

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CONOCIMIENTO Y TRATO DEL PACIENTE INFANTIL

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
C I R U J A N O D E N T I S T A
P R E S E N T A
MARTHA EUGENIA GRANADOS CARDONA

MEXICO, D. F.

1984



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.

I N D I C E .

	Pág.
INTRODUCCION	1
I. LA DENTICION DEL NINO Y SUS TRAS- TORNOS EMOCIONALES	3
a) Angustia ocasionada por la sepa- ración del vientre materno	3
b) Desprendimiento de la madre.....	4
c) Adaptación del bebé al mundo exte- rior	6
d) Ansiedad.....	7
II. EVOLUCION PSICOLOGICA DEL NIÑO.....	10
1. El niño a la edad de dos años.....	11
2. Cuando el niño tiene tres años.....	12
3. El niño a la edad de cuatro años....	13
4. Cuando el niño tiene cinco años	13
5. El niño a la edad de seis a once - años	14
6. De la edad de doce a diecisiete años	15
III. ASPECTOS BASICOS EN EL TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS	17
1. Características del consultorio den- tal	17
2. Plan de horarios para la consulta in- fantil	19
3. Factores importantes para designar - el tiempo de duración de la consul- ta al paciente infantil.	20
4. Conducta del Cirujano Dentista y la asistente dental en el consultorio de Odontopediatría	21

	Pág.
IV. CONDICIONAMIENTO DEL NIÑO PARA EL TRATAMIENTO DENTAL	24
1. Factores favorables	26
2. Factores desfavorables.....	28
V. CLASIFICACION DE LOS NIÑOS EN CUANTO A SU COMPORTAMIENTO PSICOLOGICO Y SU MANEJO	31
1. El niño tímido, asustadizo o vergonzoso	32
2. El niño incorregible o consentido	33
3. El niño desafiante	33
4. El niño miedoso	34
5. El niño enfermo	35
VI. DISTINTAS REACCIONES ANTE EL TRATAMIENTO DENTAL	36
a) Temor	37
b) Angustia	41
c) Timidez	42
d) Resistencia	43
VII. EL NIÑO DIFÍCIL	44
1. Método psicológico	44
- La sugestión	46
- La hipnosis	48
2. Método farmacológico	49
- Analgesia	51
- Analgesia y anestesia con óxido nítrico y oxígeno	52
- Acciones fisiológicas y farmacológicas en el hombre.....	56
- Uso y aplicación clínica.....	57
- Contraindicaciones	58
- Eliminación y recuperación	59
CONCLUSIONES	60
BIBLIOGRAFIA	64

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

El deseo de poder comprender más ampliamente la psicología del niño me ha impulsado a la ta rea de investigar lo relacionado al mismo.

El estudio psicológico del niño es uno de - los principales factores para la mejor comprensión de su comportamiento ante determinadas situaciones, particularmente, en nuestro caso, ante el Odontólogo.

Siempre ha sido un problema, para el dentista, el entenderse con niños. Actualmente el conocimiento y la importancia que se ha dado a su psicología, ha venido a ayudar en gran parte a la for ma de tratarlo en el consultorio dental.

Para este trabajo parto desde el momento del nacimiento, ya que aquí empiezan a darse los facto res que determinarán su comportamiento posterior - y se originarán las causas de los problemas de con ducta del niño.

Me enfoco también a los distintos comportamientos de los niños a diferentes edades, para fa cilitar el trato hacia ellos por parte del Cirujano Dentista.

Menciona algunos aspectos básicos para el -
tratamiento de los niños en relación con el ambien-
te del consultorio dental así como la relación de
la asistente y el Cirujano Dentista.

Anoto brevemente una clasificación de los ni-
ños en cuanto a su comportamiento psicológico y su
mejor manejo en el Consultorio Dental.

Incluiré una breve descripción de los niños
dificiles en cuanto a su comportamiento, sin dejar
de hacer hincapié en que debemos considerar a cada
niño como una unidad psicobiológica distinta a --
cualquier otra, por lo que podemos esperar distin-
tas reacciones ante el tratamiento dental por par-
te de dichos niños.

Muy importante me parece mencionar que en la
medida en que nos intereseamos y amemos a los niños,
en esa medida será nuestra posibilidad de éxito al
tratarlos, ya que será inútil intentar ganarnos su
confianza, si no les demostramos nuestro afecto.

Este trabajo lo realizo con el deseo de que
sirva para consulta de futuras generaciones.

CAPITULO I.

LA DENTICION DEL NIÑO Y SUS TRASTORNOS EMOCIONALES.

a) ANGUSTIA OCASIONADA POR LA SEPARACION DEL VIENTRE MATERNO.

La angustia ocasionada al niño por la separación del vientre materno, principia en el momento del nacimiento, precisamente cuando el bebé es separado de la madre. Dicha angustia es motivada - cuando el recién nacido pierde en forma drástica la relación tan íntima que lo unía a su madre mientras se encontraba en su vientre; por consiguiente, necesitará reinstalarse cuanto antes un intenso vínculo con ella y recuperarse, -aunque sea parcialmente- ese contacto con su cuerpo. Para lograr esta reinstalación en la relación, el recién nacido deberá permanecer muchas horas junto a su madre durante los primeros días y adaptarse poco a poco a la separación; siendo ésto de vital importancia para su futuro desarrollo normal.

Debemos tener presente que la boca es considerada como la zona más apropiada para que el lactante establezca su primer contacto con el mundo exterior.

Por lo tanto, para vencer esa angustia de la

separación será recomendable que inmediatamente - después de nacer el niño se le ponga en contacto con la madre y se favorezca en él la iniciación de la succión, que será un medio importante para mitigar la ansiedad en el bebé.

En la medida en que el pecho que se ofrece al niño satisface sus necesidades y alivia sus - tensiones, junto con el calor de su madre, su -- voz, su compañía y la comprensión de sus necesi- dades, el mundo exterior irá significando algo - placentero, hacia donde se dirigen sus intereses.

b) DESPRENDIMIENTO DE LA MADRE.

Todo lo referente a la primera relación de la madre con el hijo es fundamental para el desa- rrollo ulterior del niño. En lo que se refiere a la situación inicial, cuando separan a una madre de su hijo después del parto, se pierde definiti- vamente el contacto con él. Después de veinticu- tro horas, cuando a la madre le traen al bebé, - ese calor que la unfa a él en su vientre ya se ha enfriado. Pero, por el contrario, si el niño se lo dan inmediatamente después del parto, la madre y el bebé podrán recuperar algo de esa íntima -- unión que tenían a través del cordón umbilical.

Una vez que el bebé haya restablecido el contacto con su madre, dicho contacto tendrá que repetirse a intervalos regulares, tratando de observar y determinar durante la primera semana el tiempo que el bebé soporta sin comer. Según ciertos estudios, esto fluctúa entre dos horas y media y tres horas y media. Esto es con el objeto de proporcionarle su alimento a ciertas horas y no variarlo de acuerdo con las situaciones emocionales o la conveniencia de los que cuidan al niño. De lo contrario, se desencadenarían en él ansiedad y agresión, manifestándose en llanto o malestar.

Otro factor importante a tomar en cuenta, será la situación de necesidad de succión, que en cada niño será de diferente magnitud. En ocasiones será necesario el suministrar un chupón para proporcionar la succión suplementaria. Esta no reemplazaría a la succión materna, sino ayudaría a satisfacer el remanente de ansiedad que podría haber quedado, ayudando con esto a mejorar su adaptación ulterior.

Pero no siempre es por hambre o por falta de succión que un bebé llora. En muchas ocasiones se encuentra descontento o molesto y es suficiente hablarle suavemente, levantarlo unos minu

tos o cambiarlo de posición para restablecer su bienestar.

La importancia que adquiere la boca, en la que se condensan las esperanzas de rehacer el vínculo perdido con el nacimiento, se hace evidente en las angustias que acompañan a todo tratamiento odontológico. La forma de aparición y desarrollo de las piezas dentarias, su cuidado y uso durante la vida, son consecuencia de este primer contacto.

c) ADAPTACION DEL BEBE AL MUNDO EXTERIOR.

Para el bebé resulta un poco difícil conseguir su adaptación al mundo exterior, porque hasta antes de nacer, únicamente ha tenido experiencias intrauterinas, que desde el punto de vista psicológico son inconscientes. Sabe de las condiciones en las que ha sido concebido, si ha sido aceptado o rechazado, de la vida y modalidad de su madre y su pareja. Es decir, impresiones recibidas del mundo exterior a través de las viviencias de la madre, que lo configuran y preparan para la lucha por la vida.

