensión que estos tratamientos le redituaran un bienestar.

Otras veces cuando el paciente ha estado sometido a - largos tratamientos hospitalizadamente ya no opone resistencia a nosotros pero esto no es bueno ya que sus reacciones emocionales son poco profundas y parece estar distante y fuera de todo el mundo, es solo un muñeco por la desesperación etc). Estas -- reacciones no son buenas aunque tal vez serian cómodos para nosotros como operadores pero son causados por miedo y por lo tanto deberá de tratar de evitarse al máximo, conviene que la madre permanezca en la habitación del hospital junto a su hijo, y que le deje tener consigo algunos juguetes favoritos.

Como se puede observar no a todos los pacientes se -- les puede o debe tratar de igual forma, esa es la razón por la que debemos averiguar las causas de los temores los sentimientos, en general la conducta del paciente. Mientras que algunas veces será benefica que una madre deje solo al niño en el consultorio, otras veces el vital que lo acompañe, también no seremos igual con un niño mimado, grosero que con uno tímido etc.

A veces deberemos representar una actitud muy fuerte y dominante otras veces pasiva y tierna y asi toda una gama de posibilidades para hacer lo más llevadera la relación con el paciente trayendonos beneficios mutuos.

Esto es que el estudio y la preocupación por la conducta del paciente es tan importante como lo del dentista mismo y muchas veces es esta mayor.

HERIDAS

En ocasiones los padres y familiares o amigos tienden a agravar lo que se piensa de alguna herida, haciendola parecer peor de lo que en realidad es.

La persona puede pensar que cualquier lesión por pequeño que sea y peor si hay sangre es fatal o signo de algo muy grave. Esto lo podrá manifestar en el consultorio, cuando al escupir después de una extracción o tratamiento endodóncico -- etc. su sangre junto con su saliva ¡Esto lo hará que se siente muy mal, pensando que está en problemas serios y le entrará temor a hasta ansiedad que nos dificultará el trabajo.

Debemos hacerlo comprender que una herida puede ser grave o no pero dependiendo de muchos factores y circunstancias -- y que el ver sangre no significa que sea grave, tendremos que hacerle sentir que esta con alguien que puede controlar cualquier situación y hacerlo recobrar la confianza por nosotros.

Debemos evitar expresiones que la puedan asustar como cuando hacemos una comunicación pulpar y exclamamos o hacemos un gesto de disgusto, cierto es que o nos equivocamos, fallamos o -- tal vez era algo necesario pero eso el paciente no lo debe percibir en ese momento.

- SOLEDAD -

Con la presencia de alguien que haga sentir apoyado y seguro desaparece.

Generalmente el paciente se podría decir que necesitará la figura de un padre, amigo etc. para sentirse seguro y acompañado. pero esa figura podemos serla nosotros y ese temor desaparecera. Cuando algún paciente siente la necesidad de ayuda y otra persona que la apoye muchas veces quien está fallando -- mas nosotros puesto que lo hemos hecho sentir solo (por mucha -- frivolidad, agresividad etc).

Por eso debemos de convivir con él paciente como persona singular que es, tratando de que sea nuestro amigo y que no necesite de nadie más en nuestro consultorio.

RUIDOS

El temor a un ruido intenso y súbito es innato. Los recién nacidos reaccionan automáticamente al oírlo con signos de temor evidentes.

No hay forma de evitar esta reacción.

En nuestro consultorio tenemos una infinidad de ruidos que atemorizan a nuestro paciente (pieza de mano, a veces compresora, luxamiento de una pieza dental sillón etc.)

Estos pueden ser muy nocivos para la tranquilidad del paciente y más si los hacemos súbitamente e inesperadamente, estos producen una reacción de sobresalto y temor en cualquier edad. Pero hay una paulatina disminución de la reacción de miedo o determinados ruidos a la vez que se va adquiriendo cierta sensibilidad a otros sonidos.

Esto es existe un acostumbramiento que nos hará menos sensibles a algunos sonidos por su repetición y el saber que no nos producirán un daño, de igual manera el paciente se va a acostumbrando a base de experiencias a nuestros sonidos, pero se la podemos facilitar ya que le podemos enseñar algunos sonidos antes de aplicarselos directamente, puede oír y ver girar la fręsa fuera de su boca y así no tendrá que imaginarse que se rá lo que tengo adentro?

Cuando no se le pueda mostrar ya que no le podemos indique va a oír y sentir y así no lo tomará desprevenido.

MOTORES.

Los aparatos domesticos que tienen motores eléctricos son un verdadero peligro para los niños. Los padres sensatos -- advierten a los niños que no toquen las tomas de corriente ni los interruptores de las lavadoras de ropa o de platos, secadoras, aspiradoras etc.

Pero algunos exageran su precausión y amenazan a sus hijos con una serie de catastrofes que les sobrevendran si se acercan a estos aparatos. El niño con su gran imaginación fantásica le dara papeles de monstruos a los aparatos y les temerá.

Nuestro paciente debe conocer nuestro motor (turbina, - pieza de baja, alta etc) debemos explicarle más o menos su fún-- cionamiento y el que no hace daño hasta hacerle que se familiarizse se con el y pierde ese temor.

NATURALEZA DEL MIEDO

El miedo representa para el dentista el principal problema de manejo y es una de las razones por los que la gente - - descuida el tratamiento dental.

El miendo es una de las las emociones que se experimen-- tan después del nacimiento, aunque la respuesta al sobresalto es tá presente al nacer y se pueden demostrar antes del nacimiento-- reacciones reflejos a estímulos.

El miedo y la ira son respuestas primitivas que se desarro-- llan para proteger al individuo contra daños y la destruc-- ción propia.

La estimulación emocional se descarga por medio del -- sistema nervioso autónomo a través del hipotalamo y necesita muy poca integración cortical.

Esto lo ilustran muy bien los movimientos sin inhibi-- ciones de un animal decorticado. Sin embargo en el hombre las -- descargas del hipotalamo pueden ser modificados por interferen-- cias corticales de manera que con su corte altamente desarrolla-- do, puede hasta cierto grado controlar sus emociones, a través - de racionalización y determinación.

En los niños de corta edad, demasiado jóvenes para ra-- cionalizar mucho, se produce en comportamiento que es difícil de controlar. En muchos aspectos el niño se comporta de una manera-- primitiva al tratar de luchar contra alguna salvación o huir de-- ella.

Cuando no puede llevar a cabo esta, aumenta su miedo - y entonces la comunicación del dentista con el niño puede ser -- muy difícil., Incluso con niños de más edad puede ocurrir una -- situación en la que el miedo sea tan pronunciado que el niño no-- puede razonar claramente. Generalmente a medida que aumenta la - edad del niño, estas respuestas pueden ser cada vez más controla-- das por la corteza a través de funciones psíquicas más elevados.

VALOR DEL MIEDO

Generalmente se piensa que el miedo no tiene valor alguno pero la realidad es muy diferente.

El miedo puede ser muy valioso. Puesto que los estímulos que le producen pueden llegar a dañar al niño, el miedo es un mecanismo protector de preservación. La naturaleza misma, de esta emoción puede utilizarse para mantener al niño alejado de situaciones peligrosas, ya sea de tipo social o físico.

Si el niño no teme castigos o desaprobación de sus padres su comportamiento puede volverse una amenaza para la sociedad y puede incluso llevarlo a la cárcel en el futuro. Si no se enseña al niño temor al fuego las posibilidades que tiene de quemarse son mucho mayores sabemos que por medio de experiencias se puede aprender a racionalizar algo, pero no podemos esperar a -- que alguien se quemé, se tire de un edificio etc. para que por medio de la experiencia aprenda a temer a la altura o al fuego. -- La quemadura podría ser algo más serio que una simple experiencia desagradable. Por lo tanto el enfoque del entrenamiento dado por los padres, no debiera atender a eliminar el miedo, sino a canalizarlos hacia los peligros que realmente existen, y evitarlos en situaciones en donde este no existe.

De esta manera servirá de mecanismo protector contra -- peligros reales y evitará comportamientos antisociales.

Deberá enseñarsele al niño que el consultorio dental -- no tiene por que inspirar miedo, claro, esto dependera de nosotros por que el paciente puede ir sin miedo al consultorio pero si nosotros ya sea por mal humor, malas técnicas, falta de comunicación, o tantos factores que existen y, que tienen relación -- con lo que el paciente siente hacia nosotros, hacemos que se sienta mal (una mala experiencia), la proxima vez el paciente si tendrá miedo de visitarnos.

Llevar al niño al dentista no deberá nunca de implicar castigo, ya que el emplearlo así crea indudablemente miedo al -- odontólogo.

Por otro lado si el paciente aprecia al dentista, el -- miedo a perder su aprobación puede motivarlo para aceptar la disciplina del consultorio.

Esto lo he vivido claramente con pacientes que al llegar a tener una buena comunicación y existir el aprecio recípro-

co el temor (también recíprocos a la desaprobación de una con, el otro y viceversa hace que ambos den su mejor esfuerzo y dedicación para facilitar más el trabajo del otro y esto traiga en consecuencia un bienestar también recíproco.

Esto es: Si un paciente es bueno, coopera con nosotros, etc, pero aparte nos aprecia, pondrá un extra en su comportamiento, paciencia, resistencia (inclusive al dolor y temor) etc y -- esto nos motivará a nosotros a realizarle un mejor trabajo.

TEMORES OBJETIVOS Y SUBJETIVOS.

Cualquier temor ha sido adquirido de 2 alguna de estas 2 formas: a) Objetivamente b) Subjetiva).

A.- Los temores objetivos son producidos por estimulación física directa de los órganos sensoriales y generalmente no son de origen paterna, son reacciones a estímulos que se sienten, ver, oyen, huelen o saborean, y son de naturaleza desagradable;- Un niño que anteriormente ha tenido contacto con el dentista y ha sido manejado tan deficientemente que se le ha inflingido dolor innecesario, por fuerza desarrollará miedo o tratamientos dentales futuros.

