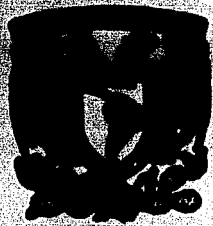


1ej 850



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

**PSICOLOGIA INFANTIL Y SU APLICACION EN LA
PRACTICA ODONTOLOGICA**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
MARIA CRISTINA RENDON CANALES

MEXICO, D. F.

1979

15234



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

- I INTRODUCCION
- II BREVE HISTORIA DE LA PSICOLOGIA MEDICA
- III DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD
- A) Desarrollo Intelectual
 - B) Desarrollo Social y Emocional
- IV IMPORTANCIA DE LA INFANCIA EN EL DESARROLLO DEL CARACTER
- V LAS NECESIDADES DEL NIÑO PARA SU NORMAL DESARROLLO
- VI INFLUJO PATOGENICOS
- VII PROBLEMAS DENTALES QUE PUEDEN OCASIONAR TRAUMAS PSICOLÓGICOS EN LOS INFANTES
- 1) Miedo y Dolor
 - 2) Métodos para controlar el dolor y el miedo en los niños
 - A) Medidas Psicológicas e Hipnosis
 - B) Medidas Farmacológicas - 3) Lesiones que se presentan en Piezas Anteriores Infantiles
 - 4) Dentaduras parciales removibles para niños
 - 5) Hábitos bucales Infantiles

- A) Actos Bucales no compulsivos
- B) Hábitos bucales compulsivos
- C) Reflejo de succión
- D) Métodos Psicológicos usados para educar al niño.

VIII MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

IX CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

I.- INTRODUCCION:

Puede considerarse la Odontología Infantil como el servicio más necesitado y sin embargo, el más olvidado entre los servicios que presta el dentista.

A pesar de la gran importancia que tiene, algunos odontólogos tienden a disminuir su valor, ya sea por ignorancia, o por indiferencia hacia los conceptos más recientes de la Odontología actual y a las metas finales que han de lograrse.

Si el odontólogo consiente en hacer el esfuerzo adicional que se requiere para dominar la técnica de como tratar pacientes infantiles, se dará cuenta de que trabajar con niños es una de las experiencias más satisfactorias que puedan experimentarse en todas las prácticas odontológicas.

El fin del presente estudio es discutir los problemas emocionales del niño especialmente en relación con tratamientos dentales, y ofrecer una visión general de las influencias paternas que pueden producir ansiedad innecesarias en los niños.

En cualquier situación, el modelo de comportamiento de un niño está regido por su herencia física 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 dentro de límites estrechos, no puede evitarse. El comportamiento consecuencia del medio sí puede alterarse; se puede controlar y desarrollar de manera que el niño crezca y llegue a tener una personalidad bien encajada, 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.

Cuidados dentales puede ser una de sus necesidades físicas. El que los niños acepten el tratamiento dental de buen grado o lo rechacen totalmente dependerá de la manera en que han sido condicionados.

Si un Cirujano Dentista va a realizar trabajos dentales satisfactorios en sus pacientes infantiles debe contar con su total cooperación.

Tan solo podrá obtener esta cooperación si comprende el tipo emocional de los niños y de sus padres. Si no comprende esto le resultará difícil manejar niños. El dentista tiene que reconocer que está vinculado emocionalmente a sus pacientes, y para manejarlos con éxito debe estar consciente de los factores psicológicos y sociológicos que han formado sus actitudes y modelos de comportamiento hacia la Odontología.

Antes de que un odontólogo esté en posición de aconsejar a los padres sobre la preparación psicológica adecuada de sus hijos, debe comprender los problemas que intervienen. Debe comprender la naturaleza del miedo y los trastornos dentales que pueden ocasionar traumas psicológicos en los niños, y como pueden las actitudes de los padres, modificar los tipos de comportamiento.

Debe estar enterado de la formación de la personalidad y como se desarrolla la ansiedad en el niño. Debe también tener diplomacia y tacto para transmitir esta información a los padres de manera profesional y adecuada.

Si el Cirujano Dentista puede aconsejar a los padres clara e inteligentemente, en la mayoría de los casos será aceptado de buena gana y a veces incluso con avidez. Se ve claramente que los problemas de manejo son muy importantes para el dentista, ya que puede ver niños bajo tensiones emocionales muy fuertes, sin embargo, los dentistas pocas veces dan consejos a los padres sobre comportamiento infantil. Ha llegado la hora de que el Odontólogo actual tome conciencia de todas sus responsabilidades como profesional.

El presente estudio no trata de dar una cátedra sobre el tema, ni abarcar todos los rincones del comportamiento infantil, sino solamente trata de dar una idea general sobre el desarrollo y comportamiento de los niños y de los problemas dentales que se pueden presentar ocasionando trastornos emocionales en los infantes.

Solicito su consideración al Honorable jurado por las limitaciones y deficiencias que pueda tener el presente trabajo, fruto más bien de un esfuerzo de buena voluntad, que de una capacidad suficiente para escribir sobre un tema tan profundo y complejo.

II.-

BREVE HISTORIA DE LA PSICOLOGIA MEDICA

Desde sus orígenes, el hombre, se ha experimentado a sí mismo como una entidad separada del resto de la naturaleza y dotado de la razón, se ha preguntado el porqué de las cosas y por la imaginación prevé el futuro y de esa forma se ha dado respuestas que aunque solo temporalmente, pueden atenuar sus angustias ante los enigmas de la vida y del mundo que le rodea.

El hombre primitivo creía en la existencia de seres poderosos que manejaban la naturaleza y deban origen a las prácticas mágicas y religiosas. Tenían conceptos mágico-animistas. Se pensaba que los espíritus buenos o malos se podían apoderar de las personas y actuaban con admiración en el caso de que un espíritu bueno se hubiera apoderado de algún miembro de la tribu o con horror en el caso contrario.

Por algunos escritos se infiere que el pensamiento de los antiguos chinos, de los hebreos, caldeos, asirios y egipcios fue igualmente mágico y animista y que las perturbaciones mentales eran entre ellos, atribuidas a demonios que se apoderaban de los individuos. En el Papiro Ebers (1550 a. c.), se mencionan ciertos trastornos mentales relacionados con espíritus malignos.

En el Ayur Veda (1400 a. c.), el sistema médico más antiguo de la India, se establece una clasificación de enfermedades mentales debidas a posesión demoniaca. Conceptos semejantes se encuentran en el Talmud y en el Antiguo Testamento.

Durante las civilizaciones Griega y Romana durante su época clásica, produjeron en una u otra forma, todas las expresiones intelectuales y emocionales que posteriormente el *

hombre occidental ha reconocido y nombrado.

No solo se plantearon la mayor parte de los problemas que aún hoy día se debaten en la Filosofía y la Psicología, - sino que propusieron una gran variedad de soluciones. Aún en nuestros días, los psicólogos se sienten atraídos por las fuentes griegas, ya que de ellas se han extraído imágenes tales - como la de Edipo (de la tragedia de Sofocles, en que Edipo, - Rey de Tebas, mata sin saberlo, a su propio padre y se desposa con Yocasta, su madre), o la de Narciso (el joven que se - enamoró de su propia imagen reflejada en un estanque), y porque la mitología de los griegos, es un caudal de observaciones realistas y penetrantes acerca de la conducta y de las aspiraciones humanas.

Seguramente que el mejor avance cultural de los griegos fue su aplicación sistemática del razonamiento objetivo a la comprensión de la naturaleza y de las experiencias personales.

En esta época Hipócrates llamado el padre de la Medicina expresó el punto de vista de que el cerebro es el órgano del pensamiento y su creencia de que las enfermedades de la mente tienen, como cualquier padecimiento, causas naturales. - Platón enseñó que el equilibrio entre el cuerpo y el alma es el elemento importante en la salud, y que los desordenes mentales pueden deberse a trastornos morales o corporales. Aristóteles pensó que siendo la mente de naturaleza inmaterial, - no podía ser atacada por ninguna enfermedad. Probablemente - el hecho de que Aristóteles haya negado la causalidad psicológica de las enfermedades mentales retardo varios siglos el desarrollo de la psicopatología.

Durante la Edad Media, se regresó a las ideas de la -

posesión por el demonio. Durante la primera parte de ésta -- época, el tratamiento preferido fué la oración, el exorcismo -- o el uso de reliquias y untos sagrados. Durante la última -- parte del Siglo XV, las creencias relativas a la posesión de -- moníaca alcanzaron un desarrollo que condujo a uno de los as -- pectos más crueles de la historia de la humanidad. Durante -- el Renacimiento, gradualmente, las ideas demonológicas perdie -- ron fuerza y en consecuencia los enfermos vistos ya como ta -- les, fueron sacados de los monasterios y de las prisiones y -- tratados en asilos especiales.

A partir del Siglo XIX, la psicología enfoca su inte -- rés al estudio de los fenómenos observables, naciendo así -- una psicología distinta, totalmente empírica, la cual se -- transforma en experimental cuando dicha observación se reali -- za mediante un plan trazado anteriormente y para el cual se -- ha establecido un determinado sistema de medición.*

La psicología experimental nació en Alemania con los -- trabajos de Herbart siendo desarrollada posteriormente por -- Wundt, quien fundó el primer laboratorio de psicología en Lei -- pzig en 1870. Junto con la tendencia general a la experimen -- tación, aparecieron diversas escuelas que intentaron ver el -- grado de dependencia existente entre lo psicológico y lo bio -- lógico.

De éstas, las más importantes fueron el funcionalismo -- que demostró la sujeción del hombre a determinadas leyes bio -- lógicas, el behaviorismo o conductismo, la escuela rusa, ini -- ciada por Pavlov y Bechtereov, interesada principalmente por -- la neurofisiología, y el psicoanálisis. Junto con estas co -- rrientes perviven otras escuelas más vinculadas a la filoso -- fía (Kantismo): la fenomenología de Husserl, que propone un -- método descriptivo de los fenómenos de la conciencia, y la --

psicología comprensiva de Dilthey, desarrollada por el personalismo de Spranger, que intenta la explicación del hombre como una totalidad compleja y que ha influido en el estructuralismo o teoría de la percepción, y en el antiasociacionismo, representado por la escuela de Wurzburg y que destaca la importancia de motivaciones internas independientes del estímulo, lo que dificulta la medición exacta de la reacción.

De especial importancia para la psicología aplicada es la psicometría y los instrumentos que utiliza: los tests y el análisis factorial. En realidad no existe un método único, sino que cada escuela o tendencia dispone del suyo propio. Los más importantes se pueden clasificar en:

1.- Métodos filosóficos, fundamentados en la autoobservación (Bergson y Brentano) o en el análisis descriptivo de las vivencias y en la comprensión o descubrimiento de las motivaciones de la conducta (Dilthey, Spranger, Husserl).

2.- Métodos psicoanalíticos, basados en la teoría de las asosiciones libres y de la transferencia. El nombre de Psicoanálisis fue dado por el médico vienés Sigmund Freud, y le llamó así a un sistema de psicopatología y a una terapéutica asignada fundamentalmente al tratamiento de las neurosis partiendo del concepto básico del inconsciente dinámico; en cuanto que ejerce una acción permanente y al propio tiempo una fuerza contraria que le impide acceder a la conciencia psicológica; Freud estableció los principios de su método sobre asociación libre.

3.- Método de la observación de la conducta, que es el estudio del comportamiento, lenguaje, mímica y otras formas de expresión; en éste método los resultados conseguidos se comparan con unos patrones tipo o rutin scales.

4.- Método experimental, desarrollado por W. Wundt y seguido por Külpe Ribot, la escuela de Würzburg, la de París, y el estructuralismo. Difiere del anterior en que el individuo es sometido a una serie de situaciones experimentales que desempeñan el papel de estímulos y que son rigurosamente medidos, al igual que las reacciones que provocan.

5.- Método psicométrico, iniciado por el inglés F. Galton y sistematizado por un discípulo de Wundt, J. Mc ca- te ll; se fundamenta en el test como situación experimental estandarizada; su finalidad es la medición de algunos rasgos aislados de la personalidad.

6.- Método de análisis factorial, basado en la aplicación del análisis algebraico a las correlaciones existentes entre las variables de un conjunto de tests aplicados a un grupo de personas, o bien a la aplicación de este mismo análisis a un grupo de personas con el fin de descubrir cuáles son sus rasgos comunes y cuáles aquellos en los que difieren. Este método también es aplicable al estudio de individuos aislados.

Otros métodos son: el biográfico (historia del individuo); las entrevistas, libres si no están sujetas a un plan y estandarizadas, en el caso contrario; la interpretación de trabajos literarios, plásticos o de cualquier otro tipo realizados por la persona examinada. Los que parecen gozar de más crédito son los experimentales, psicométricos y los basados en el estudio de la fisiología y neurofisiología.

Aparte de esta división de la psicología en filosófica o teórica y empírica, y la establecida por las diversas escuelas, existe otra división según la esfera de lo que se pretenda estudiar: la psicología general, que estudia los caracte

teres propios del hombre normal; la psicología evolutiva que es el análisis de las diversas etapas de la formación de la personalidad del individuo en su proceso de desarrollo; la psicología caracterológica que es el estudio del carácter o peculiaridad propia de cada individuo, y origen de la tipología o estudio comparado de los caracteres somáticos y psíquicos de varios individuos a fin de establecer unos cuadros generales de los tipos o modelos de personalidad más frecuentes y la psicología social que intenta descubrir las leyes por las que se rige la convivencia.

Para el desarrollo del presente estudio, se ha hecho una recopilación de datos obtenidos por medio de diferentes métodos pero prevaleciendo el método de la observación de la conducta, y haciendo un análisis del desarrollo del individuo en cada una de las diferentes etapas de su infancia, analizando sus rasgos y caracteres en cada una de ellas, correspondiendo este estudio a la psicología evolutiva, que ya se mencionó anteriormente.

