

318322



UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

ESCUELA DE ODONTOLOGIA
INCORPORADA A LA U.N.A.M.

1

**MIEDO Y ANSIEDAD EN
ODONTOPEDIATRIA**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANA DENTISTA

PRESENTA:

ALHELI ACEVEDO LOPEZ

ASESOR: C.D. CARLOS GONZALEZ LUCASCEWICZ

MEXICO, D.F.

2000

278391



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.

A mis padres: Alfredo y Carmen

GRACIAS

Por el esfuerzo y empeño realizados desde que me tuvieron en brazos hasta hoy.

A mis queridas hermanas: Ada, Adriana y Yazmín

Por su cariño compañía, consejos y apoyo brindado.

A mis familiares:

Quienes siempre me han apoyado y estado presente en los momentos importantes de mi vida.
En particular a mi tío: **C.D. Ricardo López Fernández**, por las enseñanzas, apoyo incondicional y experiencias transmitidas.

Al C.D. Manuel D Pablos Vélez Pérez:

Por sus enseñanzas y apoyo desde el inicio de mi carrera.

A mis Amigos y Compañeros:

Gracias por su amistad incondicional y por todos los momentos compartidos

A mi Universidad y Profesores:

Por los conocimientos y valores inculcados en mi formación profesional.

A mi director de Tesis: C.D. Carlos González Lucasczewicz

Por el apoyo y enseñanzas transmitidas durante mi formación y hasta hoy.

Al C.D. Francisco Magaña Moheno

Por su colaboración y apoyo incondicional no solo para con migo, sino también para con la Universidad.

INDICE

1. Introducción al tema.....	1
------------------------------	---

CAPITULO I

1.1 Antecedentes Históricos de la Relación Miedo y Ansiedad.....	2
1.2 Definición de los términos Miedo y Ansiedad.....	3
1.3 Definición de los Terminos Miedo y Ansiedad.....	5

CAPITULO II

Desarrollo normal de la personalidad

2 Introducción.....	9
2.1 Teorías psicológicas de desarrollo.....	17
2.2 Factores genéticos que influyen en la conducta de los individuos.....	22
2.3 Factores biológicos que influyen en la conducta de los individuos.....	25
2.4 Factores sociales y ambientales que influyen en la conducta de los individuos.....	28

CAPITULO III

Ansiedad en Odontopediatría

3.1 Introducción.....	30
3.2 Factores etiológicos de la ansiedad.....	31
3.3 Factores modificadores de la ansiedad.....	33
3.4 Técnicas de diagnóstico.....	38

CAPITULO IV

Miedo en Odontopediatría

4.1 Introducción.....	39
4.2 Factores etiológicos del miedo.....	41
4.3 Factores modificadores del miedo.....	42
4.4 Factores potencializadores del miedo.....	46
4.5 Técnicas de diagnóstico del miedo y la ansiedad.....	48

CAPITULO V

Mecanismos de Guia de Control del Comportamiento en Odontopediatría

5.1 Mecanismos Psicologicos de guía de control.....	51
5.2 Mecanismos psicológicos de guía de control.....	52
5.2.1 Medios de comunicación.....	52
5.2.2 Modificación del término.....	52
5.2.3 Decir, mostrar, hacer.....	53
5.2.4 Imaginación emotiva.....	54
5.2.5 Desensibilizacion sistemática.....	54
5.3 Mecanismos fisicos de guías control.....	58
5.3.1 Mano sobre boca.....	58-62
5.3.2 Mano sobre boca y nariz.....	58-62
5.3.3 Restricción.....	58-62
5.4 Mecanismo farmacológico de guías de control.....	63
5.4.1 Oxido Nitroso y Oxígeno.....	71
5.4.2 Medidas Farmacologicas.....	73
5.4.3 Anestesia general.....	77
CONCLUSIONES.....	80
BIBLIOGRAFÍA.....	83

1.-INTRODUCCION AL TEMA

En los seres humanos el dolor y el miedo son complementarios y 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 pacientes niños.

Para esto es importante tener en cuenta una filosofía básica, las drogas no son sustitutas del acercamiento no fármaco terapéutico fundamental para el control y el manejo de la conducta, sino bien servirán de ayuda al dentista cuando éste deba tratar a pacientes muy pequeños emocionalmente inmaduros o niños impedidos.

Aunque las drogas sedativas son necesarias en la consulta de un odontopediatra, no es necesario usarlos en más de un 8% de los pacientes, pues la mayoría de los niños que presentan problemas conductuales es posible tratarlos con las técnicas usuales para el manejo de la conducta.

La eliminación del dolor nos permite realizar nuestras tareas específicas con más serenidad, más rapidez y sin consecuencias perjudiciales para el niño.

El miedo y el dolor son dos de las influencias más poderosas que afectan a las actitudes sobre el uso de servicios dentales.

Muchos padres, basados en experiencias dolorosas anteriores retrasan los cuidados dentales de sus hijos con el fin de protegerlos contra ese tipo de experiencias, sin embargo otros padres buscan cuidados tempranos y preventivos para sus hijos.

El dentista se verá frustrado en sus esfuerzos para prevenir y controlar el dolor en tratamientos dentales de niños cuando no pueda identificar y tratar bien 2 hechos.

- 1.- 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.
2. El niño tiene una capacidad limitada para describir claramente sus experiencias y sentimientos y también se ven limitados para expresarlas objetivamente en especial cuando sufren o están atemorizados.

El dolor se define como una experiencia emocional y sensorial molesta asociada con un daño potencial o real de los tejidos. El control del dolor es obligación del odontólogo, como cualquier otra parte de la protección. Es importante establecer

lineamientos para la evaluación y tratamiento de los niños y no debe existir la flexibilidad suficiente para adaptarlos a las circunstancias individuales, pues la respuesta en el comportamiento de los niños está muy lejos de ser uniforme y es imperativa la objetividad en la evaluación.

La ansiedad es definible como aprensión de origen substancialmente desconocido o no reconocido.

El temor es una reacción de ansiedad que brota de una fuente reconocida.

El grado de ansiedad que experimenta un niño estará relacionado con su historia odontológica previa. Existen otros factores, que serán considerados en su momento. La ansiedad puede influir sobre la receptividad para concentrarse en las técnicas usuales de orientación.

El establecimiento de una confianza puede requerir un largo período en el paciente sumamente ansioso. La seguridad del profesional y del personal reducirá los niveles de ansiedad.

Un niño puede reaccionar de manera claramente distinta en una visita inicial normal que en una visita de emergencia. Por ejemplo los niveles de ansiedad en una visita de emergencia que exija cirugía bucal estarán con frecuencia elevados en padres e hijos y puede haber una mala influencia sobre las pautas de conductas.

Los problemas dentales más importantes que pueden desencadenar una sintomatología con más frecuencia en el niño son: la erupción dental, problemas dentales, como pulpitis o abscesos, problemas dentoalveolares, gingivostomatitis herpética, impactación de comida en espacios interdentes, parotiditis y síndrome de evitar el dolor.

1.1.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA RELACIÓN DEL MIEDO Y LA ANSIEDAD

El miedo y la ansiedad ha habitado los lugares y ha vivido todas las épocas. Su rostro se adivina en el rumor de las olas, en el movimiento de las nubes, en la oscuridad de la selva, en la contaminación de los océanos, en las radiaciones atómicas, en el silencio de las tinieblas. Sus parientes cercanos son la angustia, el espanto, la fobia, el terror, el pánico, la sicosis, el pavor. El miedo y la ansiedad ha sido y es una experiencia común a todos los hombres. Afecta al recién nacido desde el momento en el que se separa de su madre, y no lo abandona nunca más: en la infancia, aparece escondido trae la oscuridad (poblada de fantasmas, ladrones e infinidad de cosas creadas por la imaginación): y al cabo de los años se manifiesta con distintos contenidos y grados.

La historia abunda en ejemplos del cambio permanente de los motivos del miedo colectivo. Sin embargo, mientras prosigue sin tregua esta renovación cambiante y a través de ella el miedo se perpetua más allá de las circunstancias de tal o cual época.

El miedo y la ansiedad desempeñan un papel importante en la vida de toda sociedad, aunque no siempre sea consciente de ello. El hecho que estos temores se reiteren con regularidad, y hasta con lo que se podría denominar una especie de insistencia.