Conforme el bebé va creciendo aumenta su inquietud por conocer el mundo en que vive, es en---

tonces cuando empieza a tratar de coger y manipular los objetos que se ponen a su alcance, lo cual demuestra el desarrollo de sus funciones sensoriales y motrices.

La boca tendrá también un papel importante en este descubrimiento del mundo, ya que por ella conocerá también los objetos que gustará de chuparlos.

Posteriormente, el niño tendrá que lograr el control de la micción y la defecación, con el fin de adaptarse a las exigencias culturales del medio. Este logro será alcanzado a partir del momento en que se determine su plena maduración motriz que le permitirá conseguir este progreso en su conducta adaptativa.

Por lo tanto, los rasgos de su personalidad dependen en gran parte de las posibilidades que el medio ofrece para realizar estos aprendizajes.

d) ANSIEDAD.

Como mencioné anteriormente, la primera relación que tiene el bebé es fundamental para su desarrollo posterior. Por tal motivo, la madre deberá tratar de proporcionar a su hijo las condiciones adecuadas para que nazca y se desarrolle de la me-

por manera. De esta forma le dará seguridad y le facilitará su adaptación en la sociedad en que se desenvuelva.

A partir del primer medio año de vida, el bebé pasa por una fase en su desarrollo a la que Freud denominó "Oral Canibalística". Esta se caracteriza por el aumento de tendencias destructivas y fantasmas encausadas a devorar, triturar y aniquilar los objetos por medio de los dientes, cuya función no es ésta, sino favorecer su crecimiento y supervivencia, ya que le permiten ingerir los alimentos en forma adecuada para ser aprovechados por su organismo.

La acumulación de las tendencias destructivas, son producidas por conflictos y frustraciones que se presentan desde el nacimiento, hasta los comienzos de la segunda mitad del primer año de vida.

Las causas que provocan estas frustraciones son:

- a) Las condiciones desfavorables en que nace y se desarrolla el bebé.
- b) La alimentación artificial dada al niño sin tomar en cuenta su necesidad de succionar un determinado número de horas - por día.

- c) Un nuevo embarazo de la madre cuando el bebé está en sus primeros meses.
- d) El manipuleo brusco hacia el recién nacido por parte de la madre o niñera.
- e) El obligar al bebé a aprender a controlar sus esfínteres en forma precoz.
- f) La pérdida o el abandono de los padres.

Las frustraciones se manifiestan antes de la aparición de la dentición, y pueden causar un trauma que dará por resultado que el niño viva con la sensación de ser atacado por el mundo que lo rodea. Al no poder superar dichas frustraciones reacciona con hostilidad, lo cual trata de descargar por - - vías normales, pero si no lo consigue, se originará la acumulación de tendencias destructivas en él.

CAPITULO III

EVOLUCION PSICOLOGICA DEL NIÑO.

Un niño normal adquiere constantemente hábitos, los deja y los modifica; ésto es debido a -- que está pasando por un crecimiento mental y físico. Estos cambios quizá sean una de las razones por las cuales sus reacciones difieren en el consultorio dental entre una cita y otra. Por lo -- que es imprescindible reconocer que la edad psicológica no siempre corresponde con la edad cronológica. Por lo tanto, en el diagnóstico de los problemas de conducta y en la planeación del tratamiento se deben considerar ambas situaciones.

Aunque los mecanismos simples de aprendizaje operan aún antes del nacimiento, el aprendizaje asociativo simple progresa desde el instante del nacimiento. Mediante él, la criatura se sensibiliza a experiencias específicas y se condiciona a los fenómenos del medio. Por consiguiente, será conveniente que el odontólogo preste atención a las pautas de conducta y al grado de desarrollo que se puede esperar a ciertas edades para saber determinar si el niño está evolucionando en forma normal.

1. EL NIÑO A LA EDAD DE DOS AÑOS.

Generalmente presenta dificultades en su capacidad de comunicación, por existir una limitación en su vocabulario, lo cual dificulta el diálogo, debiéndose tener cuidado de que los términos con que se les habla sean de su completo entendimiento.

A menudo se dice que el niño a esta edad se encuentra en una etapa precooperativa y prefiere el juego solitario, pues no ha aprendido a jugar con otros niños. Es demasiado pequeño para llegar a él con muchas palabras; por consiguiente el odontólogo con el objeto de obtener cooperación por parte del niño, deberá de darle confianza permitiéndole, por ejemplo, que sostenga el espejo, huelga la pasta dentífrica o sienta la copa de hule, con el fin de que tenga una idea mejor del tratamiento a que va a ser sometido.

Como el niño de dos años de edad generalmente se muestra tímido ante la gente o lugares extraños, no desea separarse de sus padres, motivo por el cual casi sin excepción debe pasar acompañado a la sala de trabajo por lo menos en las primeras dos o tres citas.

2. CUANDO EL NIÑO TIENE TRES AÑOS.

Ya puede comunicarse y razonar con más facilidad durante la experiencia odontológica, debido a que presenta un gran deseo de conversar y a menudo disfruta contando historias al odontólogo y a sus asistentes, los cuales deberán estar atentos, a fin de lograr su confianza y alternar plática y tratamiento, a fin de no prolongar demasiado la cita.

A esta edad, cuando experimenta situaciones de tensión o cuando algo le lastima o le molesta o está cansado o atemorizado, automáticamente buscará a su madre, de manera que se siente más seguro si alguno de sus padres permanece con él hasta que se sienta bien y en confianza con el tratamiento dental.

A esta edad, pueden ser muy importantes algunas primeras impresiones. Un niño típico de tres años conoce muy bien de vista a 12 ó 15 adultos y casi un doble de número de rostros le resultan familiares; es en esta época cuando la memoria comienza a ser selectiva con las personas. La primera cosa llamativa o notable que hagan o digan o la primera sensación de que una persona es graciosa o peligrosa o amable o sarcástica puede colorear la visión del niño durante mucho tiempo.

3. EL NIÑO A LA EDAD DE CUATRO AÑOS.

A esta edad el niño está asustado con los tratamientos médicos y quirúrgicos. Sin embargo, estará atento a escuchar los consejos que se le den y para cambiar actitudes si así lo ha visto en sus padres.

En esta época aprenden muchas palabras y necesitan que se les estimule a hablar a todos los niveles.

La repetición de preguntas y especialmente la del ¿por qué? son a menudo un compuesto de dos deseos:

El primero, de comprender a los adultos en la conversación así como su deseo de participar en algo junto con ellos.

El segundo, es profundizar en busca de un mayor entendimiento.

Asimismo, en esta edad cualquier parte y aspecto de su cuerpo tendrá una gran importancia, incluyendo las cosas que posee como ropa y juguetes y la pérdida de ellos o la pérdida de cualquier parte de su cuerpo tiene un severo impacto sobre el niño.

4. CUANDO EL NIÑO TIENE CINCO AÑOS.

Está listo para aceptar las actividades en --

grupos y las experiencias comunitarias. Porque -- tanto sus relaciones personales como sociales se encuentran mejor definidas, ya no siente temor de dejar a sus padres en la sala de espera y si éstos le han proporcionado una preparación bien encausada, tampoco tendrá miedo al enfrentarse a experiencias nuevas como lo son el jardín de niños y el consultorio médico o dental.

A esta edad los niños suelen estar muy orgullosos de sus posesiones y responde bien a los comentarios sobre su aspecto personal. Por tal razón, este factor se puede emplear eficazmente para establecer la comunicación con el nuevo paciente.

Nos hará toda clase de preguntas y esperará una respuesta paciente y sincera, ya que si evadimos responderle, sólo lograremos un aumento de su curiosidad.

5. EL NIÑO A LA EDAD DE SEIS A ONCE AÑOS.

Cuando el niño tiene seis años, en su mayoría habrá logrado que los lazos que lo une con sus familiares no sean tan estrechos.

Pero como es una época de importante transición, puede aparecer en él una ansiedad considerable y un claro incremento en las respuestas temerosas. A esta edad, algunos niños presentan temor a los traumatismos de su cuerpo; un ligero rasguño o la vista de sangre puede causar una respuesta des-

proporcionada con la causa.