Se ha hecho una división del desarrollo de la personalidad del niño en la siguiente forma: Desarrollo intelectual y desarrollo Emocional y Social pudiéndose abarcar así en una forma más completa el desarrollo general del niño cubriendo todos los aspectos que intervienen en su formación y desarrollo psíquico. Esto será descrito en una forma más completa en el siguiente capítulo de este estudio.

III

DESARROLLO DE LA PERSONALIDADA) DESARROLLO INTELECTUAL.

El crecimiento intelectual depende básicamente de procesos biológicos que establecen límites al desarrollo. AÚN - cuando un ambiente insatisfactorio puede impedir que el niño - alcance su potencial máximo, tampoco el estímulo y la enseñan - za complementarios pueden ayudarle a captar ideas y relacio - nes para las que aún no está preparado.

Las secuencias de las etapas formativas del individuo desde que nace hasta su madurez, siguen siempre el mismo or - den, lo que puede diferir es el índice de desarrollo y los niveles de inteligencia a cada determinada edad. Por ello, es - posible predecir y situar en determinados límites como son - percibidos por el niño en las diferentes etapas los aconteci - mientos ambientales, ya que lo importante no es el aconteci - miento mismo sino como reacciona el niño ante él, y esto de - penderá de la experiencia y el nivel infantil de sus funcio - nes intelectuales.

Los estudios de Piaget, Spitz, y Schaffer sobre el - comportamiento del niño en todas las edades, figuran entre - las aportaciones principales de la investigación a nuestro co - nocimiento de los aspectos intelectuales de la experiencia in - fantil. Las etapas para su estudio las dividen de la siguien - te manera:

La primera etapa, de 0 a 2 años: del adualismo al dualismo:

Al momento de nacer, el bebé vive en un estado de dua - lismo que no le permite distinguir entre su mundo interior y - el mundo exterior, no es capaz de reconocer objetos ni perso - nas. Este estado dura hasta que tiene tres a seis meses de - edad. Primero empieza a tener relación de mirada a mirada, y

sonreirá a todos los rostros que se presenten de frente y se muevan. La respuesta sonriente es el primer acto infantil de comportamiento social y parece ser innato y únicamente dependiente de la maduración biológica. Después de los tres a seis meses, el bebé ya reconoce a sus padres y sus sonrisas son selectivas a la gente que le es familiar. Alrededor de los siete meses de edad, el bebé también llora cuando la madre lo deja y muestra un comportamiento de apego cuando se reúne con su madre tras separaciones cortas.

Poco después de esto se manifiesta por primera vez la respuesta al extraño: el bebé se vuelve miedoso y se resiste al acercamiento de gente extraña. Después de los seis meses empieza a tener recuerdos en la memoria, y se dá cuenta cada vez más de las personas y objetos como al diferente de sí mismo. Piaget considera que las principales adquisiciones intelectuales en los dos primeros años de vida son el paso del - adualismo al dualismo y la formación en la mente del niño de imágenes exteriores del mundo, de objetos y personas, a los - dos años el niño se mueve, busca objetos ocultos, se alimenta solo y juega con toda clase de objetos, a partir de este momento, puede verse que las separaciones o cualquier otro tipo de trauma tienen efectos muy definidos en el comportamiento - posterior del niño.

La segunda etapa, de los 2 a los 7 años: Animismo.

En esta etapa el niño adquiere rápidamente un vocabulario cada vez mayor y se transforma de una criatura de acción a otra con palabras y pensamientos, y su forma de pensar y razonar son completamente diferentes a las de los adultos. Es tos razonamientos infantiles muchas veces son erróneos y estas interpretaciones pueden producir profunda ansiedad especialmente si pasan inadvertidas para los adultos que cuidan - al niño.

Basándose en sus observaciones y experimentos, Piaget ha descrito cuatro características principales de esta etapa: egocentrismo, animismo, precausalidad y espíritu autoritario.

Antes de los siete años de edad, el niño vive en un mundo egocéntrico, habla sólo de lo que le preocupa y es una prueba de que el niño en esta etapa, cree que lo que a él le preocupa tiene que ser también y naturalmente lo más importante en la mente de los demás y de que no puede imaginarse el punto de vista de ninguna otra persona. El niño se considera lateralmente, el centro del universo.

Las explicaciones que da de los acontecimientos del mundo físico son animistas. Todas las cosas están vivas y sienten y piensan como él mismo. Los acontecimientos no tienen causas naturales, objetivas. Todas las explicaciones son psicológicas, en términos de motivación, y todas las cosas suceden con intención. El viento sopla porque quiere soplar; al mismo tiempo cuando un niño de cuatro años se golpea contra una mesa, piensa que la mesa es "mala". En esta etapa, el niño cree mágicamente y las palabras son tan poderosas como los actos.

En esta etapa la lógica es precausal, es decir no científica. El niño no razona a partir de sus observaciones sino sobre la base de un modelo interno que tiene del mundo. Es indiferente a las contradicciones y acepta explicaciones falsas sin discusión, ya sea que vengan de sus padres o ideas por él mismo. Ante dos bolas de plastilina del mismo tamaño, si enrolla una de ellas en forma alargada, piensa que ésta es más grande, su mundo es animista y la magia es para él un concepto frecuentemente explicatorio. Sus investigaciones sobre la manera infantil de jugar, movieron a Piaget a formular ideas sobre el espíritu autoritario de los niños menores de siete años. Para el niño en esta etapa las reglas son sagra-

das, parte integrante del principio autoritario está constituida por la "idea de justicia inmanente" de que el crimen engendra castigo. Si un niño de cinco años desobedece a su madre echando a correr por la calle y se cae, cayó por haber sido travieso.

La comprensión de las características de esta etapa animista de la vida, nos ayuda a explicarnos las reacciones del niño ante sucesos perturbadores. Cualquier cosa mala que acontezca tiene todas las probabilidades de ser vista como un castigo y dado que vive en un mundo egocéntrico, es un castigo por algo malo que ha hecho.

La tercera etapa, de los 7 a los 16 años: Realismo.

Pasados los siete años de edad, el niño pierde gradualmente su egocentrismo, su animismo, su lógica precausal, y su espíritu autoritario. Empieza a darse cuenta de la separación que existe entre las palabras, los pensamientos y las reglas, y los objetos y actividades concretos del mundo.

Ya se encuentra en él una actitud cooperativa y democrática de sus relaciones sociales, toma en cuenta lo que observa, hace uso del concepto del tiempo, de fuerzas mecánicas y usa una verdadera lógica.

Entre los siete y los doce años de edad, emplea una lógica operativa concreta, saca conclusiones justas de los hechos físicos cuando observa realmente fenómenos en acción. Empieza a hacer razonamientos deduciendo. Después de los doce años, se desarrolla la lógica abstracta. El niño puede realizar cada vez más operaciones mentales lógicas. Ya no necesita dos trozos reales de plastilina para lograr la solución del problema. Le basta su pensamiento.

B) DESARROLLO SOCIAL Y EMOCIONAL.

Como ya se ha visto, él empieza la vida con ideas fragmentadas sobre sí mismo y sobre el ambiente, pasando después por una etapa en la que muestra una credulidad extrema y se va sometiendo a las ansiedades provocadas por sus fantásticas creencias acerca del carácter del mundo. Empieza a ser un humano racional hasta los siete u ocho años de edad, pero durante los años anteriores se encuentra con circunstancias especiales y el niño depende de un equipo mental muy imperfecto, solo individuos excepcionalmente afortunados logran sortear estos episodios sin manifestaciones de desventura y sin vestigios menores, que persisten en la vida adulta, como temores sin base y comportamiento irracional.

El comportamiento social y el desarrollo emocional siguen también una secuencia regular de etapas, confirmada reiteradamente por la observación cotidiana del niño y por la experiencia clínica de psicólogos y psiquiatras. La ansiedad, el gran factor desorganizador del comportamiento, brota de diversas fuentes a medida que el niño crece, se puede hacer una división de las diferentes etapas de desarrollo emocional y social como sigue:

Durante el primer años de vida, la etapa oral. El recién nacido duerme la mayor parte del tiempo y toda su atención consciente queda limitada a experiencias de nutrición: hambre, lactancia, saciedad y ruidos internos. Por eso se llama, a esta etapa oral. El segundo punto es que se encuentra indefenso, depende de la madre totalmente, no puede desplazarse ni alimentarse, todo lo que hace es emitir señales de auxilio mediante el llanto.

Surgen emociones negativas cuando no satisface alguna necesidad biológica apremiante, surgiendo así el origen de las primeras experiencias de ansiedad en el bebé: la falta de provisiones vitales.

Durante el primer año de vida el bebé solo tiene relaciones unipersonales cuando está con una persona olvida a todas las demás, a medida que aumenta su edad va relacionando rostros y van siendo reconocidos los rostros de los padres y van tomando permanencia en su mente.

En el segundo año de vida: la etapa anal, el niño se ha convertido en una persona diferente, ya camina, puede hacer cosas por sí mismo. A esta edad sigue a su madre por donde quiera que ésta se mueve, y la madre empieza a enseñarle el comportamiento que la sociedad espera de él. Le empieza a inculcar reglas sociales, le marca lo que no debe hacer, etc. lo que hace un cambio profundo de las relaciones entre ambos. El nombre de esta etapa viene de la relación entre la madre y el niño y el proceso de educación de limpieza personal, el niño tiene ya excrementos formados y puede decidir el retenerlos o soltarlos, ha adquirido ya cierta autonomía en este aspecto.

En esta etapa anal, la ansiedad proviene ahora de la vergüenza y de la desaprobación de los demás.

La tercera etapa, de los 2 a los 6 años, la etapa genital, la vida social del niño experimenta ahora un tercer cambio fundamental, cada vez pasa más tiempo no como miembro de una pareja, sino como miembro de un grupo: con sus dos padres, con su madre y el nuevo bebé, cuando juega con otros niños, o en el grupo escolar.

Por primera vez se enfrenta a situaciones triangulares, aparecen por primera vez la envidia y la rivalidad, y el vencerlas depende de la capacidad del niño para aplazar a un momento futuro el cumplimiento inmediato de sus deseos. En esta etapa el niño explora su cuerpo, incluyendo en ello sus órganos genitales y empieza a desarrollar sentimientos eróticos hacia el progenitor del sexo opuesto y deseos de relación exclusiva con este último, esta característica es la que le ha dado el nombre a ésta etapa.

Cuando llega a tener idea de su propio futuro, de su identidad personal y de los vínculos sexuales existentes entre los padres, el niño desarrolla una tercera, nueva y poderosa fuente de ansiedad: su conciencia.

En la etapa anal, el niño puede inhibir los impulsos prohibidos solo ante la presencia real de alguien que amenace desaprobarnos. Ahora, en la etapa genita, recuerda las prohibiciones paternas en cuanto asoma en su mente un impulso prohibido. Ha adquirido la voz de la conciencia.

El sentimiento de culpa que esto puede suscitar en la etapa animista de la infancia, cuando los pensamientos tienen tanta fuerza como los hechos, cuando el espíritu es áspero y autoritario, cuando el crimen engendra el castigo y cuando ac tuá la ley del talión, la ley del ojo por ojo, es inmenso. Si tenemos presente todo esto, entonces dejarán de parecernos asombrosas las fantasías infantiles acerca de las tendencias destructivas y el porqué de su comportamiento.

La cuarta etapa, de 6 a 12 años, estado latente; cuando el niño de guadería se convierte en niño de escuela experimenta nuevas transformaciones de su vida social. Sus energías se desvían de las relaciones íntimas dentro de la familia-

y se adentran en otras actividades personales: relaciones de compañerismo y aprendizaje. Los psicoanalistas emplean la expresión "estado latente" para describir esta etapa, porque en ella las tendencias eróticas de la primera infancia, sus envidias y temores, pasan a ocultarse hasta que los cambios psicológicos y sociales de la pubertad les vuelven a dar vida de nuevo. En esta etapa el niño descubre por primera vez cuál es su posición entre un grupo de iguales a él, lo inteligente popular y vigoroso que es en comparación con otros de su edad.

Erkson considera que cada etapa del desarrollo plantea un problema particular en las relaciones humanas y que el resultado de cada etapa, es decir, si el problema ha sido satisfactoriamente resuelto o no, depende de las experiencias reales de la vida del niño en el momento dado.

IV.- IMPORTANCIA DE LA INFANCIA EN EL DESARROLLO DEL CARACTER

Son de vital importancia las relaciones del niño y sus padres para el desarrollo de la personalidad. Freud enfatizó el hecho de que la infancia se perpetúa en los seres humanos engranada en la organización del carácter y condiciona el modo particular como cada persona se enfrenta a los múltiples problemas de su existencia. Esto no implica la idea de que el carácter, tal como queda organizado en los primeros años, sea inmodificable; la psicoterapia profunda se basa en la posibilidad de desarrollo y modificación del carácter en épocas posteriores de la vida.

De cualquier forma la etapa de los primeros años de la vida es crucial en el desarrollo del carácter y esto se comprueba con el estudio de las condiciones biológicas y sociales que caracterizan la situación del ser humano en estos primeros años.

Desde el momento del nacimiento y durante un tiempo indefinido, el niño necesita del cuidado de sus padres para poder subsistir; sus necesidades biológicas y afectivas dependen totalmente de la madre, de hecho durante varios meses, el niño ni siquiera se experimenta a sí mismo como diferente a su madre.