Hay 2 hipótesis relacionadas con el miedo y la ansiedad: la primera, estéril que pretende explicarlo todo por el amor, no resiste la multiplicidad de los casos, la segunda en cambio, según la cual estas emociones colectivas tendrían un sentido, es decir, una función con respecto a la existencia del grupo no parece mucho más interesante.

El terrorismo es la sistematización del extremismo en el miedo; existiendo un terror ,pánico que para nosotros no se distingue del pánico mismo, y que por lo tanto, no será abordado.

Desde el punto de vista histórico, la revolución Francesa fue la iniciadora: el 5 de septiembre de 1793, la asamblea aceptó implantar el terror por iniciativa de Billaud - Valemme, Cahumetle y Hebert.

El primer estudio que se ha hecho con carácter científico de este tipo de fenómenos, (miedos desmesurados), es probablemente el de H. Cantril (The invasión From Mors Princeton University Press, 1940) ,que a partir de una enorme y siniestra conmoción que provocó involuntariamente Orson Welles en 1938, entre sus auditores cuando era locutor radial, lanzó al aire la adaptación radiofónica de un episodio de la Novela de

H. G. Wells, la guerra de los mundos, para la cual utilizó sonidos especiales con el fin de darle más calidad a sus anuncios.

1.2 .- ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS DEL MIEDO Y ANSIEDAD

Los términos miedo y ansiedad han sido utilizados indistintamente. Algunos autores (Weinsterny Getz T. Chain Human Behavior Scince Reseauch City Associates. Inc. Chicago U.S.A. 1978.) las diferencian, mientras que otroslas usan sin marcar diferencias entre ellos.

Esta revisión bibliográfica presenta algunos aspectos sobre ambos términos.

El miedo al tratamiento dental y sus consecuencias son un problema de suma importancia para el dentista, el cual lo único que debe pretender es brindar al paciente un tratamiento dental integral óptimo.

Fridson y Feldman realizaron en 1958, un examen Nacional de Salud Oral en los Estados Unidos, en el cual encontraron que el 51% de la población reportó no acudir al dentista, de ese porcentaje, el 9% daba como razón de ésta inasistencia el miedo.

Otro estudio realizado por el Dr. Crockett en 1956, reportó que el 5 al 6% de la población en general, y un porcentaje tan alto como el 16% de los niños en edad escolar, evitan ir al dentista por miedo.

Quizá el primer reconocimiento escrito de la importancia de la ansiedad como determinante del comportamiento , se encuentra reportado en un tratamiento de filosofía "Arabe Alá Hazim de Cordoba", el cual propone la universalidad de la ansiedad como una condición básica de la existencia humana y un motivador primario de cuanto hacemos.

El miedo ha sido objeto de varias investigaciones y tema de interés desde tiempos remotos, pero la ansiedad no fué reconocida como una característica de la humanidad sino hasta 1977.

La ansiedad ha existido desde tiempos remotos, pero antes de que las explicaciones clínicas y médicas alcanzaran cierto grado de complejidad para identificarla (para lo cual se le consideraba como una especie de fiebre galopante "Flujo Sanguíneo" o "Dolor Incontenible"), se consideraba que solo formaba parte del miedo.

Freud , fué el primero en proponer un papel determinante a la ansiedad en la formación de los estados neuróticos psicósomáticos; para él la ansiedad era "El fenómeno fundamental y el problema central de la neurosis", llegó a considerar que la ansiedad era "La tarea más difícil que hemos propuesto".

Freud opinaba que la ansiedad era "Algo que se siente" un estado emocional o condicional del organismo humano, particularmente desagradable en los estados de ansiedad y los definió en forma general como "Todo lo abarcado por la palabra Nerviosismo", y ello incluía componentes fisiológicos conductuales y sus relaciones con la experiencia.

Weinsten y Getz en 1978 describieron a la ansiedad como un estado afectivo de carácter desagradable.

Es una reacción característica de todos los organismos, ciertamente de los seres más avanzados.

La ansiedad se genera a partir de una situación de peligro, consisten en dar aviso de una situación y puede ser el resultado de actitudes modeladas y de comportamiento de otros que influyen en las opiniones y sentimientos de las personas.

Se sabe que el miedo es una de las emociones primarias que se manifiestan inmediatamente después del nacimiento. El niño está inconsciente de la naturaleza del estímulo que produce el miedo y a medida que el niño va creciendo existe un aumento en el desarrollo mental que da al niño una conciencia de identificación del estímulo que produce miedo.

La ansiedad también puede ser definida como un miedo a una situación específica, un evento a una persona, para usar el término psicológico, propio a un "estímulo".

El estímulo puede ser algo muy específico como una inyección a un evento más general, como una visita al dentista o al médico.

La fobia ha sido definida como un miedo irracional, es una sobre respuesta a una situación específica o a un estímulo; es un miedo exagerado, inexplicable e ilógico a un objeto en particular a un conjunto de objetos.

1.3.- DEFINICIÓN DE LOS TÉRMINOS MIEDO Y ANSIEDAD

MIEDO

El miedo ha sido descrito como una emoción que ocurre en situaciones de tensión o incertidumbre en la que la persona que lo experimenta se siente amenazada y sin ayuda.

El miedo se origina de una exposición a lo desconocido o de una situación poco familiar.

Para Freud el miedo se refiere a "la desagradable sensación producida por la anticipación de algún daño o herida causada por algún peligro real en el mundo exterior.

Cuando el miedo se vuelve exagerado, inexplicable e ilógico a un objeto en particular o a un conjunto de objetos es definido como fobia.

TIPOS DE MIEDO

La mayoría de los miedos o temores en el paciente infantil son desarrollados en dos formas principalmente:

- 1) Objetivos
- 2) Subjetivos

"Objetivos"

Los miedos objetivos son los que se desarrollan por medio de los sentidos, es decir, son aquellos que se sienten, ven, huelen, oyen o saborean, y que son de naturaleza desagradable para el niño. Un ejemplo de esto, puede ser lo que el niño siente al producirle dolor cuando ha sido tratado por un dentista, lo que hace que desarrolle un miedo objetivo a tratamientos dentales futuros. Una vez que el niño ha sido lastimado en el tratamiento, es muy difícil que este acuda por voluntad propia al consultorio. Cuando el paciente regresa al tratamiento, deberá realizarse en forma cuidadosa tratando de no provocar dolor o molestia, para volver a establecer la confianza del niño en el tratamiento dental.

Los miedos objetivos también pueden llegar a desarrollarse por naturaleza asociativa, es decir que los temores dentales pueden ser relacionados con experiencias no asociadas con el dentista, como puede ser el miedo al pediatra o al médico de práctica general.

También se ha reportado que el olor característico de ciertas drogas o compuestos químicos asociados con dolor pueden llegar a desarrollar miedo injustificado, tal como es el caso de formocresol utilizado en odontopediatría para la técnica de pulpotomía, a los cementos. (como el sulfato de zinc y el Z.O.E), utilizados para la cementación de coronas dentales.

Finn S. En su libro odontología pediátrica "nos dice el término doloroso puede asociar dolor con la odontología y causar la aprensión al tratamiento dental". Un ejemplo de esto puede ser una pulpitis reversible.

"Subjetivos"

Los temores subjetivos son aquellos que el niño no ha experimentado anteriormente, es decir que son generalmente por sentimientos y actitudes. También pueden ser desarrollados por imitación.

Un niño que observa el tratamiento dental de otro paciente, el cual presenta un mal comportamiento debido a temores, puede adquirir miedo hacia el mismo hecho que está observando.