A los siete y ocho años el niño tendrá más seguridad en sí mismo y será difícil engañarlo.

Empieza a comprender el punto de vista de los demás y distingue los diferentes estados de ánimo por las actitudes y expresiones faciales de los demás, ayudándole ésto a tener mejor conducta con los que lo rodean.

También será atento y simpático y tratará de ayudar además de tener una gran curiosidad, pudiendo explotar ésto para estimularlo.

De los nueve a los once años, serán unos adultos en miniatura; es un momento importante para -- ayudarles a que disfruten la vida logrando una adaptación que les permitirá gozar la vida en el futuro.

Debemos tener mucho cuidado de no humillarlos y son muy susceptibles si son vistos por otros niños cuando se les mima.

6. DE LA EDAD DE DOCE A DIECISIETE AÑOS.

Todos los jóvenes pasan por un período evolutivo, durante el cual experimentan importantes modificaciones físicas y psíquicas.

Esto propicia en ellos el deseo de sentirse independientes, o sea que quieren que las personas adultas y principalmente sus padres les proporcionen la poca libertad a que tienen derecho y al mis

mo tiempo les concedan la oportunidad de escoger a sus amigos y planear sus actividades.

En la práctica odontológica los pacientes de esta edad, por lo regular no presentan ningún problema porque ya son capaces de comprender todas -- las indicaciones que el profesionista les señale y casi siempre cuentan con afán de cooperar.

Por consiguiente, lo único que resta al profesionista para obtener mejores resultados es platicar con ellos de manera amistosa, demostrándoles interés por sus problemas y sobre todo, dándoles -- la oportunidad de tomar decisiones y elegir la fecha para su próxima cita.

CAPITULO III

ASPECTOS BASICOS EN EL TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS.

1. CARACTERISTICAS DEL CONSULTORIO DENTAL.

Ganarse la confianza del paciente infantil es el primer objetivo del Odontopediatra, y para ello su consultorio debe tener ciertas características que hagan al niño sentirse en un ambiente familiar y confortable.

Para establecer un consultorio, deben tomarse en cuenta varios factores como son: nivel económico y social del lugar, vías de acceso y si será sólo para la práctica de la odontopediatría o se atenderá en él a adultos.

Cuando el consultorio dental se destina exclusivamente para la atención de niños, se le puede dar un tema definido, tratando de no diferenciarlo demasiado de una habitación común; debiendo entonces tener en cuenta aspectos como su decoración, organización y mantenimiento.

Se deberá pensar en una sala de espera agradable y que cuente con una biblioteca pequeña con cuentos y revistas para niños de todas las edades, y para los adultos acompañantes, con flores, cuadros alegres, vitrinas con objetos interesantes,

acuarios, juguetes sencillos y resistentes -- de -- preferencia de tamaño grande-- entre los cuales, los ladrillos para construir han tenido éxito en niños de todas edades.

Tales juguetes deberán ser revisados periódicamente para eliminar los riesgos de un accidente en la sala de recepción, en caso de que alguno presente partes aguzadas.

Los colores tanto para la sala de espera como para la sala de trabajo serán de preferencia, tonos suaves y claros, de tal forma que promuevan una sensación de tranquilidad y armonice con el mobiliario. La habitación será cálida, bien iluminada y con suficiente ventilación.

Los muebles deberán elegirse de tal manera que resulten agradables. Los asientos para los padres o acompañantes deberán ser cómodos, atractivos y al mismo tiempo que faciliten la limpieza.

También se recomienda música relajante y en un tono apenas audible para que produzca efectos reconfortantes, haciendo desaparecer la frialdad que a menudo se siente en una sala de espera silenciosa.

En cuanto al instrumental, debemos tener en cuenta su manejo adecuado, y recordar que sobre el bracket sólo se pondrá el instrumental a usar en ese momento, tratando de conservar guardado el que no se necesite, principalmente la jeringa, para que

de esta forma esté fuera de la vista del paciente.

2. PLAN DE HORARIOS PARA LA CONSULTA INFANTIL.

Este dependerá si el consultorio dental se dedica únicamente para la consulta infantil o en él se atiende también personas adultas.

Si el consultorio estará destinado a niños y adultos, el momento en el que serán atendidos los niños puede influir sobre su conducta, por tal motivo se deberá destinar un horario especial para atenderlos procurando que sea, durante las primeras horas de la mañana -si los niños van a la escuela en la tarde- o si asisten en la mañana a la escuela, a partir de que salgan de ella o en los primeros horarios de la tarde.

Aún en los consultorios destinados únicamente a los niños se ha optado por determinar los horarios en que está desocupado el consultorio para destinarlos a los niños que presentan alguna incapacidad física o mental, así como para aquellos - que se niegan a cooperar durante la realización - de los procedimientos odontológicos, con el fin - de que su comportamiento no afecte a otros pacientes.

Otra ventaja de planear los horarios cuando en el consultorio se atiende a niños y adultos, es que se predispongan los niños como consecuencia de las pláticas que escuchen de los adultos, o al observar la poca cooperación que algunos adultos demuestran así como la espera demasiado larga por algún contratiempo con el paciente anterior, llegando en ocasiones a quedarse dormidos los niños en la sala de espera.

Si existiera un caso urgente se atenderá en las primeras horas de la mañana, proporcionándose un justificante "por motivos de salud" para su inasistencia en la escuela.

3. FACTORES IMPORTANTES PARA DESIGNAR EL TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA AL PACIENTE INFANTIL.

La duración de la visita para el niño muy pequeño o muy temeroso, deberá ser relativamente corto, hasta lograr la familiarización de éste con -- los procedimientos, que vaya adquiriendo confianza en sí mismo y el profesionista y que no se canse.

Los padres preferirán, en ocasiones, citas -- prolongadas, argumentando evitar pedir permisos -- continuos en las escuelas y su conveniencia en cuanto a sus ocupaciones. Sin embargo, se les indicará

la inconveniencia en caso de la poca cooperación del niño.

4. CONDUCTA DEL CIRUJANO DENTISTA Y LA ASISTENTE DENTAL EN EL CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRIA.

El profesionalista que se dedica al ejercicio de la Odontopediatría deberá estar continuamente estudiando Odontología y Psicología para familiarizarse con la amplia variedad de situaciones y anomalías por diagnosticar y manejar.

Será importante abarcar la Odontología Preventiva en su aspecto más amplio para obtener resultados benéficos a largo plazo, gracias a una atención adecuada y temprana.

En sí las relaciones sentimentales de los niños son muy inconstantes, porque se encuentran en una etapa de reconocimiento, progreso, adaptación y aprendizaje en general. Por lo mismo, sus sentimientos hacia el Odontólogo están condicionados emocionalmente, psíquicamente son más vulnerables y no poseen la suficiente voluntad para soportar cualquier molestia ni tampoco comprenden por qué tendrán que soportarla.

En este momento el enfoque sensible y comprensivo por parte del profesionalista ayudará mucho al paciente, quien se mostrará capaz de confiar en él

respondiéndole y demostrándole confianza en su capacidad para satisfacer las exigencias de la situación.

El profesionista deberá tener siempre una actitud tranquila y segura, sin perder la compostura, evitando los movimientos y la voz bruscos o fuertes.

Asimismo, se deberá evitar hacer esperar a los pacientes, tratando al niño como individuo con sentimientos y emociones propias y no como objetos.

Será muy importante establecer disciplina desde el principio y no dejar ir al niño del consultorio sin habersele hecho el tratamiento planeado ó al menos parte de éste.

Si habla mucho el profesionista, confundirá al niño y tendrá una respuesta de desconfianza y temor.

Se deberá evitar subestimar la inteligencia de un niño, hablándoles como si fueran más pequeños o tontos, ya que ésto es una ofensa que no perdonarán.

No deberemos hacerle preguntas al niño cuando está en imposibilidad de contestarnos, ya sea porque tiene el dique de hule o está aislado con algo done.

No se deberá sobornar a un niño ya que él lo aprovechará para conseguir más cosas paulatinamen

te. Se le puede recompensar al final de la sesión si su comportamiento ha sido bueno pero sin haberle prometido nada antes, ya que esta recompensa será un reconocimiento a su buen comportamiento operatorio.

Se deberá evitar dirigirles la luz intensa sobre sus ojos ya que ésto los molesta.

Se deberá tener en cuenta su nombre o al menos el diminutivo, porque a un niño le molesta que se confunda su nombre. Por otro lado, si el niño es reconocido por el dentista, lo hará sentirse importante y querido.