Los miedos objetivos pueden ser de naturaleza asociativa, temores dentales pueden asociarse con experiencias no relacionadas. Como aquella persona que se le ha causado dolor etc -- por alguien de uniforme blanco, tendrá un temor hacia todo aquel que se viste de esa manera por que lo asociará con la experiencia desagradable antes sufrida.

El miedo hace descender el umbral del dolor. De manera que cualquier dolor producido durante el tratamiento resulta aumentado y lleva a apresiones todavía mayores.

B.- Temores Subjetivos - o Estan basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridos el niño por personas que le rodean sin que el niño los haya experimentado personalmente.

Un niño de corta edad y sin experiencia, al oír de alguna situación desagradable, o que produjo dolor, sufrido por -- sus padres u otras personas, pronto desarrollará miedo a esa experiencia. La imagen mental que produce miedo permanece en la mente del niño y con la vivida imaginación de la infancia, se agranda y vuelve imponente.

Un niño que oye hablar a sus padres sobre o a un compa

ñero de juegos sobre los supuestos terrores del consultorio dental, los aceptará muy pronto como reales y tratará de evitarlos lo más posible.

Shoban y Borland informaron que.

En niños como en adultos lo que más temor infunde es oír hablar a padres o amigos de experiencias desagradables en el consultorio dental.

En los adultos el miedo a la Odontología está principalmente basado en lo que hablaron sus padres sobre ello.

Un niño que va por primera vez al consultorio dental sin haber tenido información previo de lo que ahí pasa o le ha pasado a algún familiar o amigo, llega tranquilamente o si está nervioso o con temor es por otras causas como timidez o temor a lo desconocido pero irá desapareciendo con nuestra habilidad para hacerlo entrar en confianza, y todo lo que le hagamos será -- nuevo para él, si la hacemos con la menor molestia posible, el -- jamás le temera y así será más racionalmente la jeringa, la pieza de mano, nuestro uniforme blanco etc.

Puede haber otro tipo de paciente que es aquel que ha oído cosas solamente agradables del consultorio, ya sea por que sus padres le contaron cosas buenas para que fuera tranquilamente a atenderse, tal vez hasta ofreciendoles un premio si es que se portan bien. Estos pacientes serán mejores, que los que vienen mal informado o predispuestos pero no serán mejores, que los que no tienen ninguna información ya que estarán esperando más -- de lo que nosotros podemos dar.

Así tal vez se les haga algo fuera de la realidad que le duela o alguna molestia normal, que le causemos.

Lo mejor será que la que el paciente piense o sienta -- para con el dentista sea el fruto de nuestro trabajo y de su cooperación y que le agrade o no pero que su juicio se base en situaciones reales y no en chismes o habladurías ficticias.

Cuando hablemos con algún paciente o personas en general no debemos decir que la en el tratamiento odontológico se -- debe sufrir necesariamente, pero tampoco decir o permitir que no cause alguna molestia ya que esto no es real. Debemos ser honestos y no minimizar o mentir sobre estas molestias que sabemos -- perfectamente que existen, que claro debemos de tratar de evitar los al máximo pero que no se eliminan totalmente.

Los temores sugestivos también pueden experimentarse - por imitación. Una persona que observa miedo en otros puede adquirir temores hacia el mismo objeto o hecho tan genuinos como - el que está observando en otras. Frecuentemente los niños se -- identifican con los padres. Si el padre siente miedo, el niño es tá temeroso.

TEMORES INFANCIA

Generalmente, mientras más tiempo subsisten temores -- subjetivos en la mente, más se irán agrandando. En consecuencia -- estos temores pueden ser más intensos y no guardan proporción -- con el miedo objetivo que hubiera producido la experiencia ensi.

Los miedos subjetivos a dolores de tratamientos denta les no están circunscritos a ninguna experiencia real y personal, de manera que el miedo que puede experimentarse no encuentra lí- mites.

EN LA MAYORIA DE LOS NIÑOS EL MIEDO ES SUBJETIVO Y NO CONSECUEN- CIA DE LOS TRATAMIENTOS DENTALES ANTERIORES.

La intensidad de los temores en los niños o en cual- - quier persona varía. Esto se puede explicar por hechos tan senc*ij* llos como la necesidad o el deseo que tiene la persona por dor-- mir. Un niño adormilado tiende a mostrar más miedo e irritación-- que uno despierto, por que se le ha reducido la capacidad de ra- zonar y controlar sus temores, y tiene una tolerancia inferior - a las situaciones desagradables.

Cada persona reacciona de una manera individual, gran- parte de esta reacción dependerá de las capacidades inactas fís*ij* cas y mentales del individuo. Un individuo que está físicamente- sano, con funciones endocrinas normales responderá de manera más activa que el individuo con hipofunciones glandulares.

El individuo mentalmente alerta, responderá más inteli*ij* gente y rápidamente que algun retrasado mental.

MIEDO Y CRECIMIENTO

Los temores de un niño y la manera en que los maneja - cambian con la edad.

Lo que asusta a alguien a los 2 años de edad puede no hacerlo cuando tiene 6. La edad es un determinante importante de la que produce o no miedo al niño.

Los primeros temores que el niño asocia con la odontología son los producidos por lo inesperado y lo desconocido.

Cualquier estimulación precipitada o intensa de los -- órganos sensitivos, produce miedo en el niño por que es inesperada.

El ruido y la vibración de la fresa y la presión que -- se ejerce al utilizar instrumentos de mano al preparar cavidades, producen miedo en un niño de corta edad. A menos que el dolor -- sea intenso, teme más al ruido de los procedimientos dentales -- que al dolor que lo acompaña.

Como el niño de corta edad también teme caerse o movimientos súbitos e inesperados, sentir que sin avisarle le están bajando o inclinando en la silla dental puede causarle miedo.

Movimientos de mano rápidos y energicos también la atemorizan.

Las luces muy fuertes, especialmente la luz intensa de la unidad operatoria, produce miedo si se deja que brille en los ojos del niño.

En niños de menos de 50 meses de edad se benefician -- con la presencia de la madre en la sala de operaciones durante -- el tratamiento dental.

Los niños de más de 50 meses de edad no mostraban diferencia en comportamiento estuviera o no presente la madre en la sala de operaciones.

Es importante mencionar que la madre puede estar con el niño en la sala de operaciones siempre y cuando no le trasmita -- sus sentimientos.

En trabajos de urgencia y que no hay cooperación por -- parte del niño (ya sea por su edad etc) se le pide a la madre -- que lo sostenga y aunque el niño siga llorando el dentista deberá seguir realizando el trabajo necesario rapidamente y aun con el minimo de dolor.

A los 4 años de edad se llega a la cumbre de los temores y de 4 a 6 disminuyen gradualmente los temores antiguos como a caerse, al ruido y a los extraños.

Los niños que asisten a escuelas desde pequeños se hacen más sociables que aquellos que crecen en granjas etc. Están más dispuestos a relacionarse con extraños.

INSTRUCCIONES A LOS PADRES

(Como solución para una buena relación odontológica futura con sus hijos).

Es muy raro encontrar una madre que lleve a su hijo al consultorio dental sin aprensiones o desconfianzas sobre cuál sea su reacción al tratamiento.

El dentista puede hacer mucho en la educación de los padres para que estos se aseguren de que su hijo no llegue al consultorio con dudas y miedo.

Para los padres será grato el saber que no serán necesarias medidas extremadas de disciplina y que el niño participará gustoso en la nueva experiencia.

La madre esperará menos para llevar a su hijo al dentista y la hora aún y cuando no le duelan los dientes (simple revisión).

La guía a los padres sobre el tratamiento dental deberá empezar de preferencia antes de que el niño tenga la edad suficiente para ser impresionado adveramente por influencias extensas.

I.- Que los padres no expresen sus temores personales en frente del niño.

II.- No utilizar la Odontología como amenaza de castigo.

III.- Que los padres familiaricen a su hijo con la Odontología llevándolo con el dentista para que se acostumbre al consultorio y para que empiece a conocerlo.

IV.- Si los padres muestran valor en los asuntos odontológicos, esto ayudará a dar valor a su hijo.

V.- Se debe aconsejar a los Padres, sobre el ambiente de la casa y la importancia de actitudes moderadas por su parte para llegar a formar niños bien centrados.

VI.- Recalcar el valor de obtener servicios dentales regulares, no tan solo para preservar la dentadura, sino para formar buenos pacientes dentales.

VII.- Los padres no deben sobornar a los hijos para que vayan al dentista.

VIII.- El miedo o temores al tratamiento dental no deben tratar de ser vencido por los padres mediante burlas o ridiculizando los servicios dentales.

IX.- Los padres deben saber la necesidad que existe de combatir todas las impresiones perjudiciales sobre odontología -- que puedan llegar de fuera.

X.- El padre no puede prometer al niño lo que va a hacer o no el Odontólogo.

XI.- Varios dias antes de la cita debe instruirse a los padres que comuniquen al niño de manera natural que han sido invitados a visitar al dentista.

XII.- Los padres deben encomendar el niño a los cuidados del dentista al llegar al consultorio, que no deberan entrar a la sala de tratamiento a menos que el dentista asi lo especifique.

TEMA IV

TRATAMIENTO DEL PACIENTE INFANTIL (COMO EL MEJOR TIEMPO PARA UN ACERCAMIENTO)

Tratar las enfermedades por prevención permanente es lo más deseable y es a donde principalmente debemos orientar nuestra mentalidad y conocimientos.

Se puede considerar la Odontología infantil como el servicio más necesitado y sin embargo, uno de los más olvidados entre los servicios que el dentista presta.

A pesar de su gran importancia algunos odontólogos tienen a disminuir su valor, siendo las principales causas la ignorancia o su indiferencia ante los conceptos más recientes de la odontología actual y a las metas finales que han de lograrse.

El valor de este servicio nunca será suficientemente ponderado ya que en tratamiento odontológico poco adecuado e insatisfactorio realizado en la niñez, puede dañar permanentemente el aparato masticatorio, dejando al individuo con muchos de los problemas dentales hoy en día tan comunes en la población adulta.

Cuando un dentista asume la responsabilidad de trabajar, con niños debe prever que la tarea le resultará algo difícil, ya que, practicar una odontología modelo para niños no es fácil. Requiere la adquisición y utilización de amplios conocimientos odontológicos, de los cuales gran parte es común a los que se utilizan para adultos, pero otra parte es única y pertinente solo para niños.