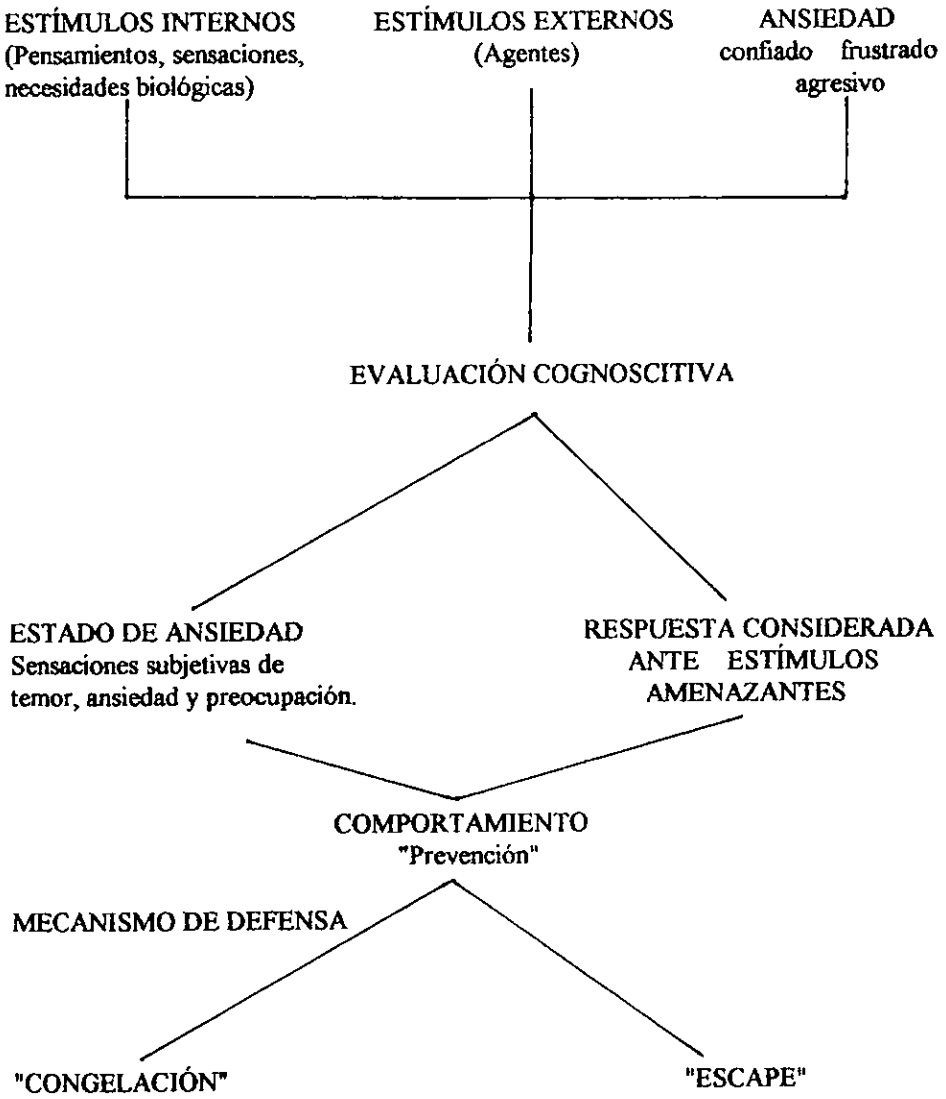
ANSIEDAD

Definición:

Varios autores la han definido de diferentes maneras, siendo las más importantes las siguientes:

- 1) Freud, S. , en 1936 , describió la ansiedad como un estado afectivo de carácter desagradable, generándose de una situación de peligro. La ansiedad avisa la presencia de ciertas situaciones desconocidas, siendo una reacción característica de todos los organismos, ciertamente de los seres razonables. Se genera de una situación poco familiar.
- 2) Carrol, H. A. , la ansiedad es el resultado de actividades modeladas y de comportamientos que influyen en las opiniones y sentimientos del niño.
- 4) Weinstein y Getz, reportan que la ansiedad es una entidad "Persa" y puede ser un rasgo de personalidad , las observaciones sugieren que la ansiedad varía de una persona a otra, y aún en la misma persona de tiempo en tiempo.

Generación de ansiedad "Estímulo"



CAPITULO II

DESARROLLO NORMAL DE LA PERSONALIDAD

Un enfoque psicológico adecuado es de importancia primordial en el manejo de la conducta del paciente odontológico infantil, para aliviar las aprensiones del niño y promover una buena relación entre el y el odontólogo.

Chambers (1970) ha descrito varias técnicas para guiar el aprendizaje de los niños, estas, incluyen las técnicas básicas de motivación como:

Desensibilización.

Modelamiento.

De Refuerzo.

Existen muchos modelos para describir la psicología del dolor. Uno de estos se basa en la noción de que la conducta producida por el dolor es la única expresión de él. El término dolor, se refiere a una experiencia puramente sensorial inducida por un estímulo nocivo. El dolor a su vez puede causar sufrimiento, que es una respuesta como la queja, la expresión facial, los movimientos defensivos, etc.

La calidad y cantidad de dolor experimentado por una persona se basa exclusivamente en su conducta. Y puesto que esta se deriva del sufrimiento que a su vez puede estar influenciado por otros factores, como la depresión y la ansiedad.

La ansiedad tiene un origen externo y otro interno. El primero producido por el ambiente y el segundo por el dolor experimentado. Para impedir el sufrimiento en una situación desagradable debido a un dolor, no sólo es necesario reducir la estimulación nociva por medio de un bloqueo anestésico local, sino también eliminar la ansiedad innecesaria. Si se brinda al paciente la oportunidad de controlar el hecho nocivo señalando al odontólogo que cese la acción levantando la mano, se conseguirá reducir su ansiedad. Puesto que esta ansiedad en el paciente dental está relacionada por la incertidumbre de lo que va a suceder, es importante presentar e informar al paciente sobre todos los procedimientos que se le van a efectuar:

1. Justificación del tratamiento.
2. Fases del tratamiento.
3. Duración del tratamiento.
4. Situaciones dolorosas esperadas.

Durante el tratamiento es importante informar al paciente cuando se espera que comiencen y terminen tales situaciones dolorosas.

Los dolores más frecuentemente asociados al tratamiento dental son: en cirugía en tratamiento de pulpa vital, la preparación de cavidades, presión y vibración de la instrumentación, otros procedimientos son las inyecciones de anestesia, colocar dique de hule y colocar películas de aleta de mordida.

La mayoría de los adultos pueden aceptar cierto grado de dolor durante el tratamiento dental porque saben que será de corta duración. El niño no tiene este conocimiento debido a un distinto concepto del tiempo y cualquier sensación dolorosa inducirá psicológicamente confusión y alguna reacción. Su descripción del dolor es probable que sea una exageración o una infravaloración, la intensidad del dolor inducido por un estímulo similar varía extremadamente entre niños y entre adolescentes. El hecho de que el umbral del dolor en los niños invariablemente sea sobrepasado, debe empezarse la preparación de cualquier tipo de tratamiento como es con la anestesia local.

El odontólogo puede comprobar el umbral del dolor para cada paciente. Haciendo una prueba en una cavidad muy pequeña por medio de la fresa se observa al mismo tiempo la más ligera señal de dolor como el movimiento de la nariz, el parpadeo de los ojos, la dilatación de las pupilas, etc. Con estas observaciones es posible juzgar el nivel de la sensación del paciente y la necesidad de la anestesia local.

PACIENTE DE URGENCIA

El niño con dolor de muelas que se presenta como paciente de urgencia, plantea problemas especiales. Estos problemas se complican por el hecho de que padres e hijos están alterados por la noche sin sueño. Estos factores contribuyen a la posibilidad de una experiencia negativa para el niño, los principios del tratamiento deben consistir en identificar la urgencia del problema, revisar la historia, establecer el diagnóstico, evaluar las ansiedades paternas y del niño y aliviar el dolor sin extracciones, si fuera posible.

DOLOR POSOPERATORIO

Generalmente no es serio en niños muy pequeños. El dolor postoperatorio más común que experimentan los niños no es causado por el tratamiento dental, sino por morderse y masticarse lengua, labios y carrillos, que realizaron cuando estaban insensibles después de anestesia de bloqueo o infiltración.

MÉTODOS Y AGENTES PARA CONTROLAR EL DOLOR Y EL MIEDO EN PACIENTES NIÑOS

La asistencia dental del niño exige un contacto personal de confianza mutua entre el equipo dental y el paciente. Los procedimientos odontológicos son el factor que va a influir más justo con el temor y la ansiedad, molestias poco importantes, pero debe evitar totalmente el dolor más acentuado.