Por su parte, la asistente cuenta con grandes exigencias, como son: iniciar el contacto con el niño, ganarse su confianza con amabilidad, indulgencia y paciencia, pero no tratar de atraerlo tanto que pueda llegar a pensar encontrar protección en ella, contra el Odontólogo.

La asistente únicamente observará atentamente el curso del tratamiento y preparará los instrumentos que se vayan a utilizar y a partir de ese momento la comunicación con el profesionalista será por medio de gestos discretos.

CAPITULO IV

CONDICIONAMIENTO DEL NIÑO PARA EL TRATAMIENTO
DENTAL.

La preparación que se proporcione al niño antes de someterlo a un tratamiento dental, será de vital importancia para lograr su adaptación adecuada con el profesionalista y con el medio que encontrará a su alrededor.

Por lo tanto al niño se le tendrá que familiarizar con el consultorio en general, mostrándole e indicándole para qué sirve el mobiliario y en especial el instrumental.

Para instruirlo en lo que respecta al servicio que dan los instrumentos, se le permitirá que los toque, sostenga y hasta se le pedirá que "ayude" durante la realización del tratamiento, pero ante todo, se le advertirá que nunca trate de sostener las manos del profesionalista, porque cualquier movimiento brusco dará por resultado una inevitable molestia.

A los pacientes infantiles se les enseñará cuál es la escupidera, su funcionamiento y manera en que deberán utilizarla. En relación al enjuar-

que de la boca, se recomienda al profesionalista efectuarla a cuatro manos, con jeringa de agua y eyector de saliva. Esto es con el fin de substituir -- los vasos de papel, ya que a veces los niños pretenden ganar tiempo queriendo a cada momento escupir y enjuagarse la boca.

A todo lo anterior se debe incluir una información exacta sobre lo que realmente es un tratamiento dental, para evitar que el niño se forme una imagen falsa respecto al ambiente y manera en que se desarrolla la práctica dental.

Cuando el Odontólogo crea que algún tratamiento dental específico pueda llegar a causar molestias, se lo tendrá que advertir al niño, evitando las palabras cortar, fresar, inyectar, quemar, afilado, sangre, arrancar y pinchar. Al mismo tiempo le indicará que levante la mano para señalar cuando alguna maniobra le moleste, debiendo estar alerta si un niño utiliza este medio para dar avisos falsos de molestia.

De hecho la explicación que se suministre al niño se realizará evitando el empleo de términos dentales complicados y utilizando frases cortas, por ejemplo: ésto es un espejo, ésto es una pasta de dientes especial, sin esperar que responda inmediatamente en forma favorable, más bien hay que con

cederle el tiempo necesario para que piense en lo que se le ha dicho.

Al realizar el tratamiento dental, en pacientes pequeños, por lo general éstos se encuentran influenciados por dos tipos de factores:

1. FACTORES FAVORABLES.

a) Medios educativos sobre la salud.

Existe la llamada "preparación meditada" en Odontología, la cual es un método que consiste en proporcionar una orientación adecuada y -satisfactoria a los pacientes antes de someterlos a algún procedimiento odontológico; para que por medio de ésta obtengamos excelentes resultados.

La "preparación meditada" se recomienda proporcionarla tanto a los padres como al niño -antes de la primera visita- lo cual servirá para encontrar un esquema mejor de la conducta del niño; pudiendo comenzar en el momento del contacto telefónico de la recepcionista con los padres del niño, a quienes les preguntará si se trata de una visita urgente o una visita normal. En caso de tratarse -de ésta última, la cita se concertará para un momento durante el cual el profesionalista disponga -- del tiempo suficiente para introducir al pequeño -paciente a la Odontología sin premuras.

Pero en ambos casos, la conversación tiene im

portancia decisiva, ya que la conducción del niño y del padre empieza precisamente en ese momento.

Si la solicitud de cita fuera para una consulta NORMAL, a los padres del niño se les instruirá de la siguiente forma:

- Los niños generalmente se portan bien en las primeras visitas. Por consiguiente, no lo deben llevar al odontólogo por medio de engaños como sería el decirle que van de compras o alguna otra parte.
- No lo deben sobrepregar para su primera visita contándole las experiencias odontológicas a las que ellos se han sometido, ya que cada tratamiento y cada paciente son distintos.

Tratándose de una solicitud de URGENICA, la recepcionista pedirá a los padres que eviten proporcionar al niño toda forma de preparación previa para la primera visita, ya que el Odontólogo tratará de relacionarlo con la Odontología y el consultorio dental de la manera más satisfactoria que se pueda de acuerdo al estado emocional que presente el paciente en ese momento.

b) Conocimientos que deberán tener los padres o terceras personas para orientar al paciente en Odontopediatría.

Con el fin de que los padres o educadores sean capaces de brindar una orientación satisfactoria a los niños acerca del tratamiento odontológico, sería provechoso que contaran con algunos conocimientos que les ayudarán a efectuar correctamente sus pláticas. Estos conocimientos pueden ser adquiridos por medio de informaciones transmitidas por televisión, propaganda, o pidiéndola directamente a los profesionistas destinados a conservar la salud y en especial a los Odontólogos.

Así podrán adoptar un criterio que les permitirá valorar realmente lo positivo y lo negativo que encierra el tratamiento odontológico y gracias a él encausar adecuadamente la preparación sistemática de los niños y hacerles comprender que vale la pena soportar algunas molestias para conservar los dientes y en general la salud.

2. FACTORES DESFAVORABLES.

a) Bombardeo de experiencias ajenas - desagradables.

Si tomamos en cuenta que casi todas las personas mayores cuando piensan en la posibilidad de someterse a cualquier tipo de tratamiento odontológico, manifiestan angustia de tipo irracional y como consecuencia de ello suelen olvidar una cita fijada con anticipación, llegan -

tarde a la misma e incluso mienten sobre el motivo de su ausencia, aún cuando tengan perfecta conciencia de la conducta errónea que están adoptando, deduciremos que el factor principal que determina la posición del niño frente a la intervención dental generalmente es el reflejo del comportamiento de sus padres y de los miembros de la familia, ya que en muchas ocasiones se puede observar que la angustia en los adultos es mayor que en los niños.

Por lo que respecta al tratamiento dental, es preciso reconocer que a los niños generalmente no se les proporciona ninguna información antes de visitar por primera vez un consultorio dental, o bien por los motivos señalados en el párrafo anterior, ésta lamentablemente sufre alteraciones debido a que por lo regular las experiencias que les son transmitidas por las personas que se han sometido a algún procedimiento dental, son hechas en forma exagerada, como algo muy desagradable. En otras ocasiones ni siquiera es una información, más bien son interpretaciones que efectúan las personas mayores acerca del tratamiento dental y las molestias que les produce sin advertir que al llegar a los oídos de los niños, éstos en su deseo de saber escucharán con mucha atención y grabarán en sus mentes el tono emocional de los sucesos.

En la realidad, los adultos adoptan esta manera de reaccionar e interpretar los procedimientos dentales, porque a menudo han descuidado su salud y porque sus visitas al consultorio odontológico las realizan cuando requieren de algún -- tratamiento de urgencia, el cual en estos momentos se encuentra encaminado a exodoncia, y por -- ser los dientes definitivos o permanentes los -- que se someten a este tipo de tratamiento, los -- pacientes quedan expuestos a perderlos, resultando ser ésta una de las causas por las que evitan ir al consultorio odontológico.

Por lo tanto, es recomendable que el profesionalista tenga presente que si el niño tiene una actitud negativa en el consultorio, se puede deber a que ha escuchado experiencias desagradables de los adultos. El profesionalista para descubrir si tales experiencias han o no influido en el niño, es necesario que esté alerta y sea él -- quien realice la entrevista inicial con los padres del niño y los interroge al respecto.

CAPITULO V

CLASIFICACION DE LOS NIÑOS EN CUANTO A SU COMPOR-
TAMIENTO PSICOLOGICO Y SU MANEJO.

Son muchos los factores que en general influyen en la clasificación psicológica del niño, - siendo los principales: la herencia, la influencia de los padres, la escuela, el medio ambiente, etc. de aquí que su actitud sea tan variada ante el Cirujano Dentista.

Algunos profesionistas han querido implantar técnicas que al poner en práctica no son efecti--vas, pues cada niño es una unidad psicobiológica distinta a cualquier otra.