Si el Odontólogo consciente en hacer el esfuerzo adicional que se requiere para dominar el tema, se dará cuenta de que trabajar con niños es una de las experiencias más satisfactorias que puedan experimentarse en todos los prácticos odontológicos.

La Odontología para niños requiere algo más que conocimientos dentales comunes puesto que se está tratando con organismos en periodo de formación.

Tan solo en los niños se encuentra esto (conocimiento)-crecimiento y desarrollo rápidos donde los individuos están en constante cambio.

El modelo de desarrollo que se considera normal para cualquier niño aun no ha sido forjado y puede sufrir modificacio-

La Odontopediatría se encuentra en posición de alterar el patrón de crecimiento y la resistencia a las enfermedades de los tejidos de en estos pacientes, pudiendo producir estructuras bucales más perfectas desde el punto de vista metabólico, funcional y estético.

La Odontología para niños trata generalmente de la prevencción. En realidad, no hay ninguna fase importante en este campo que no sea preventiva en su perspectiva más amplia. Desde este punto de vista la Odontopediatría es en verdad un servicio -- de dedicación puesto que la prevención es siempre la meta final de la ciencia médica en su totalidad.

El dentista que trabaja con niños tiene estas responsabilidades: a) Para con su paciente b) para su comunidad c) Para consigo mismo.

Se considera de mayor importancia la responsabilidad -- del dentista para consigo mismo ya que al satisfacer sus requisitos o metas que el se impone dara un mayor servicio tanto al -- niño como a la comunidad.

Es muy importante toda la atención y la información que podemos dar a los niños a temprana edad.

Siempre se ha mencionado que los problemas se deben -- atacar desde el principio y desde los orígenes (desde abajo) El niño es el futuro o adulto, padre, esposo que influirá grandemente en su familia.

Esa es la razón por lo que debemos influir en él y hacerle notar la importancia de la salud dental y todo aquello que debemos hacer para mantenerla y prevenir posibles malestares -- (patologías).

Haremos un poco de énfasis en un tema muy citado que -- es el de conocer o averiguar la información completa sobre las -- características de la identidad del paciente y su historial clínico durante la primera visita.

La primera visita al consultorio la hace generalmente -- el niño acompañado de sus padres.

Es posible que los siguientes visitas los haga el niño solo y por lo tanto no podrá facilitar la información requerida.

O sea trataremos de ya saber o tener listas las preguntas pertinentes para hacerlos todos el primer día.

Al interrogar al padre ó acompañante acerca de la conducta habitual del paciente ya podremos irnos dando cuenta del carácter del niño y como más o menos va a reaccionar a tal o cual actitud o acción que nosotros le hagamos.

Cada paciente es diferente y lo deberemos de tratar -- individualmente y no con patrones ya preestablecidos lo que nos hace parecer fríos y sin sencibilidad o personalidad propio.

Es cierto que hay standares de personalidad pero siempre habra diferencias entre un paciente y otro.

Como hemos dicho es importante el nivel económico del paciente y nosotros vamos a sugerir lo más adecuado a su nivel - (tratamiento). No lo haremos sentirse mal diciendole los diferentes técnicas o métodos que hay y que estan lejos de su alcance, - sino las conveniencias del que le vamos a realizar tratando claro de dar la máxima calidad posible a nuestra conveniencia y a la del paciente.

Es fundamental el llevar un control sobre el paciente en cuanto a la frecuencia con que nos debe visitar o simplemente cuando será su nueva cita dándole a esto un énfasis para que el paciente sepa de la importancia de asistir a tiempo a su consulta.

La frecuencia de los recordatorios deberá basarse en la susceptibilidad del individuo o la caries (en el caso de niños) O bien exámenes periódicos en adultos con el fin de checar el estado de tejidos en general si es que hay salud y si esto en tratamiento restaurativo pues más importante aun será su visita a tiempo.

Responsabilidad del dentista hacia el paciente.

Requiere de un buen juicio al planear y llevar a cabo el tratamiento.

Debe darse énfasis a la prevención, lo que requiere no solo conocimientos de técnicas preventivas, sino también, en el conocimiento científico de sus funciones.

Un dentista competente debe ser capaz de contestar inteligentemente las preguntas de los pacientes (niños) y sus padres, con conocimientos correctos, esto es, darle seguridad al -

que esté con una persona calificada a quien le esta-
rá en su integridad física.

Tal vez algunas veces no sepa contestar adecuadamente o se sienta comprometido en alguna respuesta. Lo grave no será el no saber contestar sino el no averiguarlo posteriormente que demostrara en afán de superación personal.

Debe transmitir al paciente el valor de los cuidados -- distantes. Debemos de ser predicadores absolutos de la salud a -- nuestra máxima capacidad posible.

En el caso de pacientes infantiles convencer a estos y a sus padres que los cuidados dentales adecuados en la niñez son una inversión para la salud futura.

LA BUENA ODONTOLOGIA NO EMPIEZA EN EL SILLON DENTAL.
EMPIEZA EN CASA CON UNA BUENA HIGIENE BUCAL.

Poniendo ya secundario una dieta sensata con restric--
ciones de carbohidratos, fluorizar el agua etc. De esta manera -- se puede aplicar una odontologia eficaz sin silla dental.

El dentista debera estar relacionado con algunos hospi-
tales o bien especialistas tanto en la odontologia como en todos las ramas de Odontologia.

En el sillón dental se detectan enfermedades tanto a -- nivel local como general y el dentista sera el indicado de esta-
blecer una relación entre el paciente (especialmente si es niño) claro representado por el padre y en especialistas a algun hospii-
tal.

Existen varias maneras de acercarse al público en pro-
grams educativos: a) charlas a grupos escolares, organizaciones de ayuda, asociaciones, de padres y maestros y reuniones de los-
sindicatos, reuniones del personal de hospitales, grupos religio-
sos b) Proyectos escolares como clubs de salud y prog ramas ins-
tructivos de higiene bucal.

c) Carteles, ensayos y concursos del tipo "Sonrisa Per-
fecta" d) Radiografías o exámenes gratuitos en las ferias u otras tipo de reu niones d) Anuncios en camiones (de reparto de leche, correo de entrega inmediata, de tiendas), e) articulos en los pe-
riodicos, programas de radio y televisión y anuncios f) Pelicu-
las y espectaculos de marionetas.

Los efectos respectivos se irán sumando y si se utilizan todos estos métodos, resultarán en una campaña de gran impacto en la población.

El éxito de este tipo de programa puede juzgarse por la motivación general que producen en la comunidad.

Los programas correctivos generalmente implican tratamiento de caries dental. Aunque las medidas preventivas que existen ahora reduzcan la importancia de las caries dentales, no podrán eliminar totalmente la necesidad de programas de cuidados dentales.

Sin embargo a medida que las medidas preventivas aumentan y se llevan a cabo, y disminuye la cantidad de trabajo en cada paciente, pueden tratarse más niños con el mismo número de dentistas. De esta manera, números mayores de niños con recursos económicos podrán ser tratados.

Comportamiento del niño: Adulto por influencias.

Existen problemas emocionales especialmente en relación con tratamientos dentales y el dentista debe tener una visión de las influencias paternas que pueden producir ansiedades innecesarias en los niños. Con esta información básica se espera que el Odontólogo tome una posición de aconsejar y guiar a los padres inteligentemente (esto implica que el dentista deba estar capacitado conociendo la psicología infantil o sea el comportamiento, tendencias de los niños y lo que les afecta o les beneficia., todo esto traerá un mejor relación y tratamiento entre paciente y Odontólogo).

En cualquier situación, el modelo de comportamiento de un niño está regido por su herencia físico y mental, y a medida que se desarrolla, por el acondicionamiento que recibe al entrar en contacto con el medio. La herencia no se puede alterar, excepto de límites estrechos; no puede evitarse.

El comportamiento consecuencia del medio se puede alterarse; se puede controlar y desarrollar de manera que el niño crezca y llegue a tener una personalidad bien integrada, adecuada para la sociedad en que se encuentra.

Uno de los ajustes que tienen que hacer todos los niños es desarrollar un modelo de comportamiento que sea aceptable socialmente y que satisfaga sus necesidades emocionales y físicas.

Los cuidados dentales pueden ser una de sus necesidades físicas.

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

Si el dentista va a realizar trabajos dentales satisfactorios en sus pacientes infantiles, debe contar con su total cooperación. Tan sólo podrá obtener esta cooperación si comprende -- el tipo emocional de los niños y de sus padres.

Si no comprende esto le resultara difícil manejar niños.

El dentista tiene que reconocer que está vinculado emocionalmente a sus pacientes y para manejarlos con éxito debe de estar consciente de los factores psicológicos y sociológicos que han formado sus actitudes y modelos de comportamiento hacia la odontología.

El estudio de las ciencias que ayuda a comprender, el desarrollo de medos, ansiedades y furia, cuando se aplica al niño en una situación dental, puede denominarse odontopediatría de la conducta.

El manejo adecuado de los niños en el consultorio dental es responsabilidad del dentista, y la debe asumir sin dudar, si quiere cumplir con la obligación que tiene hacia sus pacientes y su profesión.

También está claro, que condicionar a los niños hacia el dentista y servicios dentales es responsabilidad de los padres. Deberan aceptar esta obligación como un deber paternal. Aunque es responsabilidad de los padres inculcar a sus hijos actitudes convencionales hacia la odontología, el dentista debe de ayudar asegurándose de que los padres estén totalmente informados y adecuados sobre los fundamentos no necesarios de psicología infantil.

El dentista debiera aceptar esta obligación como parte sistemática de su práctica.

Si queremos tener buenos pacientes infantiles, primero tendremos que educar a los padres. El dentista que no lo haga no está usando todos los medios disponibles para el manejo del niño.

Aspectos importantes en la relación Médico Paciente para lograr la armonía y bienestar de ambos.

RESPONSABILIDAD DEL DENTISTA

Para consigomismo.