MEDIDAS PSICOLÓGICAS

La creación de una atmósfera de confianza en la consulta dental y el manejo prudente de la capacidad de sugestión del niño puede reducir en gran medida las molestias derivadas del tratamiento dental.

El odontólogo puede controlar algunos factores dentro del consultorio como:

1.- El ambiente del consultorio

Orientado al niño, las necesidades ambientales del niño difieren de las del adulto, y es necesario planificar un consultorio odontológico que aliente un sentimiento de comodidad y familiaridad en el niño.

2.- Ubicación y diseño del equipo

Se deben reducir al mínimo los estímulos visuales potencialmente negativos.

3.- Personal odontológico

Debe ser personal capacitado y conocer sus deberes, tener conciencia de que está sucediendo en el consultorio y comprender los objetivos perseguidos de cada sesión.

4.- Programación de las sesiones

Realizar un plan de tratamiento adecuado a lo que se le va a realizar y en base a eso organizar las sesiones.

5.- Orientación

Informar a los padres el plan de tratamiento a seguir y hacerles notar la importancia de su colaboración en el mismo; así como , cada sesión, con el paciente.

6.- Organización del consultorio

7.- El odontólogo

Debe ser objetivo y tener capacidad para evaluar a los niños con exactitud.

Se habrá de tener presente que un desliz verbal o una observación captada por el paciente puede tener el efecto opuesto. Se evitarán palabras como "sentir" y "dolor"; para muchos pacientes, frases como: "esto no lo va a sentir" o "no te va a doler", son solo una advertencia de que sentirán dolor, solo que no saben cuando, los métodos psicossomáticos varían de la simple sugestión a la hipnosis, en si el profesional que intenta el uso de hipnotismo debe poseer el conocimiento adecuado de las diversas técnicas. Los niños generalmente no logran estados de trance hipnótico profundos, y se utilizan raramente al tratarlos.

La evaluación de la conducta del niño y su clasificación es muy importante para desarrollar una técnica metódica para orientar la cooperación. Según la clasificación de Frankl, se divide en:

1. Cooperador
2. Falta de capacidad de cooperación
3. Conducta potencialmente no cooperadora

Nota: esta última podríamos ampliarla especificando que el paciente presentará conducta desafiante, descontrolada, tímida, tensa y llorosa.

Acondicionamiento:

Cuando los niños llegan al consultorio para su atención odontológica, sin haber tenido experiencia previa de este tipo, se pueden establecer pautas de comportamiento apropiado mediante el empleo del refuerzo positivo, se utilizará la técnica de diga-muestre-haga y se tomarán todos los cuidados para asegurarse que el niño esté bien informado de los procedimientos pendientes.

Reacondicionamiento:

Los niños que necesitan esta técnica demuestran ansiedad, temor o simplemente pautas de conducta negativas. Es necesario superar una historia pasada de refuerzo negativo y reeacondicionar con una serie de asociaciones positivas.

Restricciones:

La restricción puede tomar una diversidad de formas, desde ponerlas sobre los hombros o las manos sobre la boca, la consideración esencial residiría en la naturaleza de la pauta de conducta del niño, pues cualquier forma de restricción es una forma de

castigo. El objetivo es lograr el control del paciente y si fuera necesario impedirle que emita sonidos cubriéndole la boca con la mano.

El dolor puede definirse como una sensación desagradable creada por un estímulo nocivo que es mediado por vías nerviosas específicas dentro del sistema nervioso central, donde es interpretado como dolor.

La transmisión del impulso creado por el estímulo nocivo y la interpretación así con la reacción al impulso demuestra que el dolor posee un aspecto dual en el cual hay una percepción al dolor y una reacción al mismo.

La percepción al dolor es el proceso fisiológico por el cual el dolor es recibido y transmitido por estructuras neurales de órganos terminales y receptores del dolor.

La reacción al dolor, por otro lado, es la manifestación del paciente a la percepción de una experiencia desagradable.

Aunque la percepción al dolor está localizada dentro de la corteza cerebral; depende también de otras estructuras anatómicas tales como terminaciones nerviosas libres o receptores del dolor, fibras sensitivas aferentes para conducir los impulsos desde el sitio del estímulo original.

Las terminaciones nerviosas libres o receptores del dolor son nervios desnudos, los cuales son llamados nociceptores. Los impulsos dolorosos son conducidos al sistema nervioso central por dos tipos de fibras nerviosas; mielínicas de 3a. Somáticas de grosor que conducen sensaciones dolorosas cortantes y localizadas y fibras amielínicas de 0.5 a 1 micrón que conducen dolores secundarios.

Antes de que ocurra el dolor, debe existir cambios en el medio ambiente del tejido. Estos cambios actuarán como estímulos suficientemente extensos para excitar las terminaciones nerviosas libres. Una vez que se alcanza la intensidad mínima se excita la terminación nerviosa y se crea el impulso.

Cuando el estímulo es débil se afectan solo algunas fibras nerviosas y cuando es mayor se excitan un número mayor o todas las fibras nerviosas.

Los seres son capaces de experimentar una gran variedad de sensaciones en adición al dolor, cada una es recibida por un tipo específico de terminación sensorial nerviosa, por ejemplo: Dolor.- terminaciones nerviosas libres tacto corpúsculos de Meissner, Calor.- órganos terminales de Rutelini, Frío.- terminaciones bulbosas de Krause, Presión.- corpúsculos de Pacini.

Sin embargo existen estructuras tales como los dientes en donde el dolor es la principal modalidad de sensación.

El rostro humano , la boca y la faringe tienen una gran cantidad de nervios sensoriales que se relacionan principalmente con el V nervio craneal (trigémino), pero también hay contribuciones del VII (facial), IX (glossofaríngeo) y X (neumogástrico).

Las neuronas sensoriales son unipolares con los núcleos de sus células situadas en ganglios como el gaseariano del trigémino las fibras mielínicas se extienden periféricamente del núcleo de la célula al órgano receptor.

Los estímulos nerviosos viajan a través de la fibra y llegan al núcleo del ganglio , de ahí pasan al tálamo las sensaciones son integradas, filtradas y organizadas. Del tálamo las neuronas proyectan a la corteza cerebral donde se percibe como dolor.

REACCIONES DEL PACIENTE AL DOLOR Y MIEDO

La reacción al dolor involucra la corteza cerebral y representa la integración y apreciación del dolor dentro del sistema nervioso central.

Esta respuesta al dolor varía día a día en la misma persona y de persona a persona.

El umbral al dolor es interpretado como inversamente proporcional a la reacción al dolor. Un paciente que es hiporeactivo se considera que tiene un umbral elevado del dolor mientras que un paciente hiperactivo se considera que tiene un umbral bajo del dolor.

El umbral al dolor no está dado únicamente por la percepción del dolor, sino que está influenciado por diversos factores físicos y psicológicos que contribuyen a la exacerbación o disminución del dolor. Algunos de estos factores son:

ESTADO EMOCIONAL: Cuando un paciente es, emocionalmente inestable tendrá un umbral bajo al dolor y su reacción al dolor estará incrementada.

FATIGA: En pacientes que están descansados, tendrán un umbral más elevado al dolor que aquellos pacientes que demuestran fatiga.

EDAD: Los individuos mayores toleran mejor el dolor que los pacientes jóvenes o niños y en casos de extrema senilidad, la percepción al dolor está disminuida por sí misma.

En estudios realizados por Jack W. Howitt (1963) en un grupo de niños cuya edad promediaba entre 8.3 y 17.3 años, se encontró que el factor más importante era la inteligencia del niño independientemente de la edad y sexo.

ATENCIÓN: Cuando una persona se concentra en la observación de su dolor este es percibido con mayor intensidad.

ANSIEDAD Y TEMOR: El umbral al dolor se hace más bajo conforme aumentan el temor y la ansiedad. Además el temor y la ansiedad se acompañan de tensión muscular y aumento de secreciones glandulares como sudoríparas o suprarrenales lo que contribuye con dolores relacionados con el sistema musculoesquelético.

DEPRESIÓN: Se caracteriza por disminución de la actividad, trastorno del sueño y alimentación. Esto hace que exista un mayor tiempo para pensar en el 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 valoración de los padres y finalmente examen clínico y valoración.