Por lo que en muchas ocasiones, esperando - una reacción determinada de acuerdo con el estu--dio psicológico del niño, reacciona de una mane--ra diferente a la esperada. Tomando ésto como - base, sabremos que estos procedimientos son nu--los en el consultorio, exceptuando aquellos muy frecuentes.

Brauer considera cinco casos especiales de niños que él describe:

1) EL NIÑO TIMIDO, ASUSTADIZO O VERGONZOSO.

La falta de trato con personas ajenas al hogar, la falta de cariño, la sobreautoridad, entre otras, son razones que dan origen a los niños tímidos, desconfiados e inseguros.

Su identificación es fácil por el Dentista, ya que sus reacciones saltan a la vista, tales - como la de esconderse detrás de su madre, bajar la vista cuando se les hable y responde con monosílabos a las preguntas que se le formulan. Su cooperación será nula mientras persista esta actitud.

Para lograr su cooperación y lograr su manejo debemos, primero ganarnos su confianza, hacer todo lo posible para hacerlo sentirse en un ambiente cordial, llamarlo por su nombre, diminutivos o apodos cariñosos con los que se le llame en su hogar, indagar sobre las cosas que le gustan y sus juegos favoritos.

Una vez conociendo todo esto, si no se logra la accesibilidad del niño se tratará de llegar a él por medio de su madre, entablando una conversación indirecta con el paciente, llamándolo con cariño y conversando de todo aquello que le interesa.

2) EL NIÑO INCORREGIBLE O CONSENTIDO.

Este niño es el resultado de una excesiva in dulgencia de los padres.

La reacción ante el Cirujano Dentista es casi siempre dando gritos, lloriqueando, golpeando, pateando o tirándose en el suelo. Estas acciones son efectuadas con el fin de que a la vez de dar muestra de su desagrado trata de persuadir a sus padres para que lo saquen del consultorio y lo lleven a casa.

Los padres siempre optan por hacerles promesas, sin embargo, debemos ser firmes y no permitir esta actitud. Al niño se le explicará lo -- que se le va a hacer y que ésto será por su bien, si no se logra su cooperación, podremos recurrir a la técnica de "mano sobre boca", a fin de que él sepa que en el consultorio no se hará su voluntad ya que lo que se le va a practicar, es por su -- bien.

Los padres, preferentemente, lo esperarán -- afuera en la sala de espera.

3) EL NIÑO DESAFIANTE.

Casi siempre esta actitud es debida a la sobreprotección de los padres, en particular, los --

varones tienden a presentarse ante el Cirujano Dentista en actitud retadora. Una de las actitudes más comunes es la de "no abriré la boca", "no quiero que me hagan nada en mi boca", no llora, si se le pide su cooperación de una manera agradable no presta atención, por lo tanto se tendrá - que usar una rigidez y una fuerza racional para lograr su cooperación.

4) EL NIÑO MIEDOSO.

Las publicaciones humorísticas de los Dentistas no hacen otra cosa que aumentar la tensión - emotiva del niño, exteriorizándolas al presentarse ante él. Es el miedo mal fundado, pues aún -- sin tener algún contacto con el Dentista ya empieza a hacer estragos en el niño.

Igualmente los padres que tienden a usar al Dentista como amenaza diciéndole a su hijo, que si se porta mal lo llevará ante él para que le - saque una muela y lo inyecte así como también influyen las conversaciones que tienen con otros niños que ya han tenido experiencias dolorosas con el Dentista.

Es necesario, por lo tanto, a este tipo de niños, tratar primero de borrar esa mala impresión que tiene del Dentista, ganándonos su confianza a

fin de lograr su cooperación. La asistente deberá cooperar demostrándole cariño e interés. Conseguido nuestro objetivo, se intervendrá procurando no causarle molestias así como irle explicando los beneficios que está recibiendo y los provechos que tendrá en su boca en el futuro.

5) EL NIÑO ENFERMO.

En ellos las reacciones psicológicas se deben a trastornos ya sea por enfermedad, malnutrición, fatigas físicas y mentales.

El mejor procedimiento a seguir, cuando por emergencia debemos atender al niño, será tratar lo más urgente a fin de evitarle dolores subsecuentes e infecciones y posponer todo tratamiento operatorio o de otra índole para cuando su salud sea satisfactoria y pueda resistir mejor el tratamiento.

C A P I T U L O V I .

DISTINTAS REACCIONES ANTE EL TRATAMIENTO DENTAL.

Siempre encontramos a pacientes que presentan reacciones tanto de tipo positivo como de tipo negativo al someterse a los procedimientos dentales en la práctica odontológica diaria.

Las reacciones positivas, facilitan al profesionista el desarrollo de sus intervenciones, en cambio las negativas originan un mayor número de contratiempos que como consecuencia provocan alteraciones muy desagradables para el niño y el Cirujano Dentista. Por lo que trataré de anotar las causas que motivan las reacciones negativas, sus consecuencias y la forma de evitarlas; sobre todo en los pacientes pequeños, ya que conociéndolas - se podrán eliminar y lograr de esta manera que el niño coopere durante la realización de su tratamiento.

Las reacciones negativas que generalmente se presentan en el consultorio dental son:

- a) Temor
- b) Angustia
- c) Timidez
- d) Resistencia.

Aunque, al observar la conducta de los pacientes que acuden por primera vez al consultorio dental, es posible darse cuenta que no siempre manifiestan una reacción definida o única, sino una combinación de ellas.

A. TEMOR.

Es una de las emociones que con más frecuencia se experimenta en la infancia y es evidente cuando los niños lloran, gritan, patean o cierran herméticamente la boca.

Para proporcionar una visión clara del temor que presenta el niño durante la práctica odontológica, a continuación aparece una clasificación de acuerdo a su edad.

i) Temor en niños de edad preescolar. Los pacientes de esta edad generalmente manifiestan su temor en el consultorio dental por medio de lágrimas y rabietas.

Esto se debe a su corta edad y al desconocimiento del objetivo del tratamiento a que serán sometidos. Por lo tanto, el profesionista tratará de explicárselos en la forma más sencilla posible, de tal manera que el temor que presentan inicialmente se desvanezca a medida que se les va tratando.

En lo que se refiere a las reacciones incómodas de los padres hacia las manifestaciones negativas de sus hijos, el profesionista tratará de evitarlas, explicándoles que las actitudes de los pequeños se consideran normales, y que desaparecerán en cuanto se les haga saber el por qué y cómo respecto a su tratamiento.

ii) Temor en el niño de edad escolar. Este puede ser:

- Temor imitado.

Los niños desarrollan este tipo de temor al imitar a las personas que han manifestado temor.

En realidad son pocos los niños en edad escolar, que por miedo provocado en casa o por actitudes erróneas de personas del medio que les rodea, no se adaptan a la rutina y a las molestias que acompañan al tratamiento dental, y que sin embargo reaccionan de manera temerosa y obstinada, como resultado de una educación hogareña equivocada o por influencias externas.

Como se sabe, tanto la educación débil como la dura y autoritaria originan la obstinación en el niño. Para evitarla, será necesario intentar

el acercamiento comprensivo y amable por parte de los padres y el odontólogo, ya que el comportamiento poco cooperativo del paciente escolar está motivado por deseos de evitar lo desagradable, lo doloroso o lo que él interpreta como amenaza para su bienestar.

La actitud del niño que presenta un temor - es impulsiva y su miedo lo refleja por medio de - una conducta desagradable, poco razonable, no bien comprendida, pero totalmente intencional, lo cual hace imprescindible investigar los motivos que la originan, con el fin de estar en posibilidad de - modificarla. Los niños que presentan este tipo - de temor adoptan comportamientos que en el pasado les han servido para liberarse de algo desagradable. Por lo tanto, se evitará que sus ataques - emocionales les resulten satisfactorios, es decir, que evadan el tratamiento dental. Así comprenderán que con su mal comportamiento no obtendrán lo deseado, perdiendo motivación para seguir actuando de manera inadecuada.

- Temor adquirido por experiencias desagradables.

En casos aislados, el temor al Odontólogo - puede ser el producto de una experiencia odontológica traumática que impresionó al niño y desarro-

lló en él sus propios temores.

Cuando las experiencias del niño han sido desagradables, sus reacciones negativas aumentan ante cualquier tratamiento, aún cuando éste sea conocido por él.