La infancia es la época de mayor plasticidad en el desarrollo psicológico y por ello también la de mayor vulnerabilidad. Las lesiones psicológicas infligidas al niño, aparecen amplificadas en el adulto. La plasticidad del niño puede ser variable; por una parte, le permite beneficiarse ampliamente de las oportunidades de enriquecimiento cultural que le ofrece el ambiente humano que lo rodea, y por otra parte, le permite adaptarse aún a las situaciones más desfavorables. El

niño se adapta autoplásticamente, es decir cambiando, cuando las condiciones a las que tienen que adaptarse le son adversas, los cambios que ocurren en él, solo son resultante de la inhibición de sus potencialidades innatas y de sus esfuerzos por preservarlas. Hay ocasiones en que el niño está a merced de sus padres, hermanos, etc. ya que carece de capacidades críticas y es impotente para modificar las situaciones desfavorables que lo rodean.

Otra condición objetiva que se debe tomar en cuenta para apreciar el significado de la infancia, es el hecho de que todos los niños son diferentes, puesto que a menos que se trate de gemelos idénticos, son portadores de potencialidades genéticas distintas. Unos niños difieren de otros en sus temperamentos, en el ritmo y límite de su desarrollo y en sus capacidades específicas.

V LAS NECESIDADES DEL NIÑO PARA SU NORMAL DESARROLLO

Lo que el niño necesita para su desarrollo puede considerarse en tres categorías fundamentales:

Necesidades Afectivas:

La necesidad fundamental del niño es ser amado. El amor productivo implica como E. Fromm lo ha señalado, cuidado interés, conocimiento, respeto y aceptación del objeto amado. Amor con estos calificativos es lo que el niño necesita. Cuidado y protección adecuados a cada estadio de su desarrollo.- El niño necesita sentirse protegido por sus padres y tener confianza en ellos y en la estabilidad de su hogar para experimentar capaz de enfrentar a cada paso situaciones desconocidas. Interés en lo que hace, en sus pequeños logros, en sus indecisiones y en sus fracasos. Conocimientos de sus limitaciones y de sus capacidades, de sus talentos y vulnerabilidades; aceptación y respeto de su individualidad y de sus intereses y deseos.

Necesidades Fisiológicas:

Tales como las de ser alimentado, protegido de las inclemencias del tiempo, etc.

Necesidades Educativas:

Dado que el niño necesita aprender a vivir, tiene que ser guiado por sus padres en su aprendizaje. Esta necesidad se satisface mediante el ejercicio de alguna forma de autoridad por parte de ellos. Hay dos formas primordiales de autoridad: La autoridad racional y la autoridad irracional.

La autoridad racional se funda en la necesidad que - tienen los seres humanos durante su inmadurez de ser orientados y dirigidos en su aprendizaje, y favorecer así el despliegue de las potencialidades del niño y el fortalecimiento de su voluntad.

La autoridad irracional, por el contrario, tiene un carácter de permanencia, mantiene al niño supeditado a los intereses de sus padres y en esta forma interfiere y limita su desarrollo.

El educar significa estimular la exteriorización y desarrollo de lo que potencialmente existe. Educar es dirigir, y no simplemente suprimir o amontonar sobre la cabeza del niño normas, prohibiciones, conocimientos, etc.

VI.-

INFLUJOS PATOGENICOS

Los niños pueden estar sujetos desde su nacimiento a influjos que obstaculizan su desarrollo y deforman su carácter, entre ellos podemos mencionar los siguientes:

1.- Rechazo:

Existen dos formas de rechazo, el rechazo activo y el rechazo pasivo. En el rechazo pasivo, la vinculación afectiva entre la madre y su hijo es sumamente débil o no existe, - por ser poca la afectividad de la madre. En muchas ocasiones los padres tratan de compensar el abandono afectivo en que tienen a sus hijos con un gran despliegue de preocupaciones materiales: como lujos, juguetes, sobrealimentación, etc.

En el rechazo activo, algunos niños son activamente - repudiados, vistos como cargas indeseables, a veces aún antes de su nacimiento. El niño repudiado no es solo descuidado, - sino constantemente antagonizado por sus padres, cuya destructividad, hacia él, la expresan frustrándolo. Por lo general la conducta de la madre o el padre es abiertamente destructiva; lo más frecuente es que la destructividad se perciba subyacente, hábilmente racionalizada a veces tras una fachada de solicitud y protección exagerada.

Los trastornos que ocasiona al niño este rechazo son por lo general graves, y varían desde un retraso en el desarrollo psicológico, la destrucción de toda potencialidad para la vida o el desarrollo de destructividad como forma predominante de vinculación con los demás; son niños inseguros de sí mismos y de su lugar en la sociedad, desarrollan resentimientos, se retraen en sí mismos sin amar ni interesarse por nadie.

Así que no es de extrañar que este tipo de niño desarrolle - sentimientos de incapacidad que lo lleven a ansiedades profundas y se vuelva suspicaz, agresivo, vengativo, combativo, desobediente, etc. A causa de esta actitud, los miembros del - grupo de su edad lo encuentran poco agradable y ésto le hace buscar la compañía de otros niños parecidos a él. Muchos de los delinquentes infantiles vienen de esta categoría.

2.- Posesividad:

En algunos casos, la fuerza predominante en la relación de la madre con el niño es la posesividad, es decir, la retención. El sentimiento de ternura hacia el niño puede estar presente o ausente, pero el elemento esencial en la relación es la necesidad compulsiva de mantener una unidad indivisible con él.

En algunos casos, la madre identificada desmesuradamente con su hijo, olvida que se trata de personalidades separadas, de ahí su sobreestimación, su protección exagerada, - las demandas excesivas de afecto y respeto y la frecuencia - con que estas madres resienten que el niño establezca relaciones afectivas fuera del hogar, etc.

3.- Dominio:

En este tipo de relación los padres dominantes exigen del niño responsabilidades excesivas incompatibles con su - edad cronológica. Fuerzan al niño a competir con otros niños mayores o más avanzados y no aceptan al niño como es. Generalmente este tipo de padres son excesivamente críticos, es-- trictos, y a veces llegan a rechazar al niño, desarrollando - en él resentimiento y evasión, sumisión e inquietud y puede - llegar a ser común el negativismo. Puesto que tienen miedo - a resistirse abiertamente, obedecerán las ordenes despacio y

con el mayor retraso posible. Este tipo de niños son iguales a los niños con padres exigentes.

4.- Sumisión:

Otra forma de relación simbiótica como la anterior interfiere con el desarrollo normal del niño, y es la sumisión de su madre a él, lo que se manifiesta por indulgencia y consentimiento maternos exagerados. Una mujer generalmente poseedora de una organización caracterológica de tipo masoquista, cree que adora a sus hijos, no se despegan de ellos, los cuida y los protege aún en su adolescencia como si fueran lactantes.

Muchas veces estas actitudes pueden estar estimuladas por privaciones que la madre misma sufrió en su infancia. En general las madres sumisas, no solo quieren a sus hijos, sino que los adoran y exigen de ellos en respuesta demostraciones excesivas de afecto. Esta situación puede encontrar su máxima expresión en el caso de hijos únicos, en los cuales no es difícil relacionar sus rasgos caracterológicos predominantes con la situación que los ha rodeado en su infancia.

Los hijos de madres simbióticas indulgentes rara vez aprenden a tolerar las frustraciones que son necesarias para el desarrollo de un carácter saludable; se habitan a tratar de satisfacer siempre sus deseos y posteriormente están dispuestos a satisfacerlos por cualquier medio. En ocasiones se forman una imagen engrandecida de sí mismos y desarrollan sentimientos de omnipotencia, cuya falsedad el mundo se encarga de demostrarles en cuanto se despegan de las faldas de su madre, si es que llegan a hacerlo.

5.- Ansiedad Excesiva:

Esta categoría es específica a aquellos padres que se

preocupan exageradamente por el niño, ya sea debido a consecuencia de algún accidente o enfermedad anterior o resultado de alguna tragedia familiar anterior etc. Generalmente existe un exceso de afecto, protección y mimos por parte de los padres; no le permiten al niño que juegue o trabaje solo; si enferma le protegen en demasía exagerando los cuidados y le hacen guardar cama sin necesidad. Estos niños son tímidos, huraños y temerosos; se preocupan cada vez más por su salud y les falta capacidad para tomar decisiones por sí mismos.

6.- Otro tipo de relaciones:

Las relaciones con los hermanos, aunque no son tan importantes como las relaciones con los padres, también influyen en el comportamiento y formación del niño. Entran a formar parte de la personalidad del niño la dominación de un hermano mayor o el dominio del niño sobre un hermano más pequeño. La rivalidad que puede existir entre hermanos por el afecto de los padres o de algún otro miembro de la familia puede influir en el patron de comportamiento del niño.

Existen muchos factores, además de las relaciones con padres y hermanos que forman la personalidad del niño. Entre estos podemos mencionar cualidades de personalidad innatas, relación de la familia, juegos, esparcimientos, moralidad, etc. Todos ellos tienen influencia sobre el modelo final de personalidad. Pueden constituir la diferencia entre un niño feliz y uno confundido.

VII.- PROBLEMAS DENTALES QUE PUEDEN OCASIONAR TRAUMAS PSICOLOGICOS EN LOS INFANTES.

1) MIEDO Y DOLOR:

El miedo y el dolor son dos de las influencias más poderosas que afectan a las actitudes sobre el uso de servicios dentales. Experiencias con dolores de dientes y miedo de tratamiento no calificado y doloroso sufridos en años pasados - han dejado impresiones vividas en las mentes de muchos abuelos y algunos padres sobre el tipo de odontología de la que quieren proteger a sus hijos hoy en día. Esta preocupación - por el bienestar de sus hijos motiva a algunos padres a buscar cuidados tempranos y preventivos para sus hijos. Sin embargo, hace que otros se muevan en dirección opuesta, a demorar los cuidados y hacia el desastre final.

Si la profesión dental tiene que satisfacer las necesidades de ambos grupos, necesitará de todos los conocimientos y técnicas que pueda conseguir para desvanecer miedos y - prevenir y controlar el dolor de enfermedades bucales, y también el dolor del tratamiento.

Para saber como combatir el temor de los infantes se hará un análisis de como pueden ser adquiridos dichos temores y como se pueden clasificar para su estudio.

A) Temores Objetivos: Este tipo de temores son producidos por estímulos físicos directos de los organos sensoriales son reacciones a estímulos de los sentidos: vista, olfato, - gusto, etc., y son de naturaleza desagradable. Un niño que - en alguna ocasión tubo contacto con un dentista que no lo supo manejar de lamanaera más adecuada, o que le infligió dolor innecesario, para ese niño se habrá desarrollado un temor a-

los dentistas y a todo tratamiento futuro.

Los temores o miedos objetivos pueden ser de naturaleza asociativa, por ejemplo un niño que fue hospitalizado, y hubo presencia de personas con uniformes blancos que le ocasionaron dolor o molestias, en este caso el niño desarrollará temor a todo tipo de personas con este tipo de vestimenta; - aunque haya sido un experiencia de otro tipo, el niño al ver el uniforme del dentista experimentará lo mismo que cuando es tubo hospitalizado. De igual forma el olor de ciertas drogas asociado anteriormente con situaciones desagradables, puede - causar temores injustificados. El dolor de un diente puede - asociar dolor con odontología y puede causar aprensión hacia la visita dental.

B) Temores Subjetivos: Este tipo de temores son adquiridos por el niño basados en sentimientos o actitudes que le - han inculcado al niño personas que le rodean y que el niño no ha experimentado personalmente.

Los niños, sobre todo los de poca edad son muy fácilmente sugestionables si un niño o lle de alguna situación desagradable o que produjo dolor a otra persona, el niño también desarrollará miedo a esa experiencia.

Un niño que escucha a hermanos, padres o amigos sobre experiencias dolorosas o terribles en un consultorio dental - los aceptará como reales y cualquier experiencia nueva o desconocida le producirá miedo hasta que se haya convencido por sí mismo de lo contrario.

Para mejor trato del niño en esta situación, lo primero será educar a los padres y hacerles ver que no deben in---flingir al niño ningún tipo de temor en relación con el con---sultorio dental, al mismo tiempo el niño deberá conocer en -

una forma general los procedimientos que se van a seguir en su tratamiento; conocer los aparatos, su funcionamiento y darle una explicación general a su nivel, lo cual ayudará a que el niño se familiarice con el consultorio dental y en esta forma se logrará una mejor aceptación por parte del niño y al mismo tiempo podrá ir disipando sus temores.

El tratamiento adecuado del dolor es esencial para cumplir la misión de una profesión que tienen por meta el beneficio del público, y para el éxito del facultativo individual. Sin embargo, aún está por probarse que las personas que no utilizan los servicios dentales se deciden a utilizarlos porque su miedo al dolor ha sido reducido al escuchar experiencias indoloras y satisfactorias en boca de otros. Existe alguna evidencia empírica de que sucede esto si se observa la cantidad de padres que al principio evalúan como un dentista nueva trata a sus hijos, antes de que le permita que los trate a ellos. Comentarios del tipo de delicado, considerado o no lastimó nada, son aplicados a ciertos odontólogos por sus pacientes agradecidos, producen también gran efecto en el aumento de la clientela.

Los dentistas se ven frustrados en sus esfuerzos para prevenir y controlar el dolor en los tratamientos dentales de niños cuando no pueden identificar y tratar bien dos hechos; el primero de estos hechos, es que la percepción del dolor, y las reacciones del paciente al mismo, varían de un paciente a otro, y varían de una vez a otra en el mismo paciente.

La percepción de sensaciones dolorosas y las reacciones a ellas, son determinadas en gran parte por la ansiedad y el miedo especialmente en niños cuando existen circunstancias amenazadoras.

La ansiedad y el miedo, como sombras, preceden y si--

guen a las experiencias dolorosas. El segundo hecho que debe ser considerado cuando se está tratando a niños es que estos tienen capacidad limitada para describir claramente sus experiencias y sentimientos, y también se ven limitados para expresarlos objetivamente en especial cuando sufren o están atormentados.