En el transcurso de su educación odontológica, el estudiante debiera adquirir dos atributos muy convenientes que le ayudaran a lo largo de su carrera: Ego y humildad.

Ambos le daran el tamaño necesario para lograr el éxito en el campo de su elección.

Su ego debe hacer que se enorgullezca de su profesión - que escogió una profesión que ha contribuido a aliviar los dolores y sufrimientos y que ha ayudado a elevar los niveles de salud.

Obtener el título en una escuela odontológica reconocida implica que la educación básica que el estudiante ha recibido es la más adecuada que se puede obtener.

Se encuentra tan bien equipado para ejercer su profesión como cualquiera que practique otra.

Darse cuenta de estos hechos deberá dar al odontólogo, - la confianza tan necesaria en una carrera profesional, lo que a su vez debiera darle la suficiente dignidad para ocupar el lugar - que por derecho le corresponde en la comunidad.

Debera tener la, suficiente humildad para darse cuenta - de que el aumento de capacidad trae consigo aumento de responsabilidad. Nunca debiera tomar sus responsabilidades a la ligera. La - Odontología es una profesión en constante movimiento (crecimiento) y cuyos conocimientos y técnicas están en expansión.

El dentista no puede nunca dar por terminado su aprendizaje. Si sus habilidades y conocimientos no siguen creciendo y mejorando, se vuelve estacionario y va resultando menos eficaz en - relación con otros.

Esto se puede ejemplificar facilmente con un dentista - que trabajo en la actualidad con amalgama binaria y con motor de baja velocidad al no ir avanzando el servicio que presta es ineficaz más cansado y menos efectivo para el paciente. El no se ha actualizado y no brinda al paciente lo mejor que hay en actuali--

dad y por lo tanto lo esta defraudando.

O sea debe continuar y llevar a la práctica lo que siguen aprendiendo.

Esto implica asistir a reuniones profesionales, tomar cursos de renovación e ir a conferencias, seminarios y congresos leer revistas profesionales.

Es conveniente usar un escepticismo saludable, pero no deberá llegar al grado de cegarse sobre hechos ya comprobados.

Deberá tener la suficiente humildad para ser honesto - en la evaluación propia y prestar el mejor servicio, de que sea capaz. Nunca deberá sentirse satisfecho con juicios inadecuados o técnicos inferiores.

Llevar información a padres, maestros y alumnos por -- igual es uno de los mejores servicios que puede ofrecer el dentista a su comunidad, y también sirve de excelente ayuda para -- formar una buena clientela.

- Decoración del Consultorio.

Hay muchos factores que toman en consideración al buscar lugar para un consultorio del tipo de práctico que se desee establecer, tales como nivel económico y social del area y facilidad de acceso al público.

La decoración sera básica en el sentimiento del paciente ya sea niño o adulto.

Debera dar sensación de tranquilidad y confianza. Si es exclusivamente para niños se puede decorar con algun motivo definido (circo, oeste, espacio etc) algo que de un toque cálido y de fantasia al consultorio, algo que lo aleje de ser una cámara de torturas obscura y frio.

Claro sera básico el buen gusto.

La música sera relajante (apenas audible) y con efectos reconfortantes tanto en el adulto como el niño.

En la sala de espera debe haber revistas de todos tipos y temas variados (para niños).

Es extremadamente importante en el consultorio y espe-

cialmente de odontopediatria la utilización eficiente de ayudantes porque: a) Disminuye el periodo de tiempo de la visita dental y esto ayuda al manejo del paciente (niño) b) El ayudante -- hace disminuir el número necesario, de pasos y movimientos, lo -- que reduce el cansancio del dentista.

c) El dentista práctico con más eficiencia y rapidez, -- con lo que se vuelve más productivo y aumenta su ingreso.

Se puede asignar un espacio ancho o oficina dental en -- donde al paciente se le puedan dar instrucciones adecuadas sobre los procedimientos preventivos.

Estas informaciones se pueden decir que se pueden dar -- en cualquier lugar incluyendo el consultorio pero es más conve-- niente tener una habitación separada de areas que pueden causar -- tensión al paciente.

Cuando la instrucción, es dirigida a un niño los pa -- dres deberán procurar que el niño participe totalmente hasta que cepillarse los dientes y use el hilo dental se vuelvan rutinarios en el.

FARMACOLOGIA

El uso de determinados medicamentos como ayuda previa, posterior y durante el tratamiento dental (cualquiera que este sea) puede ser muy importante y traernos muchos beneficios, tanto al paciente como a nosotros)

Este caso es muy delicado y se necesita de un gran conocimiento de sus indicaciones, contraindicaciones efectos deseados y secundarios (a veces no deseados).

Hay un gran número de medicamentos pero principalmente mencionaremos y hablaremos brevemente (no por que sean poco importantes sino, que el hablar de ellos a fondo implicaría uno o dos tomos y no es el objetivo de este trabajo.

- Se mencionarán Tranquilizantes menores (contra ansiedad)
- Tranquilizantes mayores (contra Psicosis).
- Medicamentos hipnóticos.
(Drogas analgesicos narcoticos)
(Drogas analgesicas no narcoticos)

Con ellos trataremos de tener al paciente en los mejores condiciones físicas y mentales para conseguir su máxima cooperación su comodidad, tranquilidad y eliminar al máximo tensiones, ansiedades, miedo etc.

No se está diciendo con esto que con el simple uso de estos medicamentos nos podremos olvidar de los problemas del paciente y lo usaremos con todos.

Es recomendable usarlos lo menos posible, sólo en aquellos casos estrictamente necesarios y en aquellos en los que fué imposible lograr esta cooperación por otros medios (como muestra buena técnica, carácter, procedimientos, diálogo y que estemos seguros que será lo mejor para el paciente.

Pero como se ha mencionado anteriormente sera muy delicado su medicación.

Drogas antipsicóticas y anti ansiedad son los terminos nuevos empleados para los tranquilizantes mayores y menores res-

pectivamente. Las drogas antipsicóticas representadas por fenotiacinas, tioxantenos y butirofenonas producen una mejoría específica del estado de ánimo y de la conducta en pacientes psicóticos, sin gran acción sedante y sin provocar adicción.

Las drogas anti ansiedad incluyen benzodiazepinas, meprobamato, y similares. Las drogas contra la ansiedad pueden no ser básicamente diferentes de los sedantes hipnóticos, excepto por algunas, características de los benzodiazepinas que probablemente expliquen su gran popularidad y su empleo excesivo. Tienen menor tendencia a producir tolerancia y dependencia física, y son mucho más seguros que los sedantes hipnóticos cuando se toman en grandes dosis con fines suicidas.

El campo de los medicamentos tranquilizantes fué abierto por la introducción casi simultánea de dos medicamentos poderosos, la clorpromacina y la reserpina. La clorpromocina nació en Francia gracias a estudios sobre los antihistaminicos de estructura fenotiacinica como la prometacina.

Se comprobó que, incluso en dosis subhipnóticas, estas drogas ejercían efecto calmante sobre la conducta de pacientes perturbados, y este conocimiento tuvo por consecuencia el desarrollo de ampliar técnicas de selección para nuevos medicamentos de tipo tranquilizante. Esta actividad produjo no solo diversos derivados de la fenotiacina y compuestos del tipo de la reserpina, sino también muchos medicamentos menores contra la ansiedad como el meprobamato, el fenaglicodol, la benacticina, la hidroxicina, el clorodiazepóxido y otros.

DERIVADOS FENOTIACINICOS.

El primer tranquilizante fenotiacinico ampliamente utilizado la clorpromacina. Guarda estrecha relación química con la prometacina, antihistaminico poderoso.

Los efectos farmacológicos de los tranquilizantes fenotiacinicos son muy complejos. Además de su efecto sobre la conducta, estos medicamentos antiemético poderosos y ejercen acciones importantes sobre el sistema nervioso vegetativo o diversos niveles.

En dosis elevadas también pueden producir efectos secundarios tóxicos notables como el parkinsonismo.

Las fenotiacinas se clasifican según su fórmula química y farmacológica en tres grupos:

- a) Fenotiacinas Alifáticas b) Derivados de Piperidina -
c) Derivados de piperacina.

Los diversos antipsicóticos fenotiacínicos difieren en cuanto a su potencia, según se refleja por su dosificación. No difieren netamente en cuanto a eficacia. Su potencia variable - probablemente consecuencia de su acción bloqueadora de receptores dopaminérgicos.

Los fenotiacinas alifáticas, como clorpromicina y derivados de piperidina, ejercen una acción sedante notable. Las fenotiacinas de piperacina, como la flufenacina, no producen mucha acción sedante pero tienen mucha mayor tendencia a causar -- efectos secundarios extrapiramidales. Los fenotiacinas como la tioridocina, tienen menos probabilidades de causar efectos extrapiramidales.

Los tioxantenos y la butirofenona haloperidol se parecen al grupo piperacínico de los fenotiacinas. No son muy sedantes, pero producen efectos secundarios extrapiramidales.

+ Clorpromacina - (Fenotiacina Alifática). Thorisine - ó dimetilamino propílico, es un sedante antipsicótico. Además - de su utilidad en psicóticos agitados, tiene otras aplicaciones - en medicina, como evitar náuseas y vómitos. También se emplea -- por su capacidad de potenciar la acción de otras drogas, como - los anestésicos.

Efectos farmacológicos - Antipsicóticos, extrapiramidales, anticolinérgicos y antiadrenergicos, de interferencia con la regulación térmica, antieméticos y endocrinos.

Efectos Antipsicótico - Mejoran la desorganización psicológica del pensamiento y la conducta. Difieren unos de otros - en cuanto a sus efectos sedantes y extrapiramidales.

Actualmente se relaciona el efecto antipsicótico de -- los fenotracinas y las butirofenomas como el bloqueo de receptores dopaminérgicos en el cerebro. Después de administrar estas - drogas aumenta el recambio de las reservas centrales de dopamina.

Efectos Extrapiramidales - La clorpromacina administrada en grandes dosis puede causar efectos extrapiramidales, como temblor, rigidez, acinesia, máscara facial y salivación. Las piperacinas tienen mayor tendencia a provocar estos efectos, -- mientras que los derivados de la piperidina son menos potentes - al respecto.