DESCRIPCIÓN DEL DOLOR

El dolor puede ser superficial, punzante, continuo, pruriginoso u/o profundo.

Debido a que los niños no pueden describir adecuadamente sus sensaciones de dolor los padres demoran su atención odontológica hasta que el dolor se vuelve casi insoportable. Es raro también que los niños finjan dolor dental.

EXAMEN DE LAS CAUSAS DEL DOLOR

Es exámen clínico de un paciente con dolor o temeroso del mismo debe hacerse con mucha cautela, debe primero tranquilizarse al paciente.

Un signo bastante fidedigno de un diente que molesta es una acumulación unilateral localizada de materia alba que indica que se evitó masticar y limpiarse la boca a causa del dolor que existía en esta área.

El dolor psicogenético puede definirse como una sensación implacentera, la cual no tienen una base orgánica. Este dolor tiene un origen mental y se fija en alguna porción de la anatomía.

El dentista deberá tener cuidado al establecer el diagnóstico del dolor psicogénico. Deberán utilizarse todos los métodos y medidas posibles para encontrar la fuente de origen del dolor antes de diagnosticar un dolor psicogénico.

EFFECTOS DEL DOLOR EN EL SISTEMA AUTÓNOMO

El dolor y el miedo al mismo tiempo producen efectos en el sistema nervioso autónomo.

Se ha demostrado que hay un aumento de la frecuencia cardiaca, un aumento de la temperatura de la cara y una baja en la temperatura de las manos, así mismo hay un aumento en la sudoración.

En un estudio realizado por Irwing I. Ship se demostró que conforme aumentaba la ansiedad durante el tratamiento dental hay una disminución en el recuento de eosinófilos.

EMOCIONES Y REACCIONES AL DOLOR

No todas las personas reaccionaba de manera análoga al mismo dolor, algunas presentan reacciones violentas a dolores soportables y otras soportan dolores intensísimos antes de reaccionar. Esto depende de las diferencias en la constitución psíquica del paciente.

Las reacciones al dolor pueden manifestarse como expresiones faciales, llanto, pataleo, sudoración, taquicardia y alteración respiratoria.

2.1. TEORIAS PSICOLÓGICAS DEL DESARROLLO

DARWIN

Una línea de influencia sobre el campo moderno del desarrollo infantil arranca del campo de la biología. En primer lugar debe mencionarse a Carlos Darwin, por sus principios sobre la cualición natural, basados en la manifiesta sobrevivencia aparente de aquellos organismos mejor adaptados a las condiciones ambientales en que nacieron por casualidad. Dentro de esta condición el humano adulto es considerado como el ejemplar inevitable y más altamente desarrollado de la especie animal. Sin embargo, Darwin también se interesaba personal e intensamente por los infantes y los niños pequeños (Darwin 1877). En su esquema biográfico de un infante, Darwin se revela como un observador advertido de su propio hijo cuando nota, por ejemplo, los numerosos reflejos de éste en sus primeros días de vida, su fijación visual en una mancha luminosa al noveno día de nacido, y su respuesta al olor y tibieza de pecho materno a los treinta y dos días de edad luego pasa a describir reacciones de ira, expresiones de temor, de sensaciones placenteras y de cariño; describe también la "asociación de ideas".

El estudio de la biología del desarrollo, esencialmente un producto de la época de Darwin, condujo en poco tiempo a la amplia documentación del proceso físico que el niño realiza desde el nacimiento hasta la adolescencia y la edad adulta. Verdaderamente, gran parte de la actividad en el campo del desarrollo infantil tuvo como modelo principal a la escuela antropométrica de investigación o escuela de crecimiento físico. La edad cronológica era la variable independiente contra la cual se graficaba numerosas medidas físicas; a fin de proporcionar un cuadro normativo del niño normal en crecimiento; y era con base en esas normas o "promedios de desarrollo" como se infería si determinado niño podía ser considerado o no como típico de su edad.

Bajo la influencia Darwiniana, se pensó que los niños, en varias etapas de su desarrollo inicial eran bastante parecidos a algunas especies antiguas mostradas por la historia de la evolución.

FREUD

La teoría freudiana, basada tanto en supuestos sobre la naturaleza biológica del niño y su dependencia física con respecto a los adultos, como en el supuesto de que los procesos del pensamiento humano son los más altamente desarrollados entre los procesos de todas las especies, tenía un inconfundible sabor darwiniano. Sumamente influenciados por el pensamiento evolucionista estaban, incluso, las nociones freudianas básicas: La experiencia primera determina de modo importante la conducta posterior;

y la clave para la sobrevivencia psicológica abarca el ajuste de los impulsos de la persona a los requisitos de la sociedad.

GESELL

Representante del enfoque genético es también Arnold L. Gesell, quien fue uno de los recopiladores más productivos de las normas sobre el desarrollo, a su muerte, en 1961, había proporcionado la documentación más amplia sobre conductas específicas propias de una edad determinada del niño en desarrollo.

Como discípulo de Hall y como profesional dedicado a la práctica de la patología del desarrollo, llevaba consigo la idea preconcebida bastante perdurable, reflejada en la cita siguiente de que las tendencias innatas hacia el desarrollo óptimo fijan la tasa de crecimiento y aprendizaje en cada niño, en lo cual apenas intervienen las circunstancias ambientales.

En ocasiones, Gesell llegó incluso a sugerir que mediciones bioquímicas podrían finalmente revelar los auténticos secretos de diferencias individuales en la "energética o dinámica" no solo del crecimiento fisiológico sino también del desarrollo de aptitudes. En este aspecto, Gesell quiso reducir toda aclaración a una explicación fisiológica, tanto como Freud, quien igualmente se quejaba a veces de que en su época no estuvieran disponibles las técnicas e instrumentos idóneos para la exploración fisiológica de diferencias en el desarrollo psíquico.

De lo anterior no debe corregirse que Gesell no creía en la eficacia de los factores ambientales para determinar el desarrollo conductual o emocional, al contrario sino ambos interaccionistas sostenían que el conjunto heredado o constitucional de respuestas de infantes es la materia prima de la cual se forman nuevos adelantos en el desarrollo.

Freud describía al humano presocial como un "Perverso polimorfo", a quien el proceso de socialización ambiental exigiría, en su debido tiempo innato y sus impulsos de posesión y de placer.

Tanto el enfoque freudiano como el de Gesell eran conductistas, dado que sus observaciones versaban sobre la conducta instigada por situaciones estimuladoras específicas.

En otros casos, reparan en la conducta que sucede muy naturalmente a lo largo de la vida del individuo.

El método de ambos científicos consistía en efectuar observaciones confiables o repetibles sobre la conducta, y luego en explicar dicha conducta en función de las condiciones o causas antecedentes que parecían haberla estimulado. Para Freud, las causas eran antes que nada motivaciones, y emanaban tanto de la experiencia como de disposiciones genéticas. Para Gesell, estaban principalmente relacionadas con la madurez, aunque apoyos ambientales daban licencias al crecimiento y desarrollo.

Gesell piensa que los niños asciendan con energía constante los escalones del desarrollo con el propósito de alcanzar el estado de madurez definitivo al que fueron destinados en virtud de su dotación genética. Con base en sus observaciones sobre el encadenamiento de la conducta durante el desarrollo Gesell compuso una serie de principios que según él, funcionaban en todos los niños, y que él consideró como "causas" de tendencias de la conducta. El principio de dirección de desarrollo estaban ejemplificados por el hecho de que el cambio en la conducta parecía proceder "cefalo-caudalmente"(de la cabeza a los pies) y "proximocercanamente" (del torso hacia afuera a las extremidades). Su principio de entrelazamiento recíproco se encaminaba a honrar 100 graduales, afinamiento visto durante el desarrollo en la mecánica de las acciones de músculos de acción opuesta. Para él las fluctuaciones de dominio, durante el desarrollo, entre las flexiones y los extensores, significaban una intrincada labor a punto de cruz o un enmarañado entrelazamiento que organiza sistemas musculares dentro de la relación de y en este sentido. Gesell sigue más la conducta "proceden de dentro", la tradición de filosofía de Rousseau que la de Locke, como Servera posteriormente.