Antes de decidir sobre los medios para tratar el dolor y el miedo, será útil tratar de comprender estos fenómenos lo mejor que podamos. Las autoridades no están de acuerdo sobre que es en realidad el dolor. Y el miedo, la aprensión y la ansiedad son enigmáticos, excepto en sus niveles más elementales. A pesar de estos problemas, Hardy Wolff y Goodell (1967) han dado una descripción útil de la relación de emoción a dolor; rechazan la idea de que el dolor es un estado de sensación opuesto al de placer y opinan que es el resultado de intensidad excesiva de otras sensaciones. Proponen que la sensación es el aspecto más importante del dolor para la persona que lo está sufriendo, lo cual percibe este por medio de un sentido especial con sus propias propiedades estructurales, funcionales y perceptivas.

También declaran que el dolor está compuesto de sensaciones dolorosas y sensaciones asociadas de estados emocionales y efectivos (tales como miedo). Indican que la estimulación enervante de otras reacciones corporales incluso al nivel subconsciente puede contribuir al dolor percibido, y han dado un papel importante, incluso dominante, a las emociones en experiencias dolorosas. Pero consideraron todas las otras contribuyentes secundarias a la sensación dolorosa en sí. Para expresarlo brevemente, el dolor duele.

El dolor duele, y para el niño que lo sufre esto es lo más importante. Debe ser de gran importancia para el odontólogo también; pero, desde diferente punto de vista, el del-

terapeuta objetivo que va a aplicar preventivos y remedios - apropiados. El dentista debe estar preparado para tratar, basándose en la psicología y la fisiología, las aprensiones del niño y sus reacciones al dolor.

Los mejores medios de obtener hechos clínicos sobre el dolor y las reacciones a él incluyen observación del paciente, descripción del dolor por el paciente, o a veces, en el caso de un niño, valoración por los padres y finalmente examen clínico y valoración.

Los signos físicos que ayudan a estimar los parámetros del dolor incluyen el llanto, evitar el contacto físico con la parte dolorosa, pérdida de apetito, insomnio, palidez (a veces con indicios de cianosis circumbucal) e incluso estupos e inconsciencia. Cuando existe dolor muy intenso, las pupilas pueden dilatarse y pueden producirse contorsiones faciales y agitación física.

Descripción del dolor:

El dolor es descrito a menudo por adultos e investigadores del problema como superficial - punzante, urente, continuo, pruriginoso - y también dolor profundo, que se caracteriza por hacer sufrir mucho.

Las palabras elegidas para describir el dolor ofrecen cierta visión del contenido emocional de la reacción del paciente o de los padres. Por ejemplo, "creí que me iba a morir" o "empezó a moverse como si estuviera loco o algo parecido" son manifestaciones cargadas de sentimiento, mientras que "se quejó después del desayuno algunos minutos" puede dar una impresión demasiado ligera de la preocupación real de los padres.

Los niños de muy corta edad no pueden describir claramente sus experiencias y sensaciones, y de esta manera, los padres pueden demorar su actuación, basándose en sus quejas, hasta que el dolor se vuelve casi incapacitante cuando se les lleva al odontólogo, en esos momentos el niño tiene recuerdos vividos y recientes de intensos dolores dentales. En estas circunstancias, si el dolor ya no está presente, es a veces muy difícil determinar su causa. El niño puede indicar el lado izquierdo y la madre el derecho (imagen reflejada) al describir el problema. Incluso cuando coinciden ambos informes, pueden ser inexactos porque se refiere el dolor de un sitio remoto a la neuraxis afectada o se dispersa el dolor dentro de un segmento. Ambos necesitan distinguirse del dolor que se crea como secuela de reflejos motores y vasomotores, que son atípicos en niños que se quejan del dolor facial.

También es raro que los niños finjan dolor dental, por el contrario, muy a menudo lo niegan, incluso cuando lo están sintiendo. Los niños confían mucho más en dolores como el de estómago cuando quieren hacer teatro.

El diagnóstico de un problema de dolor se simplifica grandemente si existen respuestas claras a las preguntas de donde se siente el dolor, cuando se siente o se sintió, que es lo que lo alivia, qué es lo que lo empeora, qué tipo de dolor es y cual es su intensidad, etc.

El examen clínico de un paciente adolorido o de un paciente que teme al dolor debe hacerse con mucha consideración. Es esencial tranquilizar al paciente antes, durante y después de cada procedimiento. La técnica de "diga, muestre y haga" produce resultados notables. Un signo bastante fidedigno de un diente que molesta es una acumulación unilateral localizada de materia alba que indica que se evitó masticar y limpiar

se la boca a causa del dolor que existía en esta área.*

Muy a menudo están presentes síntomas de inflamación y movilidad de la pieza, y también lesiones cariogénicas abiertas.

Por otro lado, algunos niños tienen lesiones cariogénicas amplias con bordes muy abiertos, debido a bordes marginales fracturados e incluso drenaje crónico de abscesos dentoalveolares, y sin embargo, puede que no exista dolor ni haya habido traza de él anteriormente. Los padres y el dentista se encuentran perplejos con estos hallazgos; pero incluso aunque no haya manera de estar seguro de ello, existe la posibilidad de que no recurra el dolor, porque el niño ha aprendido cuidadosamente (y dolorosamente) a evitar estímulos dolorosos. No toma alimentos muy fríos o muy calientes come solo alimentos blandos y no fibrosos (o no mastica), come solo pequeñas porciones cada vez, y evita cepillarse los dientes.

Parece razonable denominar a este conjunto de síntomas un síndrome de evitar el dolor. Los padres de estos niños a menudo informan de notables mejoras en sus costumbres alimentarias después de que se llevó a cabo la rehabilitación bucal.

Los dolores dentales que experimentan los niños más comúnmente son de abscesos pulpares y dentoalveolares. Este tipo de dolor, cuando es intenso, puede ocurrir en cualquier momento; pero parece ser más común durante la noche. Surge espontáneo, y normalmente va acompañado de signos de inflamación e infección adyacentes a piezas cariogénicas traumatizadas y restauradas. El dolor puede durar varias horas y puede evitar que el niño coma, duerma o realice cualquier otra actividad normal si es suficientemente intenso. Muchas piezas primarias e incluso algunas permanentes desarrollan abscesos-

sin que el niño llegue a quejarse del dolor.

El dolor dental más común es probablemente un dolor breve y agudo de intensidad variable que experimentan los niños de cuando en cuando, cuando comen y beben. A veces, estos son los dolores vasomotores que resultan del enfriamiento repentino de las piezas y otras estructuras bucales debido a grandes volúmenes de comida y bebida muy frías. El mismo dolor puede deberse a estimulación de la dentina que ha sido expuesta a la cavidad bucal por una fractura o por caries dental. Ocasionalmente, este tipo de dolor se produce en piezas permanentes jóvenes, en las cuales el esmalte hipoplásico deja áreas de dentina sin protección contra el medio bucal, las cuales rápidamente desarrollarán hipersensibilidad.

Otra causa común de dolor en los niños, que a menudo se confunde con pulpitis, es el dolor que causa la impacción de la comida en intersticios interdentes abiertos, donde lesiones cariogénicas han destruido los bordes marginales y los contactos normales. Es importante identificar la causa de este dolor, de manera que se pueda evitar tratamiento pulpar innecesario o extracción de una pieza que solo está cariada.

Otras afecciones patológicas en los niños que van acompañadas de dolor bucofacial incluyen parotiditis y otras inflamaciones o infecciones de las glándulas salivales, amigdalitis, tumores y subluxaciones de la unión temporomandibular. Las piezas en erupción ya sean primarias o permanentes, son a veces fuente de dolor, especialmente si están impactadas o desarrollan una pericoronitis lo que a veces ocurre solo por trauma debido a haber aplastado el opérculo durante la masticación. A veces traumas oclusales y bruxismo causan dolor en los niños.

Es probable que ocurra más dolor fuera del consulto--

rio dental que dentro de él. No hay mucho que pueda hacer el dentista sobre el dolor en los niños que no le son llevados - para que los cuide. Otra persona tendrá que ocuparse de - ellos. Esa otra persona puede ser otro dentista, un médico o uno de los padres. Pero quien quiera que sea, desempeñará un papel importante con relación a las sensaciones del niño sobre el dolor y tratamientos dentales.

Cuando un paciente que ha sufrido dolor anterior a la visita dental, al llegar a atenderse percibe como una amenaza la pérdida del control de los estímulos que se le va a aplicar a sus dientes. Temen que el aire, el agua fría, los medicamentos y los instrumentos producirán el tan temido dolor - que finalmente los llevó a visitar al odontólogo. Las reacciones del niño a esta amenaza están cargada de emoción, e incluso llegan a una reacción de miedo y de huida caracterizada por llanto e intentos de escapatoria, o de protegerse la boca y los dientes con las manos e incluso con los pies. En estas situaciones, el odontólogo deberá primero resolver esta reacción al dolor y al miedo antes de que examine o trate al niño eficazmente. Esto generalmente se lleva a cabo muy sumamente, tranquilizando al niño. Cuando se logra la confianza del niño deberá conservarse dándole un grado de control sobre los procedimientos. Puede ser adecuado en este momento decirle al niño mientras se le levanta la mano: "levanta esta mano cuando quieras descansar y me detendré un momento". Repetir esto en voz alta y amable ayudará a obtener la atención que se necesita para empezar.

Es importante que el dentista establezca una relación con cualquier paciente, antes de empezar un procedimiento que probablemente vaya a ser doloroso. Los niños quieren respuestas concretas a las tres preguntas: ¿Va a doler? ¿Cuánto tiempo dolerá tanto?. No hay nada que les altere tanto como un dolor inexplicado e imprevisto. ¿Cesará, empeorará, o durará-

siempre? Por otra parte, al inyectar anestesia a pacientes a veces hay que recordarles que cesen de llorar cuando ya no les duela.

En las siguientes páginas, se describirán varios de los métodos adecuados para poder controlar el temor y el dolor en los niños, tanto medios psicólogos como clínicos, ya que para un buen tratamiento dental en niños en el que se quiera tener éxito deben combinarse tanto el factor emocional como el clínico, ya que para un buen tratamiento dental en niños en el que se quiera tener éxito deben combinarse tanto el factor emocional como el clínico para controlar totalmente el temor y la ansiedad que puede llegar a producir en un niño, la visita dental.

2.- MÉTODOS PARA CONTROLAR EL DOLOR Y EL MIEDO EN LOS NIÑOS

Parece razonable sugerir que, en los seres humanos, - el dolor y el miedo son complementarios. Si esto es así, las medidas que reducen el miedo deberán traer consigo elevación del umbral del dolor y reducción de las reacciones al mismo.

Similarmente, la reducción de percepciones al dolor - deberá reducir la ansiedad y las reacciones de temor. Estas son las metas conjuntas de las medidas empleadas para controlar el miedo y el dolor en los pacientes niños.

A) MEDIDAS PSICOLÓGICAS E HIPNOSIS:

Cuando el odontólogo y sus auxiliares parecen amables, competentes, con confianza en sí mismos e interesados apropiadamente en el bienestar de sus pacientes, sus acciones crean confianza y reducen el miedo del paciente. Puede ser especialmente eficaces en esto cuando conocen las diferencias culturales, educacionales y sociológicas entre los niños pacientes y sus familias. Una diferencia de este tipo, podrá observarse en la reacción de las madres a la sedación preoperatoria, que puede ser considerada necesaria para sus hijos por algunas madres, pero otras la considerarán una amenaza para su hijo, porque esta madre, estará preocupada por el abuso de narcóticos.

Los niños generalmente son muy susceptibles a la instrucción y sugestión de los adultos. A menudo, es posible hacer uso de esta característica para ayudar a los niños a controlar sus reacciones al dolor y al miedo en el tratamiento dental.

Esto puede hacerse distrayendo su atención o aumentando su nivel de sugestibilidad, que supone el uso de técnicas-

que también se emplean en la hipnosis. Incluso los procedimientos dolorosos pueden llevarse a cabo sin molestias en algunos niños muy sugestionables.

A causa de esto, algunos autores según Finn (1961), creen que la sugestión es una fase de la hipnosis. Es posible que en ocasiones algunos niños altamente sugestionables pueden deslizarse a un estado hipnótico sin que nadie lo intentara y sin que nadie se dé cuenta de que esto ha ocurrido. Sin embargo, los niños generalmente no logran estados de trance hipnótico profundos, y se utilizan raramente al tratarlos, sin embargo si esta técnica se practicara más frecuentemente se podría lograr una odontopediatría mucho más eficaz, para ello haremos un estudio un poco más completo sobre lo que es Hipnosis y la forma de utilizarla en Odontología.

DEFINICION DE LA HIPNODONCIA

A la hipnosis en Odontología la llamamos Hipnodoncia y la podemos definir: Como una rama de la ciencia Odontológica que trata de la aplicación de la sugestión controlada en la práctica de la Odontología.

En muchos consultorios dentales se practica con frecuencia la Hipnodoncia. El paciente que va a un consultorio, con miedo, debido a los malos tratos de algún odontólogo, o debido a malos consejos de parientes y amigos que han tenido experiencias traumáticas en consultorios dentales, el paciente desde el momento que entra al consultorio se fija en cuanto detalle ve, y la impresión que le deja el consultorio y el médico será motivo de su comportamiento. Por lo tanto el dentista debe tomar en cuenta esto y tener cuidado al tratar con el paciente.