Las drogas contra el parkinsonismo como el Benadryl, - alivian estos efectos.

Efectos Anticolinérgicos y antidrenérgicos - La cloropromocina tiene ciertos efectos de tipo atropínico que se manifiestan por síntomas como boca seca estreñimiento retención de orina. No suelen provocar dilatación de pupila ni taquicardia.

La cloropromacina puede originar hipotensión. Puede producirse una hipotensión intensa después de la administración parenteral de fenotiacinas. Esto se le ha atribuido a la acción bloqueadora adrenergica alta de la droga, sin embargo parece que esta acción hipotensora puede explicarse por un aumento de vasodilatación adrenergica beta. Pues la cloropromacina no bloquea la acción presora de la noradrenalina.

Provoca cierta disminución en la temperatura. Los fenotiacinas en general son más eficaces para evitar el vómito causado por agentes químicos que contra el vómito por mareo de desplazamiento (cinetosis).

Efectos endocrinos - Puede causar galactorrea, retrasar la menstruación, crear amenorrea y aumento de peso.

Efectos adversos - Además de los efectos extrapiramidales la cloropromacina puede causar muchas reacciones secundarias como discrasias sanguíneas, ictericia colestática, aumento de respuesta los barbitúricos y otros hipnóticos, hipotensión - cambios electrocardiográficos, reacciones cutáneas, fotosensibilidad, pigmentación de la piel, depositos de pigmentos en cornea y cristalino, y consecuencias tóxicas de su efecto anticolinérgico.

Las interacciones medicamentosas incluyen aumento de efectos de alcohol, hipnóticos, analgésicos de tipo morfina, - - anestésicos, y drogas antihipertensivas y anticolinérgicos.

Este medicamento se utiliza principalmente por sus -- propiedades tranquilizantes y antieméticos.

Las dosis de cloropromacina suelen ser de 25 mg tres a cuatro veces al día oralmente.

Pueden darse dosis similares por vía parenteral, pero hay que tomar precauciones para evitar la hipotensión.

Derivados del TIOXANTENO (cloroprotixeno y Tiotixeno) son química y farmacológicamente muy similares a los derivados-

fenotiacínicos.

El clorplotixeno es eficaz en procesos psicóticos - donde la agitación y la ansiedades son síntomas prominentes.

Este producto se encuentra en el mercado en tabletas de 10, 25, 50 y 100 mg. y en solución para inyección con 12.5-mg por ml.

El tiotixeno (Navone) es útil en el tratamiento de - esquizo frénicos crónicos apáticos. Se encuentra en el mundo - en capsulas de 1,2,5 y 10 mg.

Butirofenanas Substituidas.

Una serie de butirofenonas desde 1956 se han utiliza - do cada vez más como t ranquilizantes mayores, sobre todo en - psiquiatría anestesiología. 3

Un prototipo de esta serie de medicamentos es el Ha - loperidal (Halsol)

Es un antiemético poderoso. Mejora la conducta psicó - tica pero frecuentemente causa reacciones extrapiramidales.

La administración es en dosis de 100 mg dos o tres - veces al día para adulto.

Las butirofenomas tranquilizantes (denominadas neuro - lépticas) se utilizan también en anestesiología en combina - ción de algún analgesico narcótico poderoso. Recientemente se - ha introducido la butiro fenoma substituida, combinada con un - analgésico parecido a la meperidina (Fentanyl), para la denomi - nada neuroleptoanalgesia.

La combinación está en el comercio con el nombre de - Innovar.

Medicamentos contra la Ansiedad (Tranquilizantes - - menores.

En contraste con los antipsicóticos, hay una serie - de compuestos denominados productos contra la ansiedad emplea - dos generalmente, a veces en forma innecesaria, contra la ner - viosidad y la tensión en individuos normales o neuróticos. Es - tas drogas se llaman a veces tranquilizantes menores, término - que no está bien usado ya que implica similitud con los antip-

sicóticos o tranquilizantes mayores.

La mayor parte de estos medicamentos contra la ansiedad tienen efectos sedantes incluso hipnóticos, y son relajantes musculares esqueléticos de acción central. No producen efectos secundarios extrapiramidales ni interfieren con funciones neurovegetativas. Por otra parte en contraste con los fenotacinas, crean dependencia física.

Los benzodiazepinas y drogas relacionadas con el meprobomato, incluyen el clorhidrato de clordiazepóxido (librium), el diazepam (valium), el oxazepam (serax), el meprobamato (Equanil; -Mioven la oxanamida (Quiactin), el fenaglicodol (ultran), la mefenoxaloma (Trepidone), el hidroxifenamato listica, y el tibamato (solacen; Tybatran).

Un grupo diverso de medicamentos incluyen algunas antihistaminicos y anticolinergicos y otras difíciles de clasificar.

La hidroxicina (Atarax; Vistaril) y la buclicina (Softrona) son antihistaminicos y anticolinergicos.

Medicamentos Benzodiazepinicos:

Las benzodiazepinas: Clorhidrato de clordiazepóxido -- (Librium) y diazepam (valium) y oxazepam (Serax) se utilizan mucho contra la ansiedad y poseen acción rejanante de musculos esqueléticos, de tipo central. Un producto similar fluorocepan (Dalmane) se emplea como hipnótico.

La farmacología de las benzodiazepinas es similar a la de los barbitúricos excepto que en algunas pruebas pueden lograr efecto sin provocar acción sedante, ni ataxia excesiva. Estos productos tienen un margen mayor entre las dosis necesarias para modificar la conducta y las depresoras. Las benzodiazepinas evitan las convulsiones causadas por la estriquina o el pentilente trazol. En este sentido son muy similares a los barbituricos y muy diferentes a los fenotiacinas o a la reserpina que no son anticonvulsiones. Las benzodiazepinas no presentan efectos secundarios extrapiramidales o neurovegetativos de importancia.

La gran popularidad de los benzodiazepinas probablemente dependa de 2 diferencias entre ellas y los barbituricos. No tienen tanta tendencia a producir tolerancia y dependencia, y usan mucho más seguras cuando se forman en grandes cantidades -- (dosis) con intentos suicidas.

Efectos secundarios Adversos.

Somnolencia, ataxia, síncope, excitación paradógica, exantemas, nauseas, y modificaciones de la libido. Por via parenteral, como el diacepan deben utilizarse con precaución en pacientes que al mismo tiempo consuman medicamentos como barbituricos alcohol, drogas antihipertensivas, anticonvulsivos, opiaceos, u otras que deprimen el sistema nervioso central.

Estos medicamentos en la Odontología las utilizamos lo menos posible y en dosis lo más pequeñas que nos produzcan efecto.

Se usarán, 1 hora antes de la intervención en pacientes muy nerviosos, temerosos, ansiosos etc. Esto nos permitirá trabajos con mayor eficacia y al paciente estar mucho mejor y cooperar más con nosotros.

MEPROBAMATO

En ensayos clínicos de este medicamento como relajante muscular central se descubrió que tenía propiedades sedantes y tranquilizantes.

En el mercado se le puede encontrar en tabletas de 400 mg. La administración bucal de una de estas tabletas tiene efectos muy ligeros; solo causa leve acción sedante, las dosis mayores tienden a producir cierta somnolencia y disminución del espasmo muscular, sin interferir el tono propioceptivo normal.

En dosis suficientemente elevadas la droga produce ataxia.

Tienen efectos relajante (muscular) anticonvulsivo.

Los sedantes relajantes musculares, aunque ofrecidos como tranquilizantes, debieron considerarse simplemente sedantes no especificos de acción similar a los barbituricos.

Utilizados en dosis suficientemente grandes no solamente producen somnolencia y ataxia sino también adicción, generalmente similar a la adicción para barbituricos en pacientes que forman grandes dosis por largo tiempo.

Pueden observarse sintomas graves de supresión caracterizados por temblores musculares, incluso convulsiones, cuando estos medicamentos se suprimen bruscamente.

FENAGLICODOL.

El fenaglicodol (ultran) tiene efectos farmacológicos muy similares a los del meprobamato.

Se administra por la boca en cápsulas de 300 mg y tabletas de 200 mg generalmente 3 veces al día.

- SEDANTES DIVERSOS -

+ Sedantes antihistamínicos: Hidraxicina (Atarax; Vistaril).

Produce somnolencia y se ha introducido en terapéutica como tranquilizante con actividad antihistamínica y antiemética.

Tiene ligera acción de tipo atropínico, y también ligero efecto obqueador adrenérgico. No ha logrado ser tan utilizado como los demás tranquilizantes.

+ Anticolinérgico (Benacticina).

La benacticina (Suavitil) básicamente es un anticolinérgico con varias acciones sobre el sistema nervioso central.

Produce midriasis, inhibe la salivación y es un anti-espasmódico. Tiene efectos relativamente más potentes sobre la conducta que dosis anticolinérgicos iguales a la atropina.

Sus efectos en el hombre se caracterizan por somnolencia e incapacidad para concentrarse.

Estos medicamentos tendrán contraindicación en toda - aquél paciente que requiera de su concentración para su trabajo (choferes, aviadores etc).

Se les debe prevenir de los efectos que aparecerán y las precauciones que deben tener para controlarlas.

Medicamentos Hipnóticos

Los medicamentos llamados hipnóticos pueden producir - un estado de depresión del sistema nervioso central.

En dosis menores muchos de estos medicamentos pueden producir un estado de somnolencias, utilizados en esta forma se les llama sedantes. Utilizados en grandes dosis las hipnóticos pueden producir anestesia, intoxicación y muerte.

Estos efectos progresivos relacionados con la dosis pueden indicarse como sigue.

SEDACION → HIPNOSIS → ANESTESIA → COMA → MUERTE

Los hipnóticos tienen importantes aplicaciones en medicina. Las pildoras para dormir se emplearán con indicación, o sin ella, por muchas personas.

Son útiles en combinación con los analgésicos en procesos dolorosos, son antidotos de drogas estimulantes y convulsionantes, son útiles en los trastornos convulsivos y son empleados como complementos de la anestesia.