Teniendo en cuenta lo anterior, el Odontólogo con el fin de obtener el mayor éxito posible en el tratamiento del niño temeroso, tendrá que determinar en primer lugar el grado de temor y en segundo lugar los factores responsables.

Además de lo anterior, no se debe olvidar que antes de proceder a separar al niño de sus padres es importante establecer buenas relaciones con él, porque de otra manera puede sentir que se le está forzando a abandonarlos, produciéndose -- una situación crítica.

Por otra parte, el personal odontológico no deberá utilizar actitudes sarcásticas y desdeñosas con el paciente, ya que el ridículo puede causar frustraciones y resentimientos, dando por resultado un aumento de aversión al Odontólogo y a los tratamientos dentales.

De allí que aunque parezca imposible razonar con un niño realmente asustado, se puede lograr y ésta será la actitud más recomendable pa-

ra que se vaya concientizando y adaptando al nuevo ambiente y personal odontológico.

B. ANGUSTIA.

La angustia se relaciona con el estado de temor, dando lugar a la formación de dos sensaciones que se combinan y complementan entre sí.

Por lo general, se puede apreciar que los niños angustiados están esencialmente asustados de toda experiencia. Por lo que sus reacciones pueden ser violentas, agresivas y si la intensidad de angustia es muy elevada, reacciona psicóticamente pudiendo llegar a traumarse psíquicamente. Esto podría traer consigo consecuencias nocivas que podrían inhibir por mucho tiempo su desarrollo emocional. Por lo tanto, corresponde al Odontólogo determinar si la reacción del niño es como consecuencia de un temor infundado ó si está realmente asustado o temeroso. Cuando sea éste último, el Odontólogo deberá mostrarse comprensivo y proceder con suma cautela. Pero si el paciente está claramente en una demostración de rabieta, el profesionista deberá hacer sentir su autoridad y dominio de la situación para evitar una reacción de éstas.

C. TIMIDEZ.

Es una reacción que ocasionalmente se observa en pacientes de primera vez y se relaciona con la experiencia social limitada por parte del niño.

A este tipo de pacientes se les tendrá que condicionar para el tratamiento odontológico ya expresado en el capítulo respectivo. También es recomendable que se les pase a la sala de trabajo acompañados por otro paciente bien adaptado a los procedimientos odontológicos, quien se encargará de familiarizarlo con el consultorio dental y el personal a su cargo, para que de esta manera el niño gane confianza en sí mismo y en el profesionalista.

La timidez que presenta el niño puede ser - el reflejo de una tensión que ha sido originada - por parte de los padres, ya sea por esperar demasiado del niño o por protección excesiva.

Por tal motivo, es necesario tener presente que los niños reaccionan de diferente manera frente a la misma situación. Además están distintamente dispuestos psíquica y somáticamente en cada sesión, de modo que a veces no soportan el tratamiento normal y otras tampoco un tratamiento completo.

D. RESISTENCIA.

Es una manifestación de inseguridad provocada como consecuencia de cualquiera de las reacciones referidas, en la que el niño se rebela contra el medio.

El tratar con pacientes que se resisten es difícil, porque con facilidad se sienten lastimados y lloran por cualquier motivo. Los medios - que el profesionista utilizará para borrar la inseguridad del niño, serán los que procedan según la reacción que la esté provocando, pero generalmente con afecto y buen trato se logrará.

CAPITULO VII

EL NIÑO DIFICIL.

Existen varios métodos que nos ayudarán a resolver las dificultades que se presentan con un paciente que no coopera para aminorar el miedo, elevar el umbral doloroso y disminuir las reacciones al dolor.

1. METODO PSICOLOGICO.

En este método se emplean principalmente:

- La sugestión.
- La hipnosis.

Para que su aplicación sea satisfactoria es indispensable respetar la individualidad del niño, quien se encuentra lleno de necesidades como:

a) Afecto.

El afecto es un sentimiento que recibe el ser humano desde su nacimiento, y constituirá un medio de comunicación que se continuará por toda la vida.

El Odontólogo puede proporcionar afecto al

niño por medio de amabilidad en su trato. Una sonrisa dará importancia al niño repercutiendo en una respuesta positiva por parte del infante.

b) Seguridad.

Esta se logra evitando que el paciente observe al profesionista titubear o comentar el -- trabajo que está elaborando, ya sea en forma especial o general con su maestro o asistente dental, porque ésto aumenta en el niño su ansiedad de miedo o peligro. Por lo tanto, los pasos del profesionista deberán ser firmes y seguros.

c) Reconocimiento.

Consiste en estimular todas las reacciones positivas del paciente pediátrico. Para reali--zarlo con eficacia, es suficiente tomar en cuenta lo que el niño experimenta sin ignorar sus -- sentimientos, ni tratar de convencerlo de que lo que ve, oye o siente no es real. Más bien, se ha ce indispensable buscar la manera de darle crédi--to, elogiar y reconocer sus esfuerzos y no tan só--lo de criticarlo; de este modo se logrará modifi--car su comportamiento por medio de sugerencias y no por mandos o intransigencias.

Esto se efectúa fácilmente gracias a la --

susceptibilidad que presentan los niños a la instrucción y a la sugestión, que hacen imposible - ayudarlos a controlar sus reacciones al dolor y al miedo durante la elaboración de los procedi-- mientos odontológicos.

- SUGESTION.

Es un estado psíquico provocado, que se - caracteriza porque el individuo experimenta sensaciones e ideas que le son sugeridas, y al mismo tiempo deja de experimentar las que se le indican.

El estado de sugestión puede lograrse por medio de:

i) Sugestión directa. Se basa en las - relaciones directas entre el médico y el enfermo.

ii) Sugestión indirecta. Consiste en insinuar las ideas al enfermo, de tal modo que las considere como propias.

iii) Sugestión hipnótica. Se verifica pre-via hipnotización del paciente.

Cuando el uso de la sugestión verbal se di

rige hacia un fin determinado, debe ser empleada con énfasis y con efecto persuasivo, para que -- las palabras influyan sobre el comportamiento -- del niño en el sentido deseado.

La sugestión verbal no se recomienda en ni ños que aún no dominan el idioma. Pero en los preescolares y en aquéllos que cursan sus primeros grados escolares es muy eficaz. En los ni ños mayores se combinará con una psicoterapia ra cional.

Cuando observamos que el niño se pone in-- tranquilo o empieza a actuar con resistencia ac tiva, el contenido de la palabra y la voz deben ser en tono sugerente, empleando la voz imperativa. En tales casos, entre la conversación -- amigable se mezcla una orden con voz imperativa ("quédate quieto", "abre la boca", "quita la ma no") y se continúa hablando en tono amable.

La interacción de la orden severa en una conversación amable, realza el efecto de aquélla, sin que se pierda la confianza del niño, ya que las siguientes palabras nuevamente son amables. Si el pequeño paciente se encuentra angustiado, se le dirigen palabras de consuelo para tranqui

lizarlo, por ejemplo: "ahora, abre más la boca", "ahora, quédate quietecito", "deja quietecitas tus manos", y otras similares.

- LA HIPNOSIS.

Es una especie de sueño provocado (sueño hipnótico), que no es un sueño verdadero, sino que constituye un estado neuropsíquico especial que tiene exteriormente mucha semejanza - con el sueño.

El individuo en estado hipnótico está a merced de su hipnotizador, quien dirige y disciplina su actividad mental, sugiriéndole lo que debe decir o hacer (sugestión). En ocasiones, el hipnotizado obedece a las ideas que le han sido sugeridas antes de la hipnosis y que por lo tanto están presentes en su subconsciente (autosugestión).

Las personas histéricas y las neurasténicas resultan ser las más fáciles de hipnotizar.

En medicina, a veces se recurre a la hipnosis para obtener a través de una confesión inconsciente la llave de ciertos complejos freudianos, de los cuales el paciente logra liberarse mediante esta terapéutica.

El empleo de la hipnosis en la práctica -- odontológica resulta ser un método muy eficaz, principalmente en niños psíquicamente frágiles. Pero como implica dificultades y peligros, su aplicación es muy reducida, principalmente en la práctica dental.

Como los métodos psicológicos no siempre dan un resultado completamente satisfactorio, el niño queda expuesto a sentir dolor inesperado en cualquier momento, por lo que se recomienda al profesionalista que complemente los métodos psicológicos con los métodos farmacológicos para obtener mejores resultados.