Uno de los más grandes enemigos de la hipnodoncia es el temor y perjuicio que existe en la mente de las personas. - Por lo que se debe tatar de instruir a los pacientes para evitar este factor. Muchas personas encuentran difícil la idea de que una persona hipnotizada, aún cuando está en trance, no está inconsciente o dormida. También dudan de que una persona de inteligencia superior y con una gran fuerza de voluntad es un buen sujeto hipnótico o quizá que un individuo de mentalidad débil, de escaso coeficiente de inteligencia pueda estar en el caso contrario.

Por medio de la hipnosis se puede lograr la supresión de las complicaciones post-operatorias, que siguen habitualmente a la anestesia como reducción o anulación de dolores post-operatorios, menos hemorragias y más rápida cicatrización de las heridas.

Otras ventajas que se encuentran en la hipnosis son:

Los músculos faciales del paciente pueden ser relajados haciéndolo para el odontólogo más fácil su trabajo en la boca.

El temor y la aprensión del paciente pueden ser eliminados, facilitando el uso de anestésicos químicos, cuando son necesarios.

El paciente puede permanecer más tiempo con la boca abierta sin fatigarse y tener quieta la lengua.

Puede ser un período de descanso y relajamiento, de manera que abandone el consultorio sintiéndose cómodo y descansado. El Odontólogo puede sugerir al paciente antes de despertarlo, que se va a sentir contento y descansado, de modo que la visita al dentista sea descansada y placentera. Así

que por medio de la hipnodoncia el dentista va a trabajar - más rápidamente ya que el 90% de las personas son susceptibles al estado leve de hipnosis.

En la primera sesión de hipnosis, se pierde mucho tiempo y esto es una desventaja para el Odontólogo, pero a la larga vale la pena este tiempo ya que un paciente al que en las sesiones posteriores se le puede someter al trance hipnótico, se podrá atender mucho más rápidamente que sin no lo es tuviera.

Se ha visto que el estado hipnótico es un estado normal de la misma manera que el sueño y el estado de vigilia. - Se le puede considerar como el soñar despierto en el cual hay un estado de trance, en la hipnosis el trance es controlado - mecánicamente a voluntad y en el otro no.

Ferenczi dice que un deseo que está presente en todo niño o adulto es el de regresar a la infancia. Este deseo es inconsciente, o sea que no se siente ni se manifiesta en nuestra conciencia. Esta característica de la mente se conoce como regresión infantil. Ninguna persona está exenta de esta - capacidad.

Cuando un individuo está en estado hipnótico ha regresado a un estado infantil donde su conciencia está deprimida y el inconsciente no tiene la protección de la conciencia. - Para él, el mundo adulto está en un estado omnipotente. La - diferencia entre un niño y el adulto hipnotizado es que el inconsciente del niño no ha sido dotográficamente sensibilizado con las experiencias de la vida, mientras que el adulto sí.

El método que utiliza el hipnotizador teatral, es un método imperativo y dominante y se le conoce como método pa-ternal.

El método que se utiliza en medicina y odontología, - es el método de convencimiento, monótono, suave, continuo y repetido y se le conoce como método maternal. Esto está determinado por la reacción que un individuo tenga durante la - infancia hacia sus padres. Por lo tanto en ocasiones se deberá hipnotizar por medio dominante, ya que con el me dio mater nal se fracasa, o viceversa.

Existen varias teorías acerca de en que forma puede - ser hipnotizado un sujeto de como es que se le induce al tran ce hipnótico, etc. pero las más aceptables son las siguien-- tes:

La teoría de los reflejos condicionados que consiste en la cantidad de influencias y experiencias condicionadas que causan reflejos y reacciones emocionales, por ejemplo, al oír cierta palabra se producirá una definida respuesta. La constante repetición de la palabra sueño, producirá en un individuo susceptible una respuesta que simula sueño. Pavlov con - sus experimentos ha contribuido mucho a esta teoría.

Otra teoría, es la del sueño: La hipnosis no es sueño, ni debe ser confundida como sueño. Esta idea errónea so bre la hipnosis es solo un concepto del hombre común implanta do en la mente por algún novelista.

La idea de la hipnosis como sueño, existe tanto que - todo sujeto hipnotizado, debido al placer, al deseo extremo - de complacer y desear todo lo que se pide, simula dormir y pa ra la persona no entrenada y sin experiencia, el sujeto duer me profundamente. Debido también a la amnesia que frecuente mente acompaña el trance hipnótico profundo, parecerá que el sujeto hipnotizado está realmente dormido.

La siguiente teoría de la hipnosis, se refiere a una-

fuerza de la que está especialmente dotado el inconsciente, - bajo el estado hipnótico los poderes perdidos tiempo atrás, - por la conciencia son nuevamente adquiridos por el subconsciente. La influencia de otras personas puede realizar reacciones ilógicas o irracionales; todas las personas pueden influenciar hasta cierto grado a otras, una vez que se establece - una influencia es más fácil que la misma se haga efectiva y - que la personalidad alterada, resultado de esta influencia, - se le conosca como estado hipnótico.

La sugestibilidad se manifiesta por el sometimiento - más o menos estricto de la actividad nerviosa superior a la - influencia verbal de otra lo que se consigue sin embargo, no - por la fuerza de argumentos racionales o motivos lógicos sino por medio del sometimiento completo inconsciente a esta influencia. La misma persona no se da cuenta en dichos casos de - este sometimiento, considerando su manera de actuar resultado de su propia iniciativa. La sugestibilidad es una de las manifestaciones normales de la actividad nerviosa superior.

La acción sugestiva puede ser en forma de sugestión - directa o indirecta.

Una sugestión directa en estado de vigilia, puede ser no escuchada o puede producir un efecto opuesto. Por ejemplo: En un consultorio dental, el Odontólogo le dice a su paciente que no causará molestia al extraerle el diente, será - difícil convencerlo de ese hecho debido a que no se ha utilizado anestesia para anular el dolor. El Odontólogo argumenta rá en vano, pero el paciente no se convencerá. Toda su mente consciente lógica le dirá que no puede ser así. Si el mismo - paciente está en profundo trance hipnótico, el dentista puede implantarle la idea de ausencia del dolor en su subconsciente. El paciente se sugestiona y no sentirá dolor.

O sea que cuando los alcances de la conciencia son reducidos, como pasa en hipnosis, hay, entre otras cosas, una limitación en la asociación, y consecuentemente una más alta-sugestibilidad. La sugestión será realizada.

Una sugestión indirecta disimulada, no es apta para crear una resistencia como lo hace una sugestión directa. Al tratar de sugerir al paciente, algo, de manera autoritaria generalmente se fracasa. Es necesario dar al paciente información y conocimiento de tal manera que deje la resistencia. Este procedimiento tiene como resultado el fenómeno de sensibilizar el inconsciente. El dentista tiene un campo sin límites para aplicar la sugestión indirecta.

Ejemplo de una sugestión directa por parte del Odontólogo: Su dolor de muelas desaparecerá después de 15 minutos; si está pronunciada en tono firme puede convencer a un individuo susceptible y eliminar completamente toda sensación de dolor. Este tipo potente de sugestión directa, en una situación donde el factor prestigio es grande, actúa como una fuerte sugestión directa en estado vigil.

La difundida creencia popular de que la sugestibilidad es un signo de ausencia, de inteligencia o de debilidad mental, es un error y los test demuestran que los sujetos de mayor inteligencia son más fácilmente hipnotizados. No se debe confundir sugestibilidad con credulidad, aunque, los tontos y crédulos son, por supuesto, altamente susceptibles.

La credulidad involucra el uso del engaño, el que no interviene en la sugestibilidad. Así una persona voluble, con poco control sobre su mente es generalmente incapaz de concentrarse o volverse mentalmente pasiva. Sus pensamientos van de una idea a otra. Una mente intoligente acepta la lógica y la razón y después de una explicación preliminar, com--

prenderá el trabajo de la sugestión.

La sugestión está determinada por los patrones de comportamiento en la vida debido al acondicionamiento emocional.

En la Hipnosis se caracterizan tres grados:

1) Hipnosis inicial: El paciente se da cuenta de la poca intensidad de su sueño hipnótico, es capaz de oponerse a la sugestión verbal, puede hacer movimientos voluntarios, no pierde el control con el medio circundante y en estado de somnolencia siente una cierta debilidad general y pesadez en los párpados.

2) Hipnosis intermedia: El paciente no puede a voluntad salir del estado de estupor motor en que se encuentra se observa un cierto embotamiento de los órganos de los sentidos y se somete de un modo pasivo a las palabras sugestivas aceptables para él y las conserva en la memoria.

A veces se observan fenómenos de catalepsia. Conserva la orientación con respecto al medio ambiente y al despertarse recuerda en la mayoría de los casos algo de lo sugerido.

3) Hipnosis profunda: Se caracteriza por su parecido externo a las manifestaciones de sueño profundo, por la ausencia completa de orientación al despertar, por el completo olvido de lo sugerido. Se observa una disminución notable de las funciones de los órganos de la percepción y la realización de las sugestiónes de más diverso contenido, tanto psíquicas como somáticas. Las sugestiónes verbales se realizan tanto durante el mismo estado hipnótico con olvido completo de ellas al despertar como al cabo de un plazo determinado al salir del sueño, plazo sugerido por el hipnotizador. Este esta

do es conocido como fase sonambúlica de la hipnosis.

PROCEDIMIENTOS DE HIPNOTIZACION

Antes de sumir por primera vez al paciente en sueño - sugerido es necesario sostener previamente con él una conversación preparatoria a fin de explicarle en que consiste precisamente este procedimiento, porque es útil para él, como puede contribuir al restablecimiento de la actividad de su sistema nervioso y a la supresión de las perturbaciones existentes

En el caso de que el enfermo esté sobrecogido por el temor ante la hipnosis, es preciso excluir este temor explicándole que no existen fundamentos para ello, por cuanto la hipnosis es un medio terapéutico necesario y útil para él, - que solo provoca un sueño parcial. Se puede añadir que hipnotizar significa adormecer, de la misma manera que la madre adormece a su hijo, y que científicamente ha sido establecido que en estado de somnolencia sugerida o de sueño sugerido el cerebro asimila mejor las palabras con que el médico practica la sugestión y se consolidan mejor en el mismo, por cuyas razones ejerce una acción más prolongada.

El enfermo debe acostarse de espaldas a la luz y de cara al médico. En la habitación debe hacer una temperatura agradable; en el caso contrario, el enfermo debe ser bien tapado. La habitación debe estar aislada de los ruidos; la luz débil, a ser posible no debe hacer objetos demasiado claros o abigarrados. lo que puede distraer la atención del enfermo. - La limitación de estímulos exteriores favorece en gran manera la producción en la corteza cerebral de la inhibición difusa.

Al prepararse a hipnotizar al enfermo hay que tener en cuenta que para el buen éxito de la psicoterapia no se exi

ge que duerma con sueño profundo. En muchos casos basta sumirlo en estado de somnolencia, en la fase inicial de la disgregación de la corteza cerebral en zonas de sueño y vigilia. Es preciso prevenir al enfermo de esto, a fin de evitar su posible perplejidad o dudas en el éxito del tratamiento cuando se percate de que su sueño no es profundo.

El odontólogo tiene que prepararse a la hipnotización con toda atención, con la firmeza y tenacidad necesarias, con servando al mismo tiempo calma completa y seguridad en sí má mo.

Para hipnotizar al enfermo, el Odontólogo emplea las palabras adecuadas a este fin que pueden ir acompañadas de procedimientos físicos auxiliares de hipnotización. Estos pueden consistir, por ejemplo, en estímulos rítmicos débiles de uno de los analizadores o de varios analizadores a la vez con el fin de provocar en ellos el proceso de inhibición. Pa ra ello pueden emplearse el pausado tiqueteo del metrónomo, el tic-tac de los relojes de pared o de bolsillo, el acariciamiento monótono de la mano, de la cabeza o de la frente del enfermo, a veces se le invita a mirar fijamente un objeto billante.

Simultáneamente, el Odontólogo pronuncia aproximadamente las siguientes palabras: "Usted ya está en estado de calma espiritual completa, necesaria para sumirse en somnolencia y más tarde en sueño. Todo su cuerpo está recorrido por una sensación de languidez, flacidez, siente, siente somnolencia e indolencia agradables, los brazos y las piernas se hacen pesados, le parece que los párpados son de plomo, empieza a experimentar que el sueño le domina invenciblemente. Ud. oye mi voz, ahora voy a contar despacio hasta diez y a cada cifra se profundizará su somnolencia: uno... dos... tres... -

Ud. se adormece y cada vez el sueño será más profundo, tranquilo y agradable.

Estas palabras deben pronunciarse en voz queda, de una manera monótona, pausada, tranquila, pero al mismo tiempo lo bastante firme y precisa. El vocabulario a utilizar dependerá de la edad del paciente y de la confianza con que se le trate habitualmente.

Las palabras sucesivas son: Ud. se encuentra en estado de tranquilidad absoluta, respira con calma, se ha abstraído del todo de sus pesares, inquietudes y de las impresiones del día, no se interesa por lo que le rodea.

Continúa percibiendo bien más palabras. Nada le inquieta, no siente sensaciones desagradables, su cuerpo está embargado por una debilidad agradable, sus brazos y piernas se hacen pesadas, así como los párpados, se halla dominado más y más por la somnolencia, no tiene deseos de moverse ni de abrir los ojos, sus párpados se han cerrado, se sume cada vez más en sueño profundo y tranquilo, Ud. ya duerme.

Es importante observar lo siguiente:

- 1) Párpados
- 2) Respiración
- 3) Movimientos del cuerpo
- 4) Expresión facial
- 5) Deglución.

El parpadeo es un signo de hipnosis leve, pero cuando se profundiza el paciente, los párpados ya no tiemblan y se relajan sin movimientos.