Los hipnóticos más importantes son los barbituricos. Utilizados adecuadamente son medicaciones muy eficaces y seguras.

Aunque los barbituricos causan hábito y pueden incluso originar toxicomania, los nuevos sedantes hipnóticos que se proporcionan indicando que son menos peligrosos, no resultan realmente superiores.

Existen los llamados hipnóticos no barbituricos, guardan relación química con los barbituricos y no brindan ventajas superiores.

Estos se llaman piperidindionas y como ejemplo la glutetamida y el metiprilon.

Además de los barbituricos y los piperidindionas hay muchas otras medicaciones que en realidad pertenecen al grupo de los sedantes hipnóticos. Carbamatos como el uretano y similares, bromuros alcohólicos y paraldehidos también se clasifican como sedantes hipnóticos.

De los medicamentos hipnóticos solo trataremos brevemente sus propiedades sedantes hipnótico sin llegar a lo que es la anestesia por ser lo más conveniente al tema que estoy desarrollando.

Como sabemos los barbitúricos se clasifican según su-

duración de acción (de acción breve, intermedia y prolongada).

En general los barbituricos son solubles en las lipí-
dos.

Efectos Farmacológicos.-

La acción primaria de los barbituricos es sobre el sistema nervioso. Después de administrar una dosis hipnótico de un barbiturico el único efecto importante es el sueño, del cual puede despertarse el interesado con estímulos diversos.

Pueden causar la muerte en dosis elevadas por fallas en la respiración, por depresión del centro respiratorio.

Los barbituricos de acción ultracorta se utilizan en la anestesia para inducción.

Los de acción prolongada son más utilizados como sedantes.

Veremos una lista de los diferentes barbituricos y su acción.

Fenobarbital	Sedante hipnótico
Barbital	de acción prolongada.
Secobarbital	Sedantes hipnóticos
Amobarbital	de acción breve
Pentobarbital	o intermedio.
Metohexital	Anestésico
Tiopental	Intravenoso.

Tienen efectos anticonvulsivos, pueden ser eficaces como antiepilépticos pero no todos son útiles al respecto.

Tienen efectos diversos en lo que se incluye la analgesia acciones del sistema neurovegetativo fenomenos respiratorios y otras.

Las dosis hipnóticos ordinarios de los barbituricos-

no tienen acción importante sobre el sistema nervioso vegetativo.

Las dosis anestésicas si producen efectos sobre este sistema.

En general a dosis sedantes los barbitúricos no nos - darán problemas estos vienen cuando se usan con fines hipnóticos profundos o anestésicos.

Hay factores que contrarrestan o potencian la acción de los barbitúricos. Los estimulantes del sistema nervioso central como cafeína, estricnina, pentilentetrazol, tienden a oponerse a la acción de los barbitúricos, sobre todo cuando son administrados aproximadamente al mismo tiempo.

Con excepción de los estimulantes lo único que puede abreviar la acción de los barbitúricos son los técnicas que facilitan la eliminación del medicamento.

El alcohol reserpina, tranquilizantes del grupo de la fenotiacina, diversos sedantes hipnóticos intensifican las acciones de los barbitúricos.

TOXICIDAD DE BARBITURICOS

Son medicamentos seguros y eficaces administrados en dosis hipnóticas a personas normales.

Pueden producir efectos desagradables en alguna persona por idiosincrasia inexplicada, o en varios como consecuencia de dosis excesivas agudas o crónicas.

Los barbitúricos están estrictamente contraindicados en la porfiria, ya que pueden causar graves efectos tóxicos, incluso parálisis.

Algunas personas pueden sufrir excitación idiosincrásica en lugar de la depresión posterior al empleo de barbitúricos.

Puede haber reacciones cutáneas, dolores y molestias vagas, así como síntomas gastrointestinales. La frecuencia de estas respuestas es baja.

La intoxicación por barbitúricos es uno de los problemas más frecuentes en toxicología. (CUADERNO).

Hay algunos barbituricos que dan anestesia general en-circuito cerrado que van a ocasionar alucionación permanente en-el inconciente por lo que se les recomienda en el manejo de ni--ños.

SEDANTES HIPNOTICOS NO BARBITURICOS.

Actualmente disponemos de muchas drogas, que tienen --prácticamente las mismas indicaciones que los barbituricos.

Algunas viejas (como el hidrato de cloral) pero toda--via utiles.

Otras introducidas recientemente por motivos de compe--tencia que tienen realmente poca o ninguna ventaja sobre los bar--bituricos.

CLASIFICACION DE SEDANTES HIPNOTICOS NO BARBITURICOS

1) Alcoholes=0 Alcoholes terciarios - Etilclorovinol (Placidyl)
Metilparafinol (Dormison)

Otros alcoholes.

Etanol - Es el sedante más utilizado, aunque no pres--crito por los médicos.

Tricloroetanol - Es un producto metabolico del hidra--to de cloral.

Fenaglicodol (Ultram) Es un sedante estructural y far--macologicamente relaciondo con el meprobamato.

Como agente terapeutico el alcohol tiene poca importan--cia.

Pero la posee y grande, en toxicología, el alcoholismo crónico constituye uno de los grandes problemas sociales de la--humanidad.

La principal acción del alcohol se ejerce sobre siste--ma nervioso central. Puede considerarse como un anestésico e hip--nótico extraordinario.

La acción estimulante es consecuencia de la depresión--primaria de los centros más altos, originando una conducta sin -inhibiciones.

Existe vasodilatación cutánea y sensación de calor después de ingerir esta droga. Puede disminuir el dolor precordial. Estimula la secreción de ácido gástrico.

Inhibe la liberación de la hormona antidiurética por el lóbulo posterior de la hipófisis.

2 Piperidindionas-:

Metiprilon (Nodular) - Glutetimida (Doriden).

Guardan relación estructural con los barbitúricos.

El metiprilon se usa de la misma manera que el pentobarbital o el secobarbital.

La dosis usual para un adulto es una capsula (300 mg) o una o tabletas (200 mg por tabletas).

La glutetimida es similar en sus empleos clínicos a un barbitúrico de acción moderadamente prolongada.

Son muy tóxicas: Puede haber dilatación pupilar (amplio) y el paciente entrar en coma varias horas después de recuperar la conciencia, y morir inesperadamente. Hay laringo espasmo; y convulsiones.

3 Carbamatos -

Tienen propiedades sedantes e hipnóticas.

El etinamato (Valmid) es un sedante hipnótico de acción breve. Es sedante, hipnótico y relajante muscular ligero.

Se encuentra en el comercio en tabletas de 0.5 y se administra en dosis de una a 2 tabletas.

Estos productos son considerados como tranquilizantes menores o medicamentos contra la ansiedad" más que sedantes ordinarios (ya antes mencionados).

4 Hidrato de cloral - (Productos relacionados).

Se prescribe en personas de edad que pueden presentar reacciones de idiosincrasia a los barbitúricos.

Se administra a los adultos en la dosis usual de 1 gramo. Causa cierta irritación gástrica en solución concentrada.

Cuando se diluye con algún adulterante es menos irritante pero todavía no es tan cómodo de tomar como los barbitúricos.

Produce sueño tranquilizador, generalmente de 4 a 8 hrs.

Aunque las dosis ordinarias de hipnóticos no tienen efectos adversos demostrable sobre el corazón, las dosis excesivas pueden afectar el músculo cardiaco. Deben evitarse en pacientes con enfermedad del corazón.

Para evitar la irritación gástrica y su olor característico se han creado preparados que pueden administrarse en tabletas; el hidrato de cloral se libera de estas tabletas por acción del jugo gástrico.

Ejemplos: Petricloral (Perichlor).
Betaina de cloral (Beta - chbr)

5 Eter Cíclico -

Paraldehido - Es un eter cíclico.

Es un hipnótico eficaz con utilidad limitada por su olor molesto. Es el único entre los hipnóticos en cuanto que una cantidad importante de la dosis aplicada se elimina por los pulmones.

Se administra por la boca, generalmente con una bebida fría para enmascarar su sabor.

También se puede administrar por vía intramuscular aunque es muy lesivo para los tejidos a nivel de la inyección.

Las lesiones hepáticas aumentan la toxicidad del paraldehido, por lo que no debe administrarse a pacientes con estas lesiones.

Bromuros.

El ion bromuro ejerce efecto sedante y antipeléptico.

Ya es poco frecuente su uso debido a que produce intoxicación brómica crónica y se acumula el medicamento.

La administración de 2 a 5 gr de bromuro sódico produce acción sedante. La administración crónica de varios gramos de bromuro tiende a producir depresión mental, confusión y letargia.

El bromuro es el antipiléptico más viejo conocido - - (1857).

Si se interrumpe la administración de bromuro, se necesita mucho tiempo para que el organismo se libere totalmente de la droga.

A veces produce lesiones cutáneas, trastornos gastrointestinales y participación de las mucosas de ojos y vías respiratorias.

6 SEDANTES HIPNOTICOS DIVERSOS.

Metaqualona(Quaalude). Hipnótico relativamente nuevo.- Tiene acción similar a la de los barbitúricos. Se usa en pacientes con reacción de ideosincrasia para los barbitúricos.

Se presenta en tabletas de 150 mg. La dosis para el adulto es de 150 a 300 mg.

Fluracepam.

Guarda relación estructural con las benzodiazepinas.

Es un hipnótico eficaz.

Tiene las siguientes ventajas sobre los barbitúricos:

- a) Deja relativamente intacto el sueño.
- b) Tiene poco peligro de adicción.
- d) Tiene un índice terapéutico elevado y con el es muy probable la intoxicación mortal.

La dosis para un adulto es de 15 a 30 mg.

El clorhidrato de Fluracepan (Dalmone) se encuentra en el mercado en capsulas de 15 y 30 mg.

TEMA VI

CONDUCTA DEL MEXICANO CON RELACION AL TRATAMIENTO ODONTOLOGICO.

Es muy importante para el Odontólogo o para cualquier persona que se dedique a trabajar para la comunidad conocer el comportamiento y tendencia de esta comunidad.