EL ENFOQUE CONDUCTISTA

El descubrimiento fundamental de Pavlov consistió en que un estímulo o señal presentado a un perro precisamente antes de presentarle el alimento, llegaría finalmente, después de varias experiencias asociadas similares a excitar el flujo de saliva aun que dicho estímulo ya no fuera seguido por el alimento.

Tal reacción, por medio del cual el organismo asocia un estímulo neutro con un estímulo efectivo, y crea de este modo, una asociación entre los dos, de manera que el estímulo neutro mismo se convierte en un estímulo efectivo para provocar una respuesta o reflejo biológico, sin necesidad de que este presente el estímulo biológico. Este descubrimiento abrió el camino para que el desarrollo conductual de los niños se tratara como el agregado gradual de respuestas condicionadas cada vez más complejas. En Norteamérica, el sustentado más firme de esta concepción fué John B. Watson (1928) quien promovió una teoría enteramente conductista y escribió un polémico manual sobre la naturaleza y cuidado psicológico de los lactantes.

El enfoque de Watson tiene raíces más antiguas. En Textos hebreicos muy viejos se encuentran útiles sugerencias sobre como se podía alentar y educar a los niños; por ejemplo, se dejaría caer una gota de miel sobre la tablilla de escritura cuantas veces el niño realizara aprobables tareas de escritura y lectura. Era ese un procedimiento similar al de Pavlov, pero se parece más todavía al de B.F. Skinner, un teórico más reciente del aprendizaje.

Posteriormente, algunos filósofos se preocuparon también por describir la naturaleza de los niños y por los problemas de guiar y disciplinar su desarrollo. John Locke, en el S.XVII, se preocupó especialmente por las presiones naturales o preponderancias de constitución en un tratado sobre su pensamiento acerca de la educación, Locke aborda la plasticidad de la conducta, la cual según juzga está sumamente influida por recompensas ambientales que podrían vivificar o sofocar las curiosidades naturales de los niños. Locke era bastante receloso con respecto a la *terquedad* de los niños, , y advertía que la pasión de voluntad y dominio debía ser tratada a tiempo a fin de impedir que se continúe en la edad adulta, edad en que según Locke, tal comportamiento constituía un gran desajuste.

Para él las fluctuaciones de dominio, durante el desarrollo, entre los flexores y los extensores, significaban una intrincada labor a punto de cruz o un enmarañado entrelazamiento que organiza sistemas musculares dentro de las relaciones de y en este sentido Gesell sigue más la conducta procedente de dentro; la tradición de la filosofía de Rousseau que la de Locke como sería posteriormente.

Empero, advertía también que no se usaron con frecuencia los golpes y reprimendas, a fin de que tales medios de control no infundieran un sentido de vergüenza y aprehensión al desagrado de los padres (Kessen, 1965).

Aunque a menudo se afirma que es característico de Watson sostener una teoría rigidamente ambiental, en que las deficiencias biológicas ambientales no desempeñan supuestamente ningún papel, Watson en realidad era un psicólogo bien capacitado en el campo de la fisiología antes de volver su atención a la tecnocracia conductista, además fué uno de los primeros en intentar la documentación empírica de la capacidad de reflejos de recién nacido. Fué Watson quien propuso que existen tres reflejos incondicionados principales (temor, ira y amor) y quien se esforzó por especificar las condiciones estimuladoras que despiertan esas conductas.

EL ENFOQUE COGNOCITIVO

Un siglo después de Locke, otro educador y filósofo Juan Jacobo Rousseau, obtuvo observaciones y conclusiones bastante distintas acerca de las necesidades y deseos infantiles: sus observaciones y conclusiones estaban en desacuerdo con los de Locke. Rousseau quien dio su nombre al instituto en Ginebra, Suiza, pensaba que la época de la niñez es un período en que las exploraciones efectuadas por los niños y las consecuentes respuestas del medio a esas, eran de suprema importancia para realizar el tránsito a la edad adulta.

Según Rosseau, la pasión de dominio constituía el medio que impulsaba a los niños a explorar el medio ambiente y a aprender acerca de este y a resolver problemas. En consecuencia, su tipo favorito de control consistía en imponer al niño un atmósfera de relativa tolerancia; a los profesores demasiado celosos de su deber, les advertía que fueran sencillos, cuerdos y eficientes. Esta dicotomía entre la concepción de Locke y la de Rousseau; suministra las bases, incluso hay en día, para distinguir los enfoques de distintos padres, profesores y psicólogos. Skinner, por ejemplo, sigue la corriente de Locke a través de Watson; Piaget adopta la tendencia de Tousseau a través de William Mc. Dougall, notable psicólogo de instinto contemporáneo de Watson.

Al igual que Gesell, la concepción de Piaget acerca de las fases de desarrollo depende en gran parte de la edad. Una similitud más entre los dos es que ambos sostienen que el desarrollo implica dominio de una sucesión de fases, de modo tal que una fase de mayor madurez no se puede alcanzar mientras no se haya atravesado por la fase de menor madurez. Es imposible tener un metro de estatura si antes no se ha tenido metro de estructura; asimismo, nadie puede caminar si antes no ha podido mantenerse de pie, y primero hay que pronunciar palabras antes de hablar con oraciones. Esta cuestión puede plantearse así; ¿La disposición descriptiva de conductas crecientemente complejas como una función de la edad, está adecuadamente explicada por una referencia a la cronología del asunto?. En la época de Aristóteles era aceptable "explicar" la caída de una piedra recurriendo a la observación de que es propio de la naturaleza de las piedras caer al ser soltadas en el vacío. Semejante análisis de la acusación no parece lo suficientemente informativo al moderno conductista. Sin embargo, el análisis es causa en del enfoque cognocitivo, así como en el enfoque genético, es distinto del enfoque conductista y no necesariamente inferior a este, una exposición técnica de las diferencias.

EL ENFOQUE PSICOMETRICO

Hace muchos siglos, Platón sugirió que los niños poseen y muestran diferencias innatas en sus aptitudes especiales. Proponía que los niños deberían ser alertados a emprender estudios y oficios que aprovecharan de modo óptimo esos talentos especiales; tal propuesta señala a Platón como una especie de abuelo filosófico del moderno test de aptitudes.

En el moderno test de aptitudes, se emplean pruebas objetivas estandarizadas para valuar variables de interés. En el enfoque psicométrico orientado al desarrollo, se usan tests similares para estudiar cambios en el desarrollo presentados por dichas variables. Por ejemplo una enorme cantidad de investigaciones han documentado el desarrollo intelectual usando pruebas estandarizadas del consciente intelectual. En dichas investigaciones uno de los tests más preferidos es el de Stanford-Binet. Alfred Binet y Theodore Simón prepararon la versión original de ese test para el Ministerio de Educación Pública Francés, con el propósito de identificar a los niños incapaces de beneficiarse de la enseñanza ordinaria impartida en el salón de clases.

El test que elaboraron tuvo éxito con respecto a ese propósito el cual sigue siendo la finalidad práctica esencial de los modernos test de CI. En la Universidad de Stanford, Lewis M. Terman y sus colegas revisaron una versión posterior del test de Binet y Simón, dispuesta específicamente para niños norteamericanos; como resultado obtuvieron el test Stanford-Binet, de tan alta estima que otros tests de CI. Con frecuencia son validados mostrando que sus puntuaciones guardan correlación con las puntuaciones que se obtengan en el test Stanford -Binet.

2.2. FACTORES GENÉTICOS QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DE LOS INDIVIDUOS

En 1865, Gregor Mendel publicó unas leyes sobre la transmisión genética, las cuales, aunque basadas en sus meticolosos estudios sobre los guisantes, han tenido serias repercusiones respecto a la comprensión de la herencia en los seres humanos. Al notar que los guisantes maduros siempre eran o lisos o rugosos, Mendel se preguntó si había regularidades predecibles en tales "productos" los cuales dependieran de las características que siempre producían una descendencia rugosa cuando los progenitores se autofecundaban, y otra línea de progenitores que siempre producían una descendencia lisa.

Luego, usando estas líneas puras Mendel fecundó de manera cruzada de plantas de línea lisa con plantas de línea rugosa y encontró que toda la descendencia híbrida era de piel lisa.

La característica de la piel lisa era entonces dominante y la característica de la piel rugosa era recesiva.