La respiración es rápida, poco intensa, cambia en respiración lenta y honda cuando el paciente es profundizado. - Los movimientos del cuerpo cesan por completo cuando el trance se hace más profundo. Si el paciente se mueve, se ajustan las ropas, tose, ronca, etc., es un signo importante de que todavía está en trance leve y quizás se resista a la hipnosis y en consecuencia no está listo para el tratamiento. La expresión facial asume una apariencia normal, de sueño natural cuando el paciente va profundizándose.*

Todas las expresiones de tensión, humor, escepticismo son reemplazados por el sueño natural. El tragar frecuentemente indica la entrada a el trance hipnótico.

Una vez que ha tenido éxito la inducción, la misma profundidad puede realizarse casi instantáneamente en las sesiones subsecuentes o puede alcanzarse el tratamiento terapéutico por vía de sugerencias post-hipnóticas. Hay dos métodos tecnológicos. Uno es trabajar mientras el paciente está en trance hipnótico, el segundo es darle al paciente una post-hipnótica. Si se hace esto último, se puede poner en trance al paciente en cada sesión, antes de empezar el tratamiento, administrar la post-hipnótica de "sosiego, desaparición del miedo y de preocupaciones", antes de despertarlo.

La deshipnotización se provoca generalmente con la acción verbal: ¡Ahora despiértese!, y la persona obedece. - Generalmente antes de despertar a la persona es cuando se lo hacen las sugerencias post-hipnóticas. Al despertarse se encontrará descansado, se sentirá bien y lleno de energías. No sentirá ninguna molestia y la próxima vez que venga al consultorio, vendrá con muchas ganas. En la próxima consulta a la hora que ya le pase la mano sobre sus ojos Ud. se quedará dormido. De esta manera el paciente no sentirá aversión por el consultorio dental, sino que irá con gusto, al mismo tiempo -

que no habrá ninguna dificultad, ni pérdida de tiempo en la siguiente sesión hipnótica. El Odontólogo que va a introducir un trance hipnótico tiene que tener absoluta confianza en sí mismo, porque el paciente tiene un instinto para percibir la falta de confianza del médico muy grande.

La hipnosis debe ser aplicada desde la infancia, para que los niños se vayan educando a ir al consultorio dental. Se debería influir más para el conocimiento de esta ciencia para su mejor aprovechamiento por medio de las escuelas, en pláticas, revistas, folletos, etc.

En los casos en que se contraindica una droga anestésica, la aplicación de la hipnosis debe ser siempre intentada. La hipnosis puede, en muchos casos, en cirugía oral menor, usarse sola o combinada con anestesia local o general. Desafortunadamente, solamente en un pequeño porcentaje de caso puede usarse sola para cirugía. Pero es empleada sola y con muy buen éxito en tratamientos parodontales y para preparar cavidades. La historia clínica antes de proceder al trance hipnótico es muy importante, para ver qué tipo de paciente es y qué consecuencias puede traer la hipnosis en determinadas personas.

Si el Odontólogo, toma en cuenta las ventajas y desventajas descritas anteriormente, y sigue todas las técnicas descritas, podrá tener éxito en la práctica de la Hipnodoncia.

B) MEDIDAS FARMACOLOGICAS:

La elección de agentes o combinaciones de agentes será determinada después de evaluar la necesidad que tiene el paciente de ayuda especial para elevar el umbral del dolor con analgésicos y anestésicos, y para reducir la ansiedad y el

miedo con sedantes y tranquilizantes. Las dosis de analgésicos, sedantes o tranquilizantes que deberán usarse antes y durante el tratamiento dental serán determinadas por las condiciones que rigen su uso eficaz y seguro con una consideración especial adicional. La mayoría de las recomendaciones de dosis que se facilitan en los paquetes, en las farmacopeas, etc. son las que habrán de usarse en circunstancias normales y no en tratamientos de situaciones dentales. De esta manera, la dosis normal de un barbitúrico para que se duerma un niño enfermo que está en la cama, sería demasiado pequeña para dar sedación al mismo niño que, estando sano, llega al consultorio dental para recibir tratamiento.

Puede estar sobreactivo, en vez de sedado en la silla dental, si le administra una dosis tan pequeña. La estimulación que se proporciona en el tratamiento dental puede vencer los efectos normales de las dosis acostumbradas de analgésicos, sedantes y tranquilizantes que han sido recetadas para la mayor parte de los propósitos no dentales.

De manera similar, las dosis de premedicación que han sido usadas anteriormente a la anestesia general no serán eficaces para el paciente que ha de ser tratado cuando está despierto.

La determinación de la dosis adecuada empieza con el conocimiento de las propiedades adecuadas y peligrosas de las drogas disponibles y de sus efectos en la fisiología y la conducta.

Las dosis requeridas de los analgésicos, sedantes y tranquilizantes usados comúnmente, son mayores con el aumento del tamaño del cuerpo del niño y de su edad, su peso, su actividad y su vivacidad. Un estómago lleno reduce o retrasa la absorción de medicación administrada bucalmente.

Los pacientes que están debilitados necesitan dosis - más pequeñas. La tolerancia a la droga puede elevar los requerimientos de dosificación, o puede dar como resultado efectos nulos en cualquier dosis. El sinergismo reduce la dosis - y puede ser considerado cuando se receta más de una droga, o cuando se receta alguna droga a un paciente que está tomando otra medicación.

Los efectos de la droga deben evaluarse, y la dosis - deberá corregirse según se necesite. Album (1961) recomienda lo que puede llamarse titulación de la dosificación de una - droga, que se lleva a cabo dando la dosis calculada de la droga, y después de una hora dando hasta la mitad de esa dosis - otra vez, si no se logra sedación satisfactoria. Es importante recordar que hay muchas variables que afectan a la reacción a analgésicos y sedantes, y por lo tanto, una dosis excesiva o escasa podrá darse de cuando en cuando. Si la dosificación está dentro del límite de seguridad, no existe peligro - en ello, excepto la molestia.

Analgésicos: Los agentes para reducir el dolor sin - afectar a la conciencia son llamados analgésicos y actúan elevando el umbral del dolor o modificando la percepción central la interpretación y reacción o disminuyendo la actividad reflejada y reduciendo los aspectos psicogénicos del dolor. - Existen analgésicos narcóticos. Entre los no narcóticos tenemos a la aspirina y la popular combinación de aspirina, fenacetina y cafeína, conocida como APC son muy eficaces para analgesia bucal. Su acción analgésica se debe a un bloqueo - periférico del efecto algésico de la bradicinina. Existe también un efecto central al nivel talámico. El propoxifeno, - que está disponible solo, en dosis de 32 y 55 mg. es algo más eficaz que la aspirina cuando se usa en una combinación de 65 mg. con aspirina, fenacetina y cafeína. Todas estas drogas - son eficaces pro y pos-operatoriamente para control del dolor.

Se ven potenciadas por sedantes particularmente barbitúricos.

Analgésicos narcóticos: El único de los muchos alcaloides del opio que se usa en cierta medida en odontología infantil es el fosfato de codeína. Es solo 20 veces menos eficaz que la morfina. El uso más amplio de los opiáceos sintéticos es la meperidina, que frecuentemente ha sido usada, como premedicación para Odontología operatoria, sola y en combinación con prometacina. Al igual que la morfina, es un depresor del sistema nervioso y presenta peligro de sobredosis, y estos peligros son estimulación cerebral, taquicardia, desorientación, espasmo muscular y depresión respiratoria. Es relativamente ineficaz cuando se toma por vía bucal. Se cree que los narcóticos actúan elevando el umbral del dolor por depresión de la corteza cerebral, del hipotálamo y de los centros medulares.

Entre otros analgésicos tenemos el Oxido Nitroso y la analgesia relativa de oxígeno que gozan actualmente de nueva popularidad. Cuando se administran concentraciones de entre 40 a 80 por 100, el óxido nitroso proporciona analgesia y euforia. Se cree que produce anestesia general tan solo en presencia de anoxia, y por esta razón no se recomienda su uso.

Anestésicos: La anestesia general tiene lugar propio en el tratamiento dental de los niños. Generalmente se usa como último recurso cuando todas las alternativas han sido ineficaces, y cualquier dentista que quiera hacer intervenciones con este tipo de anestesia tendrá que recibir un entrenamiento especial o recibir la ayuda de un especialista en esta materia. La anestesia local es el medio usado más comunmente para controlar el dolor en Odontología, inyectando una solución de anestésico bucal a lo largo de un tronco nervioso para bloquear la conducción, o periféricamente en la terminación del tronco nervioso por infiltración de tejidos. Al anestesiar a niños se tiene que tomar en cuenta dos puntos princi

pales: Primero, necesitan una preparación más cuidadosa para asegurarse su cooperación y seguridad durante la inyección.

No deberá inyectarse a ningún niño a menos que sus movimientos corporales estén bajo completo control. En segundo lugar, se cree erróneamente que la inervación de la boca del niño difiere de la de los adultos, pero de hecho esto no es así. Aunque las distancias entre los puntos de referencia son ligeramente menores y los puntos de referencia mismos son más pequeños, no puede en realidad considerarse que exista diferencia entre niños y adultos.

Es muy común echar la culpa de un bloqueo mandibular-fracasado a un canal mandibular mal colocado. Es mucho más probable que se deba a una aguja mal colocada y una inyección que se hizo demasiado baja, demasiado lejos anterior o medialmenta. Goldberg y Berns (1962) han demostrado radiográficamente, usando material radiopaco inyectado con anestésico local, que la anestesia se extenderá lo suficiente para producir anestesia, siempre que la solución no está separada del nervio por una capa de músculo o un plano aponeurótico. De esta manera, no es esencial incidir en el nervio mandibular con la punta de la aguja para producir anestesia, tan solo es necesario estar razonablemente cerca de él. También es muy buena práctica aplicar un anestésico tópico eficaz durante tres minutos antes de inyectar en los tejidos bucales del niño. Frecuentemente se anuncian nuevos anestésicos locales. Algunos de los más recientes informes tratan de las propiedades de anestésicos locales y de drogas psicotomiméticas o tranquilizantes (Bowles, 1971), y los antihistamínicos (Mattern, 1968).

Existe una enorme variedad de técnicas, agentes, drogas y criterios sobre el tratamiento del dolor y la seación en los niños. El dentista que quiere hacer buen uso de la información se ve asediado por el problema de tratar de decidir

por donde va a empezar. El mejor enfoque sería empezar usando solo una droga para 40 ó 50 pacientes. De esta manera puede dominarse la variabilidad de dosificación y respuesta del paciente.

Es probable que la experiencia más valiosa venga de este enfoque y que esto resulte mejor que utilizar gran número de drogas. Debería ser de utilidad seleccionar un analgésico, un sedante y un tranquilizante para usarlo repetidamente, solo y en combinación, hasta que el resultado de la variación de dosis, en circunstancias diferentes, pueda ser previsto con exzctitud cada vez mayor. Para que esta experiencia sea útil deberán llevarse registros.

3.- LESIONES QUE SE PRESENTAN EN PIEZAS ANTERIORES INFANTILES.

La pérdida o fractura de piezas anteriores infantiles es tal vez el problema dental que tiene mayor impacto psicológico en los padres y en los niños, particularmente si la lesión afecta a la dentadura permanente e incluye pérdida extensa de estructura dental. La mayoría de las fracturas y desplazamientos resultan de accidentes y afectan a poco más que los tejidos bucales locales.

En los niños, la mayoría de las fracturas y desplazamientos ocurren en caídas de poca importancia, accidentes ocurridos durante la práctica de algún deporte o piruetas infantiles inofensivas. De estos accidentes aparentemente benignos, el aspecto facial de un niño puede alterarse, al grado de hacer que un niño de aspecto agradable resulte desagradable.

Aparte del dolor y las molestias de la lesión, el as-

pecto transformado del niño puede volverle blanco de burlas e incluso ridículo por parte de otros niños, ya que los niños pueden, sin quererlo, ser crueles.

Todo odontólogo que trate niños deberá estar perfectamente preparado para hacer frente a estas urgencias. Es responsabilidad del odontólogo preservar la vitalidad de las piezas lesionadas cuando sea posible y restaurarles hábilmente - su aspecto original, sin producir traumatismo adicional y sin dañar la integridad de la pieza. Las extracciones injustificables de piezas lesionada, sin haber considerado previa y cuidadosamente la posibilidad de salvarlas, nunca podrá tener lugar en los buenos consultorios dentales. Con la ayuda de - los materiales de restauración que existen hoy en día, pueden restaurarse las piezas fracturadas y lograrse un estado funcional y estético aceptable.

Teniendo en cuenta que el tiempo, en el tratamiento - de fracturas o desplazamientos, es un elemento de gran importancia, deberá tratarse por todos los medios deber al paciente en el consultorio de inmediato. Incluso si significa retrasar una visita previamente programada el niño lesionado deberá gozar de preferencia, y deberá dársele tratamiento de urgencia. Si se trata el caso con prontitud, se podrá evitar mayor irritación pulpar, se podrán reimplantar piezas arranca- das con mayor probabilidad de éxito, y se podrán colocar en - su lugar con mayor facilidad las piezas desplazadas. Puede - decirse que en general, podrán esperarse resultados más favorables.

CLASIFICACION DE LESIONES EN PIEZAS ANTERIORES

En la clasificación de las lesiones en piezas anterio- res deberán seguirse patrones fijos, de modo que cuando se definan y se mencione algún tipo específico de lesión y se clasi

ficación simple y clara de todas las lesiones. Esta clasificación es como sigue:

Primera Clase: Fractura sencilla de la corona, dentina afectada o muy poco afectada.

Segunda Clase: Fractura extensa de la corona, afectando a considerable cantidad de dentina, sin exposición de pulpa dental.

Tercera Clase: Fractura extensa de la corona, afectando a considerable cantidad de dentina, con exposición de pulpa dental.