El dentista puede saber de Psicología, o de encuestas realizadas en todo el mundo para lo que realmente interesa es lo que sucede en el medio en que va a desenvolverse y las personas a quien o con quien va a trabajar o sea para la mayoría de nosotros MEXICO

El mexicano como cualquier persona de otra nacionalidad tiene sus características propias y las comunes.

Dependerá mucho de su nivel económico, cultural, social pero el Mexicano es el Mexicano.

Nos interesa su conducta con relación a el consultorio dental ¿Por que va? ¿Por que no va? ¿Se interesa? ¿Se le hace necesario?

Los Mexicanos en general nos interesamos poco por nuestra salud mientras esta no se encuentre alterada ya en estados avanzados.

Los medios preventivos son considerados como algo que no funciona y que nos cuesta tiempo, a veces dinero, esfuerzo, dedicación y que realmente es más lo que cuesta que lo que son.

"Los problemas deben ser tratados en la marcha y con improvisación."

"El tiempo es para distribuirlo como cada quien quiera ¿Para que estar sujetos a horarios o calendarios".

"Es mejor hacer las cosas cuando uno quiere y no cuando unos dicen que debe ser".

"Los problemas son de todo mundo menos míos, ya no soy culpable de nada de lo que acontezca y en los otros está la obligación y el poder de resolverlos".

"Yo tengo la razón, los demás están equivocados ya que"

no tienen ni experiencia ni ni inteligencia".

"Los milagros son cosa que acontese todos los días y se deben esperar. Yo los merezco pues siempre hago todo como debe - de ser.

"Lo máximo lo puedes encontrar pasando la frontera, allá si son como yo, todo lo hacen bien.

¡Que buen dentista! "Ha de haber estudiado en el extranjero".

"Nada funciona pero si yo estuviera donde esta el todo- lo solucionaria con un movimiento de dedos".

¿Para que voto si de todos modos va a ganar el PRI?

"Yo soy el único original los demás son copia mia. Ya - que me visto de traje blanco y voy a las discotecas todos los - sabados y me gusta concursar en certámenes de baile".

Son pensamientos comunes en el Mexicano de diferente - clase pero que nos dan una inconformidad más que con nadie consi- gomismo.

Tuve la experiencia cerca de un periodo de elecciones - en donde la mayoría de las personas que siempre he oído que ha- - blan de política como el mejor tema de conversación, alaban o cri- - tican la sociedad. gobierno etc y no se sienten capaces de hacer o contribuir a su destino.

No van a votar por diferentes razones - "Está muy lejos. Va puro naco. Ya están arreglados. Es muy temprano. Soy mucho pa- ra ellos no merecen ni mi cooperación".

El mexicano está inconforme consigo mismo y con todo - lo de su alrededor pero no se ofrece a arriesgar algo por conse- - guir una vida mejor. No está dispuesto a dar un poco de sí mismo a veces ni sabiendo que le reeditarán en frutos para él.

Todo lo dejamos para un futuro en que todo cambiará. "Ma- ñana ya no me va a doler la muela", "Yo creo que este diente se, - arregla solo, ¡Qué mala suerte que me apesta la boca!".

"¿Lavarse los dientes? ¿Para que?"

Son aspectos de nosotros los Mexicanos que tienen sus - razones desde hace mucho tiempo pero que está en todos nosotros

el mejorar a base de educación, trabajo y fé en nosotros mismos.

Está crítica no lo hago parado en un pedestal y observando como es el Mexicano, Simplemente por que no estoy en un pedestal puesto que soy Mexicano y pienso que todo esto tiene solución.

Se debe resolver a nivel personal. Yo hago lo que hago por que se que está bien sin preguntar que hace el otro.

¿Para que limpiar la banqueta de mi casa si nadie lo hace?

Pués por que cuando te empiecen a ver dirán él lo hace pues yo lo hago.

El cambio de una sociedad no se hace por sí mismo sino por cada una de nosotros. Convencidos en nuestros deseos.

Necesita de personas iniciadoras que no les importe al principio actuar solos y sin respuesta.

El dentista debe influir grandemente en este proceso - no dejando al paciente con esa mentalidad floja y desorganizada - y poco responsable.

Eso le dará amor por sí mismo y se aprenderá a valorar y o ⁴saber que lo que él no haga por sí mismo nadie lo hará.

Aprenderá a no esperar para remediar sino a prevenir - para mantener y mejorar.

Los Mexicanos nos comportamos muy similar a los niños - Esto es regresemos a nuestra etapa infantil al estar sometidos - a presiones temores etc.

Claro esto no es solo en el Mexicano sino en personas - de todo el mundo pero el Mexicano lo usa mucho más ya que la concientiza muchas veces y lo toma como medio de defensa. Tiende a esperar sentado a que llegue un salvador que no existe o algún milagro o regalo de los Reyes Mayos.

Ahora bien, se habla mucho del machismo, y yo he visto que en el consultorio dental suceden cosas muy raras con relación a esto.

Para empezar la mujer va en mayor porcentaje que el -- hombre. Esto lo podemos consultar en cualquier consultorio den--

tal e inclusive médico. Se preocupa más por la salud (por asegurarse de que está bien).

El hombre teme más a la muerte y a los daños y por eso quizás sea la razón que huye a los tratamientos médicos y los trata de evitar lo más posible, no por que no le preocupe la salud sino por que preocupa más el sentarse en la silla dental solo que indefenso frente al dentista.

La mujer es mucho más tranquila al respecto. Va con mucha más regularidad a sus citas, es más interesada, coopera mucho más que el hombre, se queja mucho menos y en porcentaje llega al consultorio con un problema mucho menos serios que el hombre, el cual esperará hasta que su problema es insoportable y quizás ya este en los últimos estadios, ya sea hablando de la salud en general o de alguna pieza dental y el tratamiento será mucho más difícil menos conservador y al final menos efectivo para el paciente, ya que mientras mayor es el daño, menos posibilidades tenemos de regresarlo a la normalidad perfecta otra vez.

No es lo mismo colocar una obturación con amalgama de una primera clase a una corona completa, aunque esta nos quede perfecta (como debe ser) tiene menos tejido sano y en general tiene menos posibilidades de ser tan funcional estetica, etc. que el diente que fué tratado con menos daño. El tratamiento -- mientras más complicado, más posibilidades de fracasar tiene.

Una cosa que podemos utilizar del comportamiento humano es la tendencia a seguir patrones (modas, costumbres etc).

Esto lo podemos explotar (por el bienestar del paciente y por lo tanto nuestro también) utilizando a los pacientes que van regularmente al dentista (con nosotros) a que hablen de ello con sus amistades de la importancia del cuidado de la boca la importancia de una bella sonrisa, lo desagradable de un mal aliento, la necesidad de poder masticar bien los alimentos los problemas que pueden suscitarse en boca con su descuido etc. Esto solo se puede lograr con una gran labor nuestra, dedicando su ficiente tiempo a nuestro paciente para indicarle estos aspectos y así aunque sea o largo plazo hacer de la visita al dentista una costumbre, una moda, claro, necesaria.

El problema económico también afecta mucho al Mexicano ya que como en cualquier parte del mundo lo primero que se debe satisfacer sobre todas las necesidades es la del hambre.

Muchas veces no está a l alcance de la mayoría de la-

clase baja y algunas veces ni la de la media bajo el poder obtener un tratamiento dental particular, cuando estas personas no son afiliadas a organismos de salud.

Claro esto es muchas veces usado como pretexto para no atenderse, pero sí hay dinero para ir a las cantinas o para comprar pepitas, charritos, refrescos etc.

No con esto se dice que el placer tenga algo de malo o que lo reproche. Lo que se critica es la desorganización de valores, la escala de prioridades que se deben satisfacer.

Pero aún con esto, verdaderamente hay quienes ni quedándose solamente con las necesidades básicas podrían tener acceso a atención dental.

Hay un gran porcentaje de personas que en toda su vida no han ido con un dentista claro no todas por razón económica por ignorancia también se dejan de atender.

Además una persona de clase baja ó media baja y algunas veces hasta de media no puede llegar a pagar tratamientos complicados restaurativos, o terapéuticos y cuando son atendidas se les hacen trabajos muy simples, y no tan funcionales o finos o adelantos (actualizados) que sería lo ideal para su caso.

Así que muchas veces el pobre está alejado de los avances en la odontología.

La manera de resolver este problema, y que no es ninguna novedad es el seguir haciendo clínicas populares (como las periféricas de la Facultad de Odontología UNAM) en las que realmente se trabaja a un buen nivel tanto, de conocimientos, técnicamente, científicamente.

Otra cosa es que casi no existe el contacto económico -- entre paciente y dentista (alumno). El paciente paga lo justo (el material que se utiliza). No paga honorarios del dentista, el cual hace un buen trabajo por diferentes factores: La calificación y -- aprobación o desaprobación de los maestros que constantemente supervisan la calidad de los trabajos.

Además al paciente se le tiene considerado como la persona número uno en el consultorio y también este trato es supervisado constantemente.

Es realmente edificante tanto para el paciente como para el dentista (alumno) esta relación que se crea en estas clíni-

cos ya que el paciente tendrá con buen servicio una buena calidad de trabajo, buen trato en general se le trata como una persona que solicita ayuda o servicio debe ser tratada.

Al dentista le da a conocer los valores principales -- de las relaciones interpersonales. Le enseña a tratar al paciente como persona, y no como cliente, porque como antes mencione -- aqui no hay dinero de por medio claro este existirá cuando el -- dentista tenga su consultorio privado, pero la experiencia adquirida no se olvida facilmente y a veces nunca y el seguirá donde la importancia adecuada a los valores humanos, por lo menos al mismo nivel que a los económicos.

Esto no es propaganda para estas clínicas es sólo un reconocimiento a que están compliendo con su objetivo.

Solamente que aún son pocas y no cubren todas las necesidades (no solamente las de la UNAM, sino hablando de cualquier clínica popular de cualquier organismo).

Además en el D.F. contamos con muchas pero en provincia son realmente, escasas.

TEMA VII

LO QUE AGRADA Y DESAGRADA AL PACIENTE DEL DENTISTA

Lo que sigue son cosas, actitudes que la gente reporta le gustan o no del dentista, consultorio etc.