El paso siguiente que Mendel dio en esta serie importante de investigaciones fué permitir que la descendencia híbrida de piel lisa se autofecundara; de esta manera, los productos de esta autofecundación tenían dos progenitores de línea idéntica. Previo entonces que los productos de la Segunda Generación serían de ambas características. Esta previsión quedó confirmada: entre los productos de las líneas híbridas había guisantes de piel lisa y guisantes de piel rugosa. Más aún, la proporción de guisantes de piel lisa y guisantes de piel rugosa era de la 3a generación. La característica rugosa recesiva reapareció una vez en cada cuatro casos, por razones expuestas posteriormente.

Si bien Mendel sospechaba que algún tipo de elemento genético estaba involucrado en producir las características anteriores, no poseía los medios para probarlo ; investigadores posteriores lo harían. Actualmente, el campo de la genética incluye muchos conocimientos sumamente especializados.

Los seres humanos nacen con *muchas concesiones congénitas* que ayudan a establecer el curso de su vida desde el momento de su nacimiento en adelante, los genes contienen un programa de crecimiento que fija los límites esenciales de desarrollo. Los cromosomas parecen determinar como podríamos comportarnos o que podríamos llegar a ser.

No obstante, importa mucho en que será activado este potencial genético, ya que dos personas de idéntica *programación hereditaria* y similar *estructura constitucional* pueden, de hecho ser distintos por completo cuando sean adultos, en la adolescencia o incluso a los tres años. Sin embargo, existen sin lugar a dudas limitaciones genéticas a muchas y variadas características de nuestro desarrollo.

Inmediatamente después del nacimiento , y con probabilidad un poco antes, los estímulos presentes en nuestro medio y las consecuencias de nuestra conducta entran en acción para moderar nuestro comportamiento.

La *conducta de succión* sobreviene cuando un objeto de cierta forma es colocado en la boca del bebé. Dicha conducta de succión parece ser la misma en todos los recién nacidos, aunque existen algunas diferencias individuales interesantes. Si al niño se le proporciona, según la succión que realice, un líquido de sabor agradable, entonces se modifica la conducta de succión. Parece que el niño saborea mejor un líquido mientras

más despacio succione y mientras más dulce sea el líquido. El bebé realiza algunos periodos de descanso mientras succiona. Durante la succión se incrementa su ritmo cardíaco; esto muestra que el bebé es una criaturita que se da a querer, pero también indica como un sistema de respuestas del aun bastante joven organismo influye sobre otro sistema de repuestas. El grado de dulzura del líquido, la frecuencia con que se proporcione y las circunstancias en que sea suministrado son variaciones ambientales que constituyen consecuencias o reforzadores conductuales. Estos reforzadores pueden ejercer influencias importantes sobre la forma en que se comportará el bebé cuando se enfrente luego a condiciones estimuladoras parecidas y a la posibilidad de obtener resultados parecidos con sus respuestas.

Por lo tanto, la diferenciación genética y las variaciones constitucionales ayudarán de hecho, a determinar que recursos ambientales estarán bajo nuestro control. Al fin y al cabo, es prácticamente imposible decir ; si los cromosomas y las experiencias son las causas reales, o las causas más importantes de los cambios en el desarrollo.

2.3. FACTORES BIOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DE LOS INDIVIDUOS

La reciprocidad de la sociabilidad madura existe entre individuos y grupos y sigue, en cierto modo, algunos de los patrones subrayados por Moreno.

Período Presocializado

Desde el nacimiento hasta los 7 ó 9 años los individuos y los grupos muestran un patrón difuso, gran parte de la acción resulta independiente y falta de coordinación, los roles están mal estructurados. Hacia el final de este periodo podrán existir fuertes relaciones, pero espasmódicas, la incidencia de los patrones de atracción, repulsión y atracción mutua, todos ellos en desarrollo. Falta el valor del calentamiento y el reconocimiento de los fuertes sentimientos que entonces existen. En resumen, hasta los 7 ó 9 años, la personalidad del niño está pobremente formada, igual que el grupo al que pertenece.

Primer período socializado

De los 7 a los 9 años y de los 13 ó 14, hay un aumento de socialización en el individuo y en el grupo. Ahora los niños son capaces de organizar y poner en funcionamiento, sin ayuda del adulto, grupos sociales independientes. En ese momento el niño tiene la capacidad de desarrollar y usar una relación fuerte, basada en las propiedades reales de la aversión y el afecto; y a partir del contenido de esa relación, la sociedad y el niño crean fuertes estructuras de roles.

Segundo período socializado

El último período va de los 13 ó 14 años hasta la madurez completa. Mientras que en el primer período socializado existía una separación entre grupos adultos e infantiles, esas diferencias van desapareciendo, en especial al ir adquiriendo el adolescente cada vez más valores adultos. Al principiar este período surgen las separaciones sexuales y raciales, para transformarse en la etapa adulta, en una ruptura totalmente desarrollada. Si se presenta una personalidad total, existe entonces una serie completa de principios que funciona dentro del marco moreniano de referencia; telecalentamiento, interpretación de rol, espontaneidad - creación - preservación cultural y, señaladamente, la ley socio genética, que se estudiará en una sección próxima.

Moreno llamo diferenciación horizontal a la reciprocidad de sentimiento emocional, y creía que dicha reciprocidad seguía influyendo sobre la personalidad, el resto de la vida, hacia las semanas 40-42, las diferencias de fuerza física, movilidad y agilidad mental comenzaban a afectar la organización del grupo. Por breves periodos hubo líderes y seguidores.

Moreno llamó disposición vertical a esta organización del grupo. También ella afectaba de por vida la personalidad. Aunque no trabajó con el mismo grupo de niños durante todo el experimento, resultaron, en cada grupo estudiado, 3 tipos de tornaciones; aislados orgánicos, agrupamientos horizontales y homogéneos, y estructura vertical, que va de los más fuertes a los más débiles; aquellos ejercen poderosas influencias sobre la conducta de los miembros débiles del grupo.

De este y otros innumerables estudios, en que se usaron grupos mayores y de más edad y de distintos ambientes, Moreno desarrolló una especie de ley sociogenética.

La Ley sociogenética es importante para los teóricos de la personalidad por 3 causas: las personalidades individuales van de lo sencillo a lo complejo, proporcionando con ello un tipo de estudio paralelo, los individuos toman grupos a los que controlan y que a su vez los controlan a ellos, todo lo que ocurre a la personalidad es de interés para el teórico de la misma.

ETAPAS DEL DESARROLLO DE GRUPO

Moreno incluye 3 etapas en el primer periodo socializado, pero aquí se dan a conocer por separado para facilitar su comprensión. El periodo del nacimiento hasta los 6 a 8 años de edad es la etapa intersexual. De los 8 a los 13 años se tiene la etapa homosexual. De los 13 a los 15 años, Moreno cree que hay una serie paralela de etapas, llamada segunda etapa intersexual y segunda etapa homosexual. Es obvio que no está hablando del sexo en el término freudiano de referencia, sino afirmando que los grupos se desarrollan con una misma acentuación sexual o heterosexual. En este caso, intersexual significa *entre sexos* y homosexual significa *entre el mismo sexo*.

Características del desarrollo del grupo

Como se dijo anteriormente, Moreno cree que una característica de los grupos en desarrollo, es la separación existente entre grupos raciales. Esa separación es resultado de actitudes prejuiciadas que los niños adquieren de los adultos, los niños desean la aprobación de sus mayores, no importa si los adultos son factores de control, padres, maestros, o figuras ambientales sin control directo sobre la conducta del niño. El efecto es el mismo.

Otra característica del desarrollo de grupo son los vectores horizontales y verticales de desarrollo, por vectores horizontales Moreno quiere indicar:

"La falta de interrelación, en un grupo, entre el individuo de la cúspide y el de la base. Por vectores verticales se entiende el sentimiento de un orden jerárquico dentro del grupo, el cual va de arriba hacia abajo, en relación con uno o más factores. Moreno comenzó a estudiar estos fenómenos situando nueve bebés de menos de un año, en círculo y equidistantes entre sí, hasta los 20 a 28 semanas de vida, los infantes vivieron en aislamiento, cada uno de ellos absorto en sí mismo.