Cuarta Clase: Pieza traumatizada transformada en no-vital, con o sin pérdida de la estructura coronaria.

Quinta Clase: Pérdida de la pieza como resultado de traumatismo.

Sexta Clase: Fractura de la raíz, con o sin pérdida de estructura coronaria.

Séptima Clase: Desplazamiento de la pieza, sin fractura de corona o raíz.

Octava Clase: Fractura de la corona en masa y su reemplazo.

Las lesiones traumatizantes en los piezas primarias se consideran aparte de las permanentes, por los diferentes criterios de tratamiento y técnicas especiales.

RESTAURACIONES TEMPORALES-PERMANENTES

Los requisitos para una restauración temporal-permanente utilizada en el tratamiento de piezas anteriores fracturadas, según Law (1961) son los siguientes:

- 1.- La preparación será hecha de tal manera que no perjudique la pulpa.
 - 2.- Deberá ser duradera y funcional.
 - 3.- No deberá aumentar la dimensión mesiodistal de la pieza original o la dimensión labiolingual.
 - 4.- Deberá ser lo más estética posible.
- Existen varios tipos de restauraciones que pueden utilizarse para períodos intermedios:

- 1.- Restauraciones de resinas compuestas con hilo metálico - retentivo.
- 2.- Corona completa de oro con barniz de porcelana
- 3.- Corona con centro de tres cuartos modificada.
- 4.- Funda acrílica procesada.
- 5.- Corona con centro reforzado.

No se aconsejan las coronas de funda de porcelana para restauraciones temporales-permanentes, porque para este tipo de preparación se necesita extensa eliminación de estructura dental. Como los preadolescentes son quienes sufren con mayor frecuencia incisivos fracturados, el traumatismo adicional debido a los procedimientos de rebajado en pulpas grandes y ya afectadas por choque puede causar daño irreversible.

Aunque se recomiendan las coronas de acero inoxidable

y se utilizan en restauraciones temporales-permanentes, los autores consideran que existen substitutos disponibles más estéticos y más compatibles con los tejidos gingivales. El uso de coronas de acero inoxidable deberá limitarse a restauraciones temporales.

Si se decide no extraer la pieza o extirpar la pulpa-dental después de un traumatismo, el tratamiento consistirá generalmente en tres fases:

La primera es una fase de urgencia donde se protege la pulpa traumatizada de más insultos y se coloca una restauración temporal. La restauración temporal sirve principalmente para preservar la curación pulpar. En este momento, no se concede demasiada importancia al aspecto estético.

La segunda fase del tratamiento se inicia a partir de las 8 semanas desde que ocurrió la lesión. Si no existen síntomas de degeneración pulpar, puede contruirse una restauración intermedia más estética. El tipo de restauración intermedia viene determinado por la extensión de la fractura, el tamaño relativo y la madurez de la pulpa, y el grado de erupción de la pieza.

La tercera fase consiste en emplazar la denominada restauración "permanente". Se aconseja no colocar restauraciones permanentes, como coronas fundas de porcelana, hasta los 14 ó 16 años, cuando la pulpa ha retrocedido lo suficiente y la pieza incisiva ha experimentado ya la mayor parte de su erupción. Los autores consideran que esto es un enfoque arcaico y arbitrario. El odontólogo, basándose en las circunstancias de cada caso particular, deberá decidir cuando iniciar esta fase del tratamiento. Además de la edad del paciente, deberán tomarse en consideración factores como sexo, grado de actividad física y grado de contacto social. Con las

técnicas modernas de alta velocidad y campo limpio, si el -
Odontólogo lo considera aconsejable, puede iniciar esta fase -
de la terapéutica antes de la adolescencia..

Si la pulpa se vuelve no vital como resultado de una -
lesión, y quiere conservarse la pieza, deberá realizarse una -
pulpotomía. Se ha discutido la técnica de desarrollo apical
continuo en piezas pulpectomizadas inmaduras, y parece un ex-
celente método de terapéutica en los pacientes jóvenes. Si -
la pieza está fracturada hasta el grado de no poderse restau-
rar adecuadamente, será necesario extraerla.

4.- DENTADURAS PARCIALES REMOVIBLES PARA NIÑOS

La pérdida dental prematura en cualquier niño puede -
comprender una o varias piezas, primarias o permanentes, ante-
riores o posteriores de la dentadura; ésta pérdida se pueden -
deber a traumatismos o caries, y en algunos casos a ausencia -
congénita.

Independientemente de la causa, las pérdidas dentales
prematuras en niños dan por resultado pérdida de equilibrio -
estructural, de eficiencia funcional y de armonía estética. -
Otras consecuencias de pérdida dental prematura en niños es -
traumatismos psicológico, especialmente si las piezas afecta-
das son los maxilares inferiores. Si se estudian los infor-
mes dados al respecto y se considera la experiencia clínica -
personal, se vea que los niños toleran bien las dentaduras -
parciales removibles, por lo que podrán utilizarse con éxito -
para evitar pérdidas dentales prematuras y restaurar sus con-
secuencias.

La pérdida dental prematura puede producir ciertos e-
fectos específicos, que pueden ser:

- 1.- Traumatismo Psicológico.
- 2.- Cambios en longitud del arco dental y oclusión.
- 3.- Mala articulación de las consonantes al hablar.
- 4.- Desarrollo de hábitos perjudiciales.

1.- . . . TRAUMATISMO PSICOLOGICO:

La pérdida prematura de piezas primarias, especialmente piezas anteriores, es a menudo causa de considerables trastornos psicológicos en los niños, especialmente en las mujeres. Los traumatismos psicológicos pueden deberse a observaciones no intencionales, pero desagradables, de amigos o parientes. En una sociedad en donde los niños pasan gran parte de su tiempo viendo televisión, no es raro que niños con piezas ausentes comparen su aspecto personal con el de los niños de su edad que aparecen en la televisión. Esta comparación, junto con las observaciones desagradables de amigos o parientes, pueden hacer que los niños desarrollen complejos de inferioridad con respecto a su aspecto personal.

2.- CAMBIOS DE LONGITUD EN EL ARCO DENTAL Y OCLUSION:

Es de conocimiento general que la pérdida prematura de piezas primarias conduce a la rotura de la integridad de los arcos dentales y de la oclusión. El tratamiento deficiente de este problema puede llevar a que se cierren los espacios y las piezas sucedáneas se malposicionen en los segmentos anteriores y posteriores de los arcos dentales.

3.- MALA ARTICULACION DE LAS CONSONANTES AL HABLAR

Se ha mostrado gran preocupación por los efectos que-

pueda tener la pérdida dental prematura en el desarrollo de la fonación, en particular en la articulación de sonidos consonantes como s, z, v, f, etc. Los patólogos especializados en lenguaje que han estudiado la relación entre piezas ausentes y sonidos seleccionados de consonantes concluyen sobre la existencia de diferencias estadísticamente importantes en la articulación entre grupos, con y sin incisivos ausentes.

Sin embargo, algunas otras investigaciones indican que el estado de las piezas es un factor crucial para el desarrollo correcto de la articulación solo en algunos casos infantiles.

En general, los incisivos ausentes o defectuosos normalmente no interfieren en la articulación correcta de las consonantes estudiadas. Si el odontólogo prevé problemas de fonación, deberá rápidamente enviar al paciente a un patólogo especializado en fonación, para que este formule un diagnóstico cuidadoso.

4.- DESARROLLO DE HABITOS BUCALES PERJUDICIALES

La pérdida prematura de piezas anteriores y posteriores puede favorecer exploraciones linguales en el espacio creado. La persistencia de este comportamiento después de la erupción de las piezas sucedáneas puede llevar a malposiciones dentales, debido a presión lingual excesiva.

INDICACIONES PARA EL USO DE DENTADURAS PARCIALES

Generalmente, cuando se requiere evitar y restaurar las consecuencias de pérdida dentales prematuras de piezas primarias, se aconsejan dentaduras parciales, removibles y estas se recomiendan cuando:

1.- Existe pérdida prematura de molares y mantenimiento de -

espacio, y cuando sea importante la restauración de funciones masticatorias.

2.- Exámenes radiográficos muestran que el intervalo de tiempo entre la pérdida de piezas primarias y la erupción de las permanentes es mayor de seis meses.

3.- Se pierden las piezas anteriores primarias como resultado de traumatismo.

4.- Las piezas permanentes jóvenes se pierden como resultado de traumatismo.

5.- Las piezas faltan por ausencia congénita, por ejemplo, - anodoncia parcial en displasia ectodérmica.

6.- El aspecto estético es consideración importante. A menudo, se ha mostrado preocupación respecto a la edad en que los niños pueden utilizar dentaduras parciales. Han sido utilizadas con éxito en pacientes de hasta dos o tres años. Lin dhal aconseja una edad mental de dos años y medio como prerrequisito para la utilización de dentaduras parciales para niños.

REQUISITOS IDEALES PARA DENTADURAS PARCIALES REMOVIBLES INFANTILES

Para ser eficiente, todo instrumento protodóntico - adecuado deberá satisfacer ciertos requisitos como los siguientes:

- 1.- Deberá restaurar o mejorar la función masticatoria.
- 2.- Deberá restaurar o mejorar la estética.
- 3.- Deberá restaurar o mejorar los contornos faciales.
- 4.- No deberá interferir en el crecimiento normal de los ar-

cos dentales.

- 5.- Su volumen no deberá constituir un impedimento para hablar adecuadamente.
- 6.- Estará diseñado para poder ser insertado y extraído fácilmente.
- 7.- Su diseño deberá permitir ajustes, alteraciones y reparaciones fáciles.
- 8.- Deberá poderse limpiar fácilmente.
- 9.- Su diseño requerirá poca o ninguna preparación de las piezas de sostén.

Aunque los requisitos mencionados son específicos e ideales en cierto sentido, el operador tratará de satisfacer el mayor número de ellos. Los medios por los que podrá satisfacer estos requisitos en dentaduras parciales removibles en diferentes situaciones dependerán del deseo y la capacidad del operador para lograr innovaciones en situaciones poco comunes. Los diferentes tipos de dentaduras parciales removibles que se pueden utilizar, su diseño en forma de realizarse no será tratado en este estudio ya que es tema demasiado extenso y no está encaminado a los fines que pretende este trabajo, sin embargo tanto el odontólogo como el odontopediatra tienen la responsabilidad de hacer que el período de transición de dentadura primaria a mixta y a permanente sea lo mejor posible. La capacidad de utilizar dentaduras parciales removibles para niños de manera adecuada les da una ayuda más para cumplir sus responsabilidades apropiadamente.

5.- HABITOS BUCALES INFANTILES

Durante muchos años, los odontólogos han atendido los hábitos bucales de los niños. Los dentistas consideran

estos hábitos como posibles causas de presiones desequilibradas y dañinas que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros y sumamente maleables, y también de cambios potenciales en el emplazamiento de las piezas y en oclusiones, que pueden volverse francamente anómalas si continúan estos hábitos largo tiempo.

Por este problema también se interesan el pediatra, - el psiquiatra, el psicólogo, el patólogo especialista en problemas de lenguaje y los padres del niño. En general, puede decirse que el odontólogo y el patólogo se interesan más por los cambios bucales estructurales que resultan de hábitos prolongados. El pediatra, el psiquiatra y el psicólogo pueden dar mayor importancia a los problemas de conducta profundamente arraigados, de los cuales los hábitos bucales pueden ser solo un síntoma. Los padres parecen preocuparse más por el aspecto socialmente inaceptable del niño que exhibe algún hábito bucal.

Es de gran importancia para el odontólogo poder formular diagnóstico sobre los cambios en estructuras bucales que parecen resultar de hábitos bucales, pero es igualmente importante escuchar opiniones de individuos de otras profesiones que estudian el mismo problema.

El odontólogo rara vez examina a los niños hasta después del firme establecimiento de los hábitos bucales. En ciertos casos solo examina al niño para actuar como árbitro en discusiones familiares, donde se debate si un hábito determinado será o no dañino para el niño. A causa de esto, es importante revisar la manera en que el niño se relaciona con el medio externo a través de sus actividades bucales.

Freud y su escuela destacaron esto, delineando ciertas fases de la infancia como períodos bucales y anales.

Otros han hablado de la bucalidad esencial del niño.

A) ACTOS BUCALES NO COMPULSIVOS

Los niños experimentan continuas modificaciones de conducta que les permiten desechar ciertos hábitos indeseables y formar hábitos nuevos y aceptables socialmente. El éxito inicial puede reforzar los nuevos patrones, o se pueden lograr cambios por medio de lisonjas, halagos y en ciertos casos amenazas de castigo fuerte por parte de los padres.

El moldeado sutil y no sutil de la personalidad del niño continúa en la madurez, al verse sometido a presiones externas por parte de sus padres, de sus compañeros de juegos y de clase. Los hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar este se demuestran no compulsivos. De estas situaciones no resultan generalmente reacciones anormales, en las que el niño está siendo entrenado para cambiar de un hábito personal, antes aceptable a un nuevo patrón de conducta más consistente con su mayor nivel de madurez y responsabilidad.

B) HABITOS BUCALES COMPULSIVOS

Generalmente, se concuerda en afirmar que un hábito bucal es compulsivo cuando ha adquirido una fijación en el niño, al grado de que este acude a la práctica de esta hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo.

Tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregir ese hábito. Debe aclararse que estos hábitos compulsivos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada. Realizar el hábito le sirve de escudo contra la sociedad que-

le rodea. Es su válvula de seguridad cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de soportar. Literalmente, se retira hacia sí mismo, y por medio de la extremidad corporal aplicada a su boca, puede lograr la satisfacción que ansía.