Con el objeto de analizarlas y tratar de modificarlo más que sea posible.

La principal que la gente teme es al dolor que piensa va a sentir.

"Me molesta que para dormirme una muela me tenga que picar con esa agujota."

"No me gusta el sonido de esa maquininita, me pone nerviosa." "¡Que pinzotas doctor!" "¿Con eso me va a arrancar mi diente?" "¿No tiene una más chiquita?"

"¿Que aliento tiene este sujeto para mi que él es el primero se debería ir al dentista!"

"Me gustaría que mi doctor se cambiara algunas veces su filipina, creo que ya se para sola."

"Que oscuro y que frío el consultorio parece una cueva, me siento inseguro y con miedo".

"Esta sala de espera parece mercado que no podría ser un poco más comfortable"

"Me cito a las 9 y son las 12 y ni siquiera me ha dicho ahorita la paso Sra"

"Ese doctor algo quiere por que se me recarga mucho y no me hace nada en la boca"

"Me gustaria más que el sillón no tuviera ese agujero - en el asiento".

"No puedo cerrar la boca estuve 2 horas con ella abierta, y el doctor estaba hablando mientras por teléfono".

"Creo que le cobró al paciente anterior, le dio billetes más viejos que mis zapatos y no se lavó las manos para atenderme".

"Para que voy con el dentista si no me hace nada y siempre me cobra, ya tengo con esta curación 2 meses"

"Muy bonita dentadura, solo que yo no lo quería de -- adorno"

"Creo que ese doctor es una máquina nunca saluda, no platica solo dice "abra la boca", bueno también sabe cobrar muy bien"

"Me gustaria más irme sin ese polvo y pasta que ponen en la boca, en la frente, barba bigote, pero no se quizás ahí - lo necesito también",

"Ese doctor de todo se enoja, ya mejor ni le dijo lo que siento".

"Ya conozco más a todos sus pacientes que a él mismo - ya que desde la próxima cita voy a traer cortas y organizo una canasta uruguaya.

¡Creo que el dentista se pone más nervioso que yo!

"No me gusta mucho su lenguaje". -

"Nunca se que fué lo que me hizo pero debe ser algo - muy bueno pues me cobró \$10 000 pesos."

"Hace 5 meses viene por primera vez con un dolor de - muela insoportable, el cual todavia tengo, espero ya hoy me lo atiendan aunque me dijo el doctor que todavia me falta por hacer 5 amalgamas, 2 incrustaciones, un puente y un tratamiento- endodóntico, y yo solo queria que me quitara mi dolor.

Debemos recordar que el paciente siempre esta obser-- vando minuciosamente movimiento a movimiento todo lo que hacemos. A veces ni nosotros nos fijamos tanto como él.

El dentista no debe ser un mercenario y jugar con la salud del paciente. Ciertamente es que estamos en esto para ganarnos la vida, pero en cierta forma también para conservársela a otros.

Debemos encontrar un justo medio donde el paciente gane y nosotros también. Esto bien realizado nos traerá cariño por lo que hacemos, respeto por nosotros mismos, cosas que ningún -- dinero puede comprar.

Todos hemos sentido la satisfacción de colocar un buen trabajo en boca, que funcione a los mil maravillas tanto estética, fonética y fisiológicamente, y en ese momento no pensamos -- en lo que vamos a cobrar, o en lo que ya cobramos, sino es una -- sensación de satisfacción y placer que no debemos de olvidar nunca y tratar de repetirla el mayor de veces posible.

En cambio cuando terminamos un trabajo del cual sabemos no quedó todo lo bien que hubiéramos deseado, ya sea por muchos errores, del laboratorio, o bien por la imposibilidad de hacer algo mejor ya sea por las limitaciones económicas del paciente, o sus limitaciones físicas que ya no permitan un tratamiento mejor nos sentimos muy mal y realmente lo que deseamos es cobrar y deshacernos de ese paciente esperando no le cause muchos problemas nuestro trabajo y no venga a reclamarnos después.

Pienso es muy difícil vivir así, pensando que en cualquier momento nos van a demandar, o a agredir, y más que nada pedimos el respeto por nuestro trabajo y peor aún por nosotros mismos.

Debemos tratar de hacer de la Odontología más que nuestro trabajo nuestro pasatiempo, algo que queremos y nos satisface. Ya que lo que mejor se hace es aquello que nos agrada.

Por ejemplo cuando practicamos algún deporte que nos agrada, siempre ponemos el máximo de dedicación, fuerzas, ganas, para hacerlo lo mejor posible, practicamos y nos ponemos en forma antes de los encuentros y no nos pesa ninguno de los sacrificios que tengamos que hacer para mejorar, practicamos, repetimos y volvemos a repetir algo que no sale bien etc.

Así debemos ser con la Odontología no menospreciar nunca nuestro trabajo, no escatimar esfuerzos y poner toda la carne en el asador.

2.- CASOS RELATADOS

Paciente - Vicente Serrano.

El paciente se encontraba temblando de pies a cabeza.

Tenia una cara de sufrimiento, angustia y temor.

Se estaba haciendo o intentado hacer una extracción -- del 6 y por el nerviosismo del paciente una mala técnica de -- anestesia esto se estaba convirtiendo en una cámara de tortura.

El paciente hacía mucho tiempo que había ido al dentista y en aquella ocasión también fué para una extracción en la -- que sufrió.

Antes de que el operador tocara al paciente este ya se estaba quejando y retorciendo.

El temor lo hacía sentir o pensar sentir antes de recibir el estímulo físico.

La extracción no se llevó a cabo (se intentó anestesiar más pero fué inútil ya que el control del operador sobre el paciente y del paciente sobre si mismo se había perdido.

Creo en una segunda intervención o intento será igual de difícil o hasta más ya que el paciente traerá consigo la experiencia anterior.

PACIENTE JULIA PRIETO

Una niña de 7 años bastante tranquila y que coopera -- muy bien con el dentista estaba sometida a un tratamiento de exodoncia y se le estaba anestesiando.

Ella sentía temor antes de la inyección puesto que sabía por experiencia anterior que el piquete dolía.

Pero aquella vez que fué inyectada tuvo suerte de un -- operador conciente y eficiente que le habló bien, le explicó la -- situación y que el dolor era necesario.

Después en el tratamiento de cavidades empezó, por la -- extensión de la caries, a doler. (supongo yo)

Pero antes de llegar a la molestia se le previno de --

que iba a sentir cosquillas o como toques eléctricos.

Así el paciente a un dolor moderado le llamara cosquillas y no protestará, cosa que sería al contrario si se le hubiera dicho que le iba a doler poquito eso le hubiera dado malestar ya que sabe que al dolor se le relaciona con llanto, gritos etc.

CONCLUSIONES

El dolor y el temor están íntimamente relacionados -- entre sí y con la relación médico - Paciente, e influyen en ésta para mejorarlo o dañarlo por lo que deben ser conocidos y manejados.

Al hablar de conducta humana es imposible hablar del adulto sin hacerlo del niño ya que la conducta se forja desde la infancia.

El adulto en muchísimas ocasiones se comporta como el niño (toma actitudes infantiles generalmente cuando se encuentra bajo presión).

El dentista debe estudiar y llegar a conocer aunque sea superficialmente la conducta humana esto es; debe ser hasta cierto punto psicólogo y manejar su profesión siempre coadyudada con esta ciencia ya sea dominándola o con la asesoría de un psicólogo.

El manejo de medicamentos ya sea tranquilizantes sedantes, analgésicos o anestésicos es muy delicado y debemos conocer perfectamente sus indicaciones y contraindicaciones, así como informar al paciente del posible acostumbamiento o adicción que le pueden provocar.

El temor es la principal causa de falta de asistencia del paciente al consultorio dental.

Mientras más rápido desaparezca el temor al dentista o al tratamiento habrá más posibilidad de salvar los dientes -- ya que no se esperará a que el dolor venza al miedo para asistir al dentista.

El dolor (como síntoma) Nos indica lesión tisular a diferente grado la cual indica estado patológico y posibilidad de que la enfermedad este más avanzada que antes de que este -- aparezca.

El dolor y el temor son necesarios y sabiéndolos controlar siempre serán útiles.

La atención a pacientes a gran escala es la solución para bajar los precios y poner la odontología al alcance de todos, especialmente en zonas de gran pobreza y gran número de -- personas por km².

El dentista no debe ser mercenario de su profesión de be buscar el justo medio entre lo que se da y lo que se recibe.

Corrigiendo algunas fallas técnicas y personales se lo grará mayor aceptación del tratamiento dental así como una mayor comunicación y mejor relación médico paciente.

Es básico educar o informar primero a los padres y -- ellos lo harán posteriormente con los niños.

La mejor edad para el acostumbramiento del paciente al tratamiento dental es cuando es niño y es cuando mayor cuidado - debemos poner en hacer las cosas lo mejor posible tanto técnico- como personalmente.

El tratamiento dental debe hacerse una costumbre o un- hábito más que una necesidad obligada por enfermedad (generalmen te dolor), esto es: Hacer a lo Odontología más preventiva que -- correctiva o terapéutica.

BIBLIOGRAFIA

Wolman Benjamin B.
El niño ante el temor y el miedo.
Lasser Press Mexicana, S.A. México, D.F. 1981
191 p.p.

Piaget Jean
Seis estudios de Psicología
Litoarte S. de R.L. México, D.F. 1977
229 p.p.

Floyd L. Ruch., Zimbardo Philip G.
Psicología y vía.
Ed. Trillas. México 1977
559 p.p.

Dreikurs Rudolf, M.D.
Coping with childrens misbehaviors.
Howtorn Books, INC. New York 1972
162 p.p.

Nágera H.
Educación y desarrollo emocional del niño.
La prensa Médica Mexicana. México. 1979.
158 p.p.

Otto Fenichel
Teoría de la neurosis
Ed Paidós. México. 1976

JWF Beks
El Manejo del dolor
Ed. El Manual moderno S.A. México 1981

Finq
Odontología Pediátrica
Ed. Interamericana Mexico. 1978

Goth Andrés
Farmacología Médica
Ed Interamericana. México 1979
632p.p.

Campuzano

Dolor