Después de las primeras 28 semanas, los bebés comenzaron a reaccionar entre sí, en esta etapa, la distancia psicológica se correlacionaba mucho con la física.

Es así como un niño responde al llanto o al tono emocional de otro niño.

2.4. FACTORES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DE LOS INDIVIDUOS

Los niños empiezan la vida como seres dependientes, pero al cumplir los dos años ya han adquirido un grado considerable de independencia. Cuando pueden andar y hablar, los niños tienen que empezar a aprender que no siempre pueden hacer lo que quieren, que a veces tienen que ceder a los deseos de los demás y que solo determinados tipos de conducta se consideran apropiadas en situaciones dadas, la forma en que los padres y otros, estimulan estos tipos de conducta, se llama proceso de socialización.

Freud propuso que los niños y las niñas primero aprenden la conducta correspondiente al seno materno identificándose con la madre porque esta ha sido el individuo principal en la satisfacción de sus necesidades primarias, las niñas siguen identificándose con la madre pero en el período del complejo de Edipo (aprox. a los 4 años) los niños empiezan a identificarse con el padre porque quieren parecerse más al individuo que perciben como un rival poderoso (identificación defensiva).

Robert T. Siers; supervisó un estudio para demostrar la explicación freudiana de la identificación. Encontró que la conducta de las niñas preescolares era más consistente que la de los niños, lo cual se puede interpretar un cambio de la identificación a la defensiva. Siers fue incapaz de descubrir un impulso unitario que pudiera interpretarse como dependencia de los padres y llegó a la conclusión de que la vinculación reforzada por la reacción de la persona que cuida al niño era probablemente un factor de mayor significado en las relaciones padres-hijo.

Albert Bandera ha afirmado que los niños pueden identificarse con el mismo sexo, no por los refuerzos proporcionados cuando eran independientes sino debido a una tendencia a imitar a quienes proporcionan o controlan los premios o a quienes poseen una característica deseada. Lawrence Kohlberg propone que el aprendizaje del papel sexual está bajo la influencia de la conciencia cognoscitiva. Los niños del cuatro o cinco años llegan a comprender que los hombres y las mujeres difieren y que cuando el niño llega a estar consciente de que es hombre y la niña de que es mujer, tienden a dedicarse a tipos de conducta que consideran adecuadas para su sexo.

Un niño aprende la conducta adecuada al sexo, no solo identificándose con el progenitor correspondiente e imitándole, sino observando e imitando a muchos individuos.

Algunas feministas afirman que no hay diferencias biológicas significativas entre los hombres y mujeres y que toda la conducta ligada al sexo es producida por factores ambientales. Los estudios de las niñas androgeneizadas indican, sin embargo que

aunque se les trate como a niñas, la presencia de cantidades anormales de hormonas sexuales masculinas en su sistema, conduce a conductas del sexo masculino. Otra prueba que aporta la teoría de que existen diferencias sexuales biológicas, la proporcionan los estudios de observación que indican que los niños son más agresivos que las niñas; también la conducta anormalmente agresiva de los hombres que tienen un cromosoma "y" extra.

Al terminar el primer año de primaria, los niños que no han asistido a las clases para preescolares son tan populares y tan socialmente maduros como los que si fueron, puede haber cambios positivos de la conducta que no se puedan medir y que se deban a la asistencia al jardín de niños y los que tengan poco contacto con otros niños en su vecindario resultarán beneficiados con la oportunidad de interactuar con los de su edad , en un ambiente Preescolar.

3. LA ANSIEDAD EN ODONTOPEDIATRIA

3.1 Introducción

El Dr. John M.T Finney afirma que el éxito de cualquier tratamiento ,sea cual sea la enfermedad corporal, será jamás curado por sí mismo, sino que esta tiene que ser tratada en forma integral.

Ansiedad; definida como un estado subjetivo de conciencia en el cual existe una sensación no placentera que se relaciona con algunos eventos o experiencias; está considerada anormal o patológica cuando se presenta con tanta intensidad como para interferir con la efectividad en la vida o en el vivir.

Algunos padres les es familiar la tensión y ansiedad producida por el tratamiento dental asi todos han experimentado alguna vez la ansiedad causada por una visita al dentista.

Invariablemente, muchos adultos que durante su niñez fueron traumatizados por alguna experiencia desagradable y dolorosa producida en el consultorio dental posponen o evitan el ser examinados por el dentista hasta que no surjan problemas más serios.

Miller y Mowier han realizado varios experimentos, con animales de laboratorio , en los cuales demuestran que la ansiedad es una emoción que se adquiere, después de experimentar algunas situaciones desagradables.

La ansiedad y el comportamiento del niño están intimamente relacionados con sus padres.

Pinkham, J. And Fields,H. En su artículo "The effects of preappointment procedures on Maternal Manifest Anxiety" ("Los efectos de citas preoperatorias en la ansiedad manifestada por la madre") Con el propósito de ver los efectos de procedimienos previos a la cita dental en la ansiedad materna y la relación con el comportamiento del niño; tomaron 24 niños entre 36 y 60 meses para su primer exámen dental.

1. El primer grupo fué de "Control" (sin experiencia previa)
2. En el segundo grupo ; la sala de espera fué visitada una semana ántes
3. En el tercer grupo; la sala de espera visitada una semana ántes y un video visto por el niño, donde se muestra la separación de su madre, además se le dijo a la madre que los niños con este video antes visto tenían mejor comportamiento.

En el resultado de este estudio , se observó no haber diferencia por las edades y en los dos primeros grupos mostraron menos ansiedad pero no significativa. Donde sí se mostraron efectos significativos fué al tener una cita previa, hablar con el dentista en forma positiva y con experiencia sobre la separación, pues la ansiedad materna disminuyó.

Por lo consiguiente, este estudio también nos demostró que el efecto de las citas previas, ejerce más acción sobre la madre que en el niño.

Se han sugerido que la ansiedad aumenta durante el período pre-escolar y que a los 4 años de edad, a pesar del nivel de maduración psíquica del niño y de su capacidad de razonar, este es más propenso a desarrollar miedo irrazonable.

3.2 FACTORES ETIOLOGICOS DE LA ANSIEDAD

Desde el punto de vista humanista y de perspectiva del comportamiento, el Dr. David W. Chambers, Ph en su artículo "Manejando la ansiedad de pacientes dentales jóvenes", menciona que la ansiedad, por parte del niño, debe ser considerada normal y como una reacción saludable, estando en el sillón dental y con el dentista; ya que está en un lugar desconocido y con alguien desconocido a su lado.

Pero demasiada ansiedad causaría un pobre desempeño , por lo tanto hay un estado o nivel óptimo de ansiedad.

A través de un cuestionario realizado por el Dr. Erchenbaun y Dr. Dunn, los pacientes fueron interrogados acerca de las percepciones que les causaban ansiedad ,la causa más común fué la influencia negativa de otros, casi el 17% de los pacientes mencionaron que las historias contadas por amigos, familiares, la televisión , caricaturas y otros medios les habían dado la expectación de ser muy traumatizados por el tratamiento dental. La segunda causa , un 13.5%, menciona un tratamiento dental previo. La tercer causa , un 8.5%, fueron los factores iatrogénicos y finalmente, la cuarta causa mencionada , correspondiente a 6.8%, fué el mal manejo del paciente por parte del dentista, este, relatado como amenazas a pacientes que no cooperaban a dar inicio a su tratamiento, antes de que la anestesia surtiera efecto.

Simpson, et, al, reportaron que el uso de la bata blanca por parte de los profesionistas de las ciencias de la salud, aumenta el ritmo cardiaco de 100 latidos por minuto a 114; y que la frase: "Soy dentista" la aumenta a 115 por minuto en el paciente infantil.

Sermet reportó como una causa de ansiedad al dentista, una enfermedad previa, hospitalizaciones y tratamientos de emergencia en consulta externa. Algunos ejemplos son: pacientes infantiles con epilepsia, poliomielitis y con algunos síndromes.

Otros autores, reportan como causa, los tratamientos dentales traumáticos previos practicados en el paciente infantil, como puede ser una extracción o una mala aplicación de la anestesia.

También se ha reportado como una causa de ansiedad, que el paciente haya presenciado algún episodio doloroso practicado en otro paciente.