La ayuda externa será indispensable porque las demandas técnicas odontológicas, el aumento de las molestias y al mismo tiempo la duración de los procedimientos operatorios, la exigen para lograr la cooperación o la pasividad del paciente.

2. METODO FARMACOLOGICO.

Es de gran importancia y utilidad a nivel odontológico por brindar al Odontólogo la --

oportunidad de proporcionar al paciente una ayuda fisiológica especial.

El material farmacológico está basado en el empleo de medicamentos, los cuales se designan - al niño antes, durante y después de los procedimientos odontológicos, con el objeto primordial de disminuir la sensación dolorosa, que frecuentemente se produce durante el desarrollo del tratamiento dental.

En la Odontología, dentro del método farmacológico contamos actualmente con una técnica de medicación especial "La Analgesia".

Para la aplicación del método farmacológico, el Odontólogo tiene que evaluar la capacidad del paciente para la aceptación de medicamentos y -- así estar en posibilidad de proporcionarle la -- ayuda especial adecuada, teniendo que:

- a) Identificar claramente el tratamiento a realizar.
- b) Determinar el tiempo necesario, en circunstancias razonables, para realizar el tratamiento.
- c) Tener en cuenta el grado de molestia -- que se causará y su efecto en el paciente.
- d) Prevenir el grado hasta el cual el paciente puede resistir el tratamiento, sin sacrificar la calidad del mismo.

e) Tener en cuenta qué drogas proporcionarán el alivio necesario al paciente.

Una vez elegido el medicamento adecuado, para determinar correctamente la dosis, vías y horarios para su administración, será necesario tener conocimiento de sus propiedades y peligros, así - como sus efectos en la fisiología del organismo y conducta del paciente.

La prescripción de analgésicos, sedantes y tranquilizantes, se efectúa tomando en consideración la edad del paciente, peso, actividad, vivacidad y tamaño del cuerpo.

- ANALGESIA.

Es la abolición de la sensibilidad dolorosa, y para su estudio se divide en:

a) Analgesia espontánea. Es producida por el propio organismo al reaccionar ante el dolor, ya que éste es un magnífico timbre de alarma que protege la integridad orgánica, al advertir cualquier caso anormal.

b) Analgesia provocada artificialmente. - Dentro de ésta tenemos la lograda por medio de

psicoterapia y la analgesia general. La analgesia con óxido nitroso y oxígeno, es un tipo de analgesia que se puede utilizar sin riesgos, de fácil empleo y que proporciona resultados favorables, ya que disminuye el dolor y molestias al paciente.

- ANALGESIA Y ANESTESIA CON OXIDO NITROSO Y OXIGENO.

El óxido nitroso es el agente anestésico de inhalación más antiguo. Fue descubierto por Priestley en 1776, sin embargo, no fué sino hasta 1868 cuando Andrews introdujo la administración de oxígeno con óxido nitroso y desde entonces, hasta la fecha, ha sido ampliamente utilizado como analgésico y como anestésico.

Los términos analgesia general y anestesia general, pueden dar lugar a confusión por su similitud, sin embargo, en la práctica, las diferencias son evidentes.

Un paciente bajo analgesia general, está - consciente, responde a la sugestión, presenta movimientos voluntarios, movimientos reflejos y fa

ríngenos, requiere anestesia local, no requiere -
entubación traqueal, no es necesario que se en-
cuentre en ayunas y presenta amnesia variable.

Un paciente bajo anestesia general, no se
encuentra consciente, no responde a la sugestión,
no tiene movimientos voluntarios, ni movimientos
reflejos y faríngenos, tampoco requiere de aneste-
sia local, requiere entubación traqueal, es nece-
sario que se encuentre con el estómago vacío y -
presenta amnesia total.

De todos los agentes anestésicos por inha-
lación, el óxido nitroso puede ser el más común-
mente usado, porque químicamente no se combina -
con ningún constituyente del cuerpo; y aparente-
mente fuera del Sistema Nervioso Central ningún
otro tejido parece afectarse con su presencia -
(con la posible excepción de aquellos tejidos -
que tienen que ver con la inducción enzimática).
No causa cambio en los tejidos por ser un gas -
inerte y su acción farmacológica la ejerce sola-
mente sobre las células de la corteza cerebral
causando depresión del sistema nervioso, de mo-
do que la depresión circulatoria y respiratoria
son virtualmente no vistas y el músculo esquelé-
tico tiene mala relajación.

Asimismo, el óxido nitroso es notablemente inalérgico. Actualmente es el menos tóxico y su valor como anestésico lo debe a su gran solubilidad dentro del flujo sanguíneo, debido a su bajo coeficiente de separación -sangre (0.45)-. Su efecto en el sistema nervioso central se desarrolla rápidamente.

Por lo tanto su grado de difusión dentro de la sangre es extremadamente rápido, siendo mayor que el del oxígeno. Es insaboro y tiene un ligero olor dulzón. Debido a su carácter no irritante, la inhalación no produce tos o secreción mucosa si se añade a su administración niveles adecuados de oxígeno. En la conciencia sobrevienen cambios tan rápidos, que su inicio es apenas perceptible.

Desde el punto de vista del paciente, la rapidez y facilidad de inducción no es desagradable. Al mismo tiempo la aprensión hacia futuras anestésias disminuye, siendo éste, un factor psicológico de gran importancia, especialmente en niños.

Debido a su rápida absorción y flexibilidad de control, el óxido nitroso combinado con oxígeno en concentraciones adecuadas, es un agente ideal para la producción de analgesia.

En consecuencia, el peligro en la utiliza-

ción del óxido nitroso resulta únicamente de su asociación con una deficiencia de oxígeno.

La náusea y el vómito son secuelas poco frecuentes. Esto es generalmente ocasionado cuando las proporciones de óxido nitroso son mayores a las de oxígeno, entonces el paciente presenta sudoración y náusea.

El óxido nitroso en la mayor parte de las circunstancias no produce fuego ni explosión alguna. Puede ser utilizado con seguridad en presencia de una flama abierta, cauterizador, bisturí cauterizante, chispas de máquina de Rayos X o electricidad estática. A pesar de esto, con grandes concentraciones de oxígeno y bajo circunstancias poco comunes, se debe reconocer que aunque el óxido nitroso no es inflamable, puede causar combustión tan activamente como el oxígeno, sólo cuando se presenta en concentraciones adecuadas con un anestésico inflamable.

Es indudable que el óxido nitroso es un anestésico, aunque los signos y síntomas observados en el óxido nitroso sin diluir en su origen son en parte asfíxiales.

Para la anestesia quirúrgica completa, el factor asfíxial, aunque factor secundario, debe ser tomado en cuenta y evitado a toda costa.

La información específica del mecanismo de acción del óxido nitroso como agente analgésico y anestésico no se conoce.

Los síntomas subjetivos y síntomas objeti--

vos que se observan en los pacientes que se someten a este tipo de analgesia son:

SINTOMAS SUBJETIVOS:

- Relajación mental y física.
- Presencia de indiferencia al paso del tiempo.
- Menor reacción al dolor.
- Somnolencia.
- Euforia.
- Sensación de calor.

SINTOMAS OBJETIVOS:

- Paciente despierto.
- Reacción pupilar normal.
- Sudoración normal y tranquila.
- Adormecimiento y apariencia de relajación.
- Pulso y presión arterial normal.
- Menor reacción al estímulo doloroso.

ACCIONES FISIOLÓGICAS Y FARMACOLÓGICAS EN EL HOMBRE.

RESPIRACION.

No se ha registrado ninguna depresión respiratoria por la utilización de óxido nítrico, resultando ser la oxigenación y la mecánica de ventilación normales.

EFFECTOS CARDIOVASCULARES.

No se han reportado cambios importantes en la presión arterial, ritmo cardíaco y gesto cardíaco. Sin embargo, algunos estudios han demostrado que el medicamento causa un aumento en la resistencia periférica total, pero no se tiene -

ninguna información en relación a la resistencia pulmonar e intravascular.

AMNESIA.

Se manifiesta de una manera diferente en diversos individuos. Cuando el paciente respira concentraciones subanestésicas de óxido nitroso, el tiempo le parece que pasa más rápidamente.

SISTEMA NEUROMUSCULAR.

La más grave insuficiencia de este agente ha sido la falta de relajación muscular. Realmente, en ocasiones se observa un aumento en el tono muscular. Sin embargo, se ignora si ésto re presenta una segunda etapa dentro de la anestesia o si es un factor hipóxico.