Aunque las etiologías específicas de los hábitos bucales compulsivos son difíciles de aislar, algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido demasiado rápidos, o que el niño recibía poco alimento en cada toma. También puede haberse producido demasiada tensión en el momento de la alimentación, y así mismo se ha acusado al sistema de alimentación por biberón.

De igual modo, se acepta generalmente que la inseguridad del niño, producida por falta de amor y ternura maternas, juega un papel importante en muchos casos.

C) REFLEJO DE SUCCION

Engel afirmaba que la observación directa de los niños en su primer año de vida revelaba que su organización era esencialmente bucal y de tacto. Al nacer, el niño ha desarrollado un patrón reflejo de funciones neuromusculares, llamado reflejo de succión. Incluso antes de nacer, se han observado fluoroscópicamente en el niño, contracciones bucales y otras respuestas reflejas.

Esta temprana organización nerviosa del niño le permite alimentarse de su madre y agarrarse a ella, como lo demuestran los reflejos de succión y así mismo, y el reflejo de morro, todos presentes al nacimiento.

Evidentemente, el patrón de succión del niño responde a una necesidad. La necesidad de agarrarse no resulta tan

obvia. Sin embargo, aunque estos dos reflejos influyen en el niño y en sus situaciones iniciales de aprendizaje, y contribuyen a su desarrollo psíquico, el calor de la leche que llega a su cuerpo y la sensación de alivio del hambre que sigue a la succión hacen que este reflejo sea marcadamente predominante.

A medida que se desarrolla su vista y oído el lactante trata de alcanzar y llevar a la boca aquello que ha visto y oído a distancia. A pesar de la mala coordinación de sus dedos y extremidades, el lactante tiende a continuar hasta que todos los objetos posibles hayan sido llevados a boca para ser lamidos, gustados y efectivamente examinados por medio de sensaciones bucales.

Si el objeto provoca una sensación agradable, puede tratar de comerlo, si la sensación producida es desagradable, lo escupe, y muestra su desagrado contorsionando la cara y volviendo la cabeza en dirección opuesta al objeto. El intento de llevar a la boca un objeto "bueno" se denomina introyección. El rechazo de un objeto "malo" se denomina proyección.

En este comportamiento podemos observar la elaboración y acentuación del comportamiento bucal originalmente asociado con las experiencias de alimentación y succión del niño neonatal. Estas pruebas bucales evidentemente no solo sirven para aliviar la tensión de hambre experimentada por el niño, sino también son un medio de probar, con los sentidos disponibles, lo que es bueno o malo.

Los objetos introducidos en la boca, especialmente si son calientes y blandos, traen asociaciones de alimentos y bienestar pasados. Utilizando estas experiencias satisfactorias, se da así mismo cierta satisfacción secundaria para aliviar las frustraciones del hambre u otro malestar, al introducir

cirse su dedo o pulgar en la boca. El pulgar mantenido en la boca se vuelve el sustituto de la madre, ahora no disponible con su alimento tibio. Satisface la necesidad de tener algo en la boca, y también la necesidad de agarrarse a algo, y algunos consideran esto como uno de los primeros síntomas de desarrollo de independencia o separación de la madre.

D) METODOS PSICOLOGICOS UTILIZADOS PARA EDUCAR AL NIÑO

Aunque estos problemas de personalidad entran claramente en el área de trabajo de quienes tratan de los aspectos psicológicos de la salud, los padres piden a menudo la intervención del odontólogo en casos en los que se encuentra que un hábito bucal anormal está causando distorciones de hueso de alveolar y mala posición de la pieza. Algunos ortodontistas afirman que, antes de emprender cualquier intervención, habrá que examinar cuidadosamente la duración, frecuencia, desarrollo osteogénico, herencia genética y estado de salud general del niño. Es casi axiomático considerar que la eliminación de un hábito, como succionar el pulgar, podrá hacerlo conscientemente el niño mismo, guiado por el odontólogo y sus padres, únicamente si el niño está psicológicamente preparado y quiere romper el hábito.

Los niños a menudo combinan hábitos bucales primarios tales como succión de dedo y pulgar con hábitos secundarios tales como tirarse del pelo o hurgarse la nariz. Frecuentemente, se puede romper el hábito bucal primario haciendo imposible la realización del hábito secundario.

Este se ilustra con el caso de una niña que se chupa el pulgar y al mismo tiempo se tiraba del pelo en un lado de la cabeza. Esto continuó hasta dejar casi sin pelo el lado afectado de la cabeza. Cuando se afeitó la cabeza de la niña esta perdió los deseos de chuparse el pulgar, y así se terminó

con el hábito.

Sin embargo existen otros métodos, menos drásticos e igualmente eficaces. Un autor proponía que los niños, con conocimiento de los padres, le hablaran por teléfono al consultorio. Después de conversar, sugería simplemente que quien llamaba sonaba tan "mayor" que, naturalmente, no podía ser el niño que "antes" se chupaba el pulgar; con esto generalmente se daba el primer paso importante hacia el nuevo adiestramiento del niño.

Si el niño lo deseaba, se concertaba una visita de refuerzo al consultorio, esto para asegurarse de que no se chupaba el pulgar, para que esta información pudiera incluirse en el "registro especial del consultorio". Después de una visita corta y amistosa al consultorio, se encontró que muchos de estos niños se habían sentido alentados para romper su hábito. Naturalmente, el procedimiento completo implica que los padres están de acuerdo en cooperar y seguir las sugerencias del odontólogo en casa, como por ejemplo: Establecer una meta a corto plazo para romper el hábito (una o dos semanas); no criticar al niño si el hábito continúa; ofrecer una pequeña recompensa al niño si abandona el hábito. Sin esta cooperación, se observará poco progreso hacia el nuevo adiestramiento del niño, y en caso positivo se tendrá la cooperación por parte del niño pudiendo realizar además de la técnica psicológica un tratamiento clínico adecuado con aparatos e instrumentos extrabucales, que variarán dependiendo del hábito de cada niño.

VIII MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

Ante todo, la mejor forma de ganar una primera buena-impresión del paciente infantil, es que el consultorio dental tenga un aspecto agradable con buena iluminación, revistas y entretenimientos con los que el niño se pueda distraer mientras es atendido por el Cirujano Dentista. La decoración deberá ser alegre y con un tema definido, como pueden ser temas como animales, el espacio, el oeste, etc. con los que el niños se sienta en una atmosfera de tranquilidad y confianza.

Lo más conveniente es que se escuche una música de fondo suave apenas audible para que tanto al niño como a los padres les infunda tranquilidad evitando así la frialdad y el stres que ocasiona una sala de espera austera y sin música; generalmente es recomendable poner una pecera para crear un ambiente de tranquilidad y si las posibilidades económicas del odontólogo lo permiten colocar máquinas con las que el niño pueda jugar y quizá hasta obtener pequeños premios cuando gane en algún juego. Todas estas formas de decorar y arreglar una sala de espera logran que los pacientes entren a consulta tranquilos, de buen humor, lo cual redundo en que el odontopediatra les pueda proporcionar la atención adecuada y con una atmosfera de cordialidad.

El Cirujano Dentista que se dedique al tratamiento de niños, deberá tener una presentación agradable y cordial; tener un orgullo de su profesión y la vocación para el trato de infantes.

Deberá estar en constante preparación y aprendizaje, actualizándose especialmente en el campo de odontopediatría, y estar completamente consciente de la importancia que tiene el hecho de atender a la población infantil. Al tener el Cirujano Dentista los conocimientos necesarios acerca del com--

portamiento de los niños, y que haya hecho un interrogatorio adecuado tanto a los padres como a los niños, podrá haber sacado una conclusión lo más acertada posible acerca del carácter y forma de comportamiento, pudiendo así, de esta forma, - más adecuada a su carácter y forma de comportamiento, pudiendo así, de esta forma, ganarse la amistad del niño y la confianza de los padres.

A los niños se les deberá llamar siempre por su nombre sin adjudicarles apodos o sobrenombres, ya que para cada persona sea niño o adulto, siempre lo más importante será su nombre; al mismo tiempo se deberá respetar su identidad como ser humano único, tratándolo igual o mejor que si se tratara de cualquier adulto.

Cuando se presenten niños de carácter docil y cordial el odontólogo deberá tratarlo de igual forma, hablándoles en forma suave, pausada, cordial, que inspire al niño confianza y sienta una corriente de amistad con el operador. Si se llegan a presentar casos de niños temerosos; se deberá tomar una actitud más dulce y firme a la vez, que infunda confianza al niño.

Hay niños que sí sienten la presencia de los padres - se dejan atender mejor, sobre todo en el caso de niños menores de cuatro años; en este caso se permitirá que los padres estén presentes, pero habiéndoles hecho notar antes, que no - deben inspirar al niño una corriente de temor, angustia o simpatía excesivas, ya que esto hace que el niño desconfíe del dentista. Los padres deberán tomar una actitud pasiva - dejando que el odontólogo pueda tratar al niño sin que ellos interfieran en nada, así el niño se dejará atender sabiendo que sus padres están cerca, pero sin que estos vayan a provocar una actitud contraria a la que se desea lograr.

Lo mejor es explicar a los padres la conveniencia de que el niño entre solo a la consulta ya que generalmente al verse libres de la observación de los padres, toman una actitud más personal y más adulta ya que tienen la impresión de ser mayores, ya que se les trata como tales, y así se les puede atender en mejor forma tratándolos en la forma más adecuada a su verdadero carácter, ya que generalmente en presencia de los padres toman una actitud más infantil y al sentirse protegidos obstaculizan el trabajo del odontólogo, por lo tanto es mejor darles una atención personal sin la presencia de los padres en el consultorio.

En el caso de niños rebeldes lo mejor es tomar una actitud firme y un poco severa; por ejemplo, en el caso de niños que lloran aún antes de que se les empiece a tratar, se les deberá tratar de explicar lo que se les va a hacer pero con voz firme y seria, si después de tratar de calmarlo por estos medios el niño no cede, ya como un recurso extremo se les podrá tapar la boca con la mano en una forma firme pero suave sin lastimarlo, y cuidando de no obstruirle la respiración, estando en esta forma se le deberá tratar de explicar de nuevo el tratamiento que se le va a hacer; aunque parezca que el niño no escucha se le deberá seguir hablando en esta forma, hasta que se haya calmado; por lo general éste método aunque es un poco drástico, da buenos resultados y ese paciente que en un principio se comportó en una forma rebelde, se torna dócil y comprensivo, este tipo de niños a la larga son los que se dejan atender mejor y se convierten en amigos del Cirujano Dentista, todo dependerá de la habilidad de éste para poder ganarse la confianza del niño.

Una buena forma de evitar mayores problemas es que en la primera visita del niño al consultorio se le familiarice con todos los aparatos, su funcionamiento, explicándole de una forma sencilla para que son, y lo que se le va a hacer -

con ellos. Se le deberá llevar a recorrer todo el consultorio y los cubículos existentes con el fin de que se familiarice con todo y se sienta en confianza cada vez que acuda a atenderse sin el temor que podría traer consigo el desconocimiento del lugar y de los aparatos que en él se encuentran. De esta forma el niño cooperará voluntariamente y el tratamiento podrá realizarse en una forma más agradable tanto para el niño como para el dentista.

IX

CONCLUSIONES

1.- Se ha visto que la Psicología se ha estudiado desde tiempos remotos siendo de gran importancia en el estudio de la medicina y odontología. Se han hecho diferentes estudios de acuerdo a las diferentes escuelas, y corrientes que se han formado, y en base a las cuales se han podido estudiar los diferentes caracteres y patrones de comportamiento del ser humano.

2.- Hay infinidad de factores que hacen que cambie la personalidad de los individuos, tanto el medio ambiente como situaciones con ciertas características en un momento dado, hacen que el individuo se vaya formando ya sea en una manera positiva o negativa.

3.- Los patrones de comportamiento de los infantes pueden ser moldeables dependiendo de la ayuda que les pueda dar, ya sea en el consultorio dental o en casa si es que se tiene la cooperación de los familiares del niño.

4.- Los problemas dentales que se presentan en los niños y que pueden ocasionar traumas psicológicos deben ser resueltos por el odontopediatra, tratando de que el niño pueda seguir una vida normal, sin que queden traumas emocionales en el niño tanto en lo que respecta a su vida social y familiar, como a su comportamiento en el consultorio dental.

5.- Se deberán usar todos los medios disponibles para lograr lo anterior, ya sean aparatos, prótesis, etc., para lograr una satisfactoria atención del niño.

6.- El niño deberá ser tratado en la consulta dental como si se tratase de un adulto, o aún más, se le deberá dar una atención especial y en la forma adecuada, ya que de esto-

dependerá que en el futuro se atienda de una manera normal, - sin temores, y sin miedos.

7.- Si se pueden lograr de una manera satisfactoria los puntos anteriores, se habrá dado un gran paso en que a - odontopediatría se refiere.

BIBLIOGRAFIA

- | | |
|--------------------------|--|
| Tamotsu Shibutani | SOCIEDAD DE PERSONALIDAD |
| Robert S. Hoekelman | PRINCIPLES OF PEDIATRICS |
| Ramón de la Fuente Muñiz | PSICOLOGIA MEDICA |
| Sula Wolff | TRASTORNOS PSIQUICOS DEL
NIÑO: CAUSAS Y TRATAMIE <u>N</u>
TO |
| Joaquín A. de la Torre | PEDIATRIA ACCESIBLE |
| Aaron A. Moss, D.D.S. | HIPNOSIS EN ODONTOLOGIA |
| Karin Stephen | PSICOANALISIS Y MEDICINA |
| Sreznevski V. V. | LA HIPNOSIS Y LA SUGES—
TION |
| SIDNEY B. FINN | ODONTOLOGIA PEDIATRICA |
| RALPH E. Mc. DONALD | ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO
Y EL ADOLESCENTE |