USO Y APLICACION CLINICA.

La manera adecuada de administrar el óxido nitroso y oxígeno como analgésico o anestésico es el siguiente:

25% oxígeno - 75% óxido nitroso.

50% oxígeno - 50% óxido nitroso.

Para producir anestesia general se puede complementar con otros agentes, los cuales son intravenosos:

- a. Barbiturato (metohexital, tiaminal y tiopental).
- b. Opiáceos (morfina, meperidina, etc.)
- c. Agentes auxiliares, relajantes única--

mente se utilizan en hospitales, por ser necesaria la entubación del paciente, para mantener la ventilación. También se utilizan otros anestésicos por inhalación (halotano, metoxiflurano o etrano). A este método se le llama anestesia balanceada y actualmente es ampliamente utilizada en todo el mundo.

En la práctica dental la secuencia de óxido nitroso se complementa por el uso de anestésicos locales. Evitando así, los peligros inherentes de los agentes intravenosos y auxiliares así como de otros agentes de inhalación.

El éxito del empleo de óxido nitroso, se basa en amplias experiencias así como conocimientos de farmacología, fisiología y ayuda de excelentes y nuevos sistemas de distribución de oxígeno y óxido nitroso.

CONTRAINDICACIONES.

El óxido nitroso está contraindicado en pacientes que tienen neumotórax, neumoperitoneo, neumopericardio y quistes pulmonares congénitos. El enfisema pulmonar severo, ocasionará la transmisión de gases al compartimiento vascular. En la situación anterior, hay un deterioro clínico progresivo debido al paso del óxido nitroso y un aumento en el volumen que existía previamente del gas encerrado.

Esto es nuevamente, debido a la solubili-

dad diferencial del nitrógeno y el óxido nitroso. Esto mismo ocurre en quistes que contienen aire, quistes hidatídicos o con obstrucción intestinal.

ELIMINACION Y RECUPERACION.

Como resultado de su alto grado de actividad molecular, la eliminación de óxido nitroso en la sangre ocurre con gran rapidez. El retorno a la conciencia normal y el control racional se complementan generalmente dentro del primer y tercer minuto subsiguiente (desde luego ésto sucede cuando ningún otro agente es utilizado sinérgicamente). La eliminación completa es notablemente rápida y se lleva a cabo principalmente por vía respiratoria.

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

La angustia en el niño se va a presentar - desde su nacimiento debido a la separación drástica que se lleva a cabo entre la madre y el hijo, pudiendo ayudar a mitigar esta ansiedad la succión suficiente y el amor que se le proporciona al bebé.

La adaptación del niño al mundo se verá - favorecida si tiene experiencias intrauterinas agradables. Las experiencias desde antes de su nacimiento las tendrá grabadas en su inconsciente y éstas lo ayudarán a adaptarse al mundo en que vive ó lo perjudicarán en su desarrollo, haciéndole incluso sentirse constantemente amenazado o atacado por los que lo rodean. De aquí la importancia de proporcionarle al niño, desde que es concebido, las condiciones adecuadas para que nazca y se desarrolle positivamente, facilitándole así su adaptación posterior en nuevos medios ambientales.

Debido a que en el niño no siempre coincide la edad psicológica y la cronológica, el diagnóstico de los problemas de conducta y la planeación del tratamiento dental deberá realizarse to

mando en cuenta dichos factores.

Es importante poner atención en el decorado del consultorio dental y los horarios para tratar a los niños, ya que estos dos factores pueden influir sobre su conducta y repercutir en el éxito del tratamiento. Asimismo, la duración de la consulta deberá ser breve para no cansar al paciente infantil.

El profesionista deberá siempre tener una -- actitud tranquila y segura, evitando los movimientos bruscos que causen desconfianza o temor en el niño.

El manejo de los pacientes infantiles dependerá en muchos casos de la comunicación que se logre establecer con ellos, así como de las demos--traciones de amistad e interés a los problemas -- que cada paciente exponga.

Debemos informar exactamente al niño lo que se le va a hacer, evitando utilizar palabras como: cortar, fresar, inyectar, quemar, etc. ya que éstas les pueden significar peligro, llegando a producirse reacciones desagradables en ellos.

Deberemos instruir a los padres en cuanto a la forma de introducir a los niños al tratamiento dental, ya que en muchas ocasiones, la informa--

ción errónea que les proporcionan los padres al niño sobre el dentista, es la que causa los problemas en el comportamiento del paciente en el consultorio.

Algunas veces esperamos reacciones precisas en los niños, siendo ésto erróneo, ya que debemos tener muy presente que cada niño es distinto a cualquier otro, debiendo estar preparados para controlar cualquier situación que se nos pueda presentar.

No debemos permitir que el niño se vaya del consultorio dental sin haberle hecho lo planeado, aún debido a su mal comportamiento, ya que él pensará que repitiendo sus rabietas obtendrá lo que quiere, siendo ésto perjudicial para su salud.

La mayoría de las ocasiones se tratará al niño sin la presencia de sus padres, pero teniendo cuidado primero de establecer buenas relaciones con él, y tomando en consideración su edad.

Cuando observamos que el niño se pone intranquilo o pone resistencia al tratamiento, debemos usar el tono de voz imperativa primero, y después hablarle en tono amable para controlar lo y no permitir que pase a otra situación más

complicada.

Por último, no todos los pacientes presentan la misma capacidad ni estabilidad en su carácter, teniendo como opción hacer uso de -- los métodos psicológicos y farmacológicos para el control del niño durante el tratamiento dental, tomando siempre en cuenta la dosis, vías y horarios para su administración, así como -- las propiedades y los peligros de los fármacos a utilizarse.

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

1. ABERASTURY, ARMINDA. Aportaciones al Psicoanálisis de niños, Ed. Paidós, Vol. 31, Agosto 1977, Pág. 89-92; 93-101; 115-126.
2. BARENIE, JAMES T., D.D.S., RIPA W. LOUIS, D.D.S. The use of behaviour modification techniques to successfully manage the child dental patient, JADA, Vol. 94 (2): 329-334, Feb. 1977.
3. BIJOU SIDNEY WILLIAM, Behaviour Analysis of - Child Development, Century Psychology Series, Prentice Hall, 1978: 18-30.
4. BRAUER, JOHN CHARLES, Odontología para niños.
5. CINOTTI R. WILLIAM y GRIEDER ARTHUR, Psicología aplicada en Odontología, Ed. Mundi, 1a. Edición.
6. CHAMBERS, DAVID W., Behaviour Management Techniques for Pediatric Dentists: an Embarrassment of Riches. Journal of Dentistry for Children, Vol. 44(1) 30-35 Jan.-Feb. 1977.
7. FINN SIDNEY BERNARD, Odontología Pediátrica, - Nueva Editorial Americana, 1976.
8. LAW DAVID B., et al., Un Atlas de Odontopediatría, Buenos Aires, ed. Mundi, 1972.
9. LINDSAY, S. J. E., ROBERTS G. J., Methods for Behavioural Research on Dentally Anxious - Children, British Dental Journal, 1980: 175-179.
10. LOVELL MARK, El desarrollo de su hijo de los tres a los dieciséis años, Editorial Gedisa.

11. MAJOR E., WINDER MARY, et al., An Evaluation of Nitrous Oxide in the Dental Treatment of Anxious Children, British Dental Journal, 1981: 186-191.
12. MORRIS L. ALVIN, D.D.S., BOHANNAN, HARRY M., Las especialidades odontológicas en la práctica general: La odontología infantil en la práctica general, Ed. Labor, S.A., 4a. Ed., pág. 166 a 198.
13. ROBECK MILDRED COEN, Infants and children, - their development and learning, Ed. Mc. Graw-Hill, 1978: 477-501.
14. RUDOLF P. HOTS y Colabs., Odontopediatría: Odontología para niños y adolescentes, Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana.
15. TAMSE A., LITTNER, I. KAFFE, Pain and Anxiety in the Dental Office and the Role of the Dental Assistant, Quintessence International, No. 5: 1-3, May 1982.
16. WATSON ROBERT I., Psicología infantil, Ed. Tolle, Lege, Aguilar, 1974: 92-113; - 117-143; 146-168; 188-192.
17. WOLFF WERNER, Introducción a la Psicología, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, Quinta Edición, 1976: 253-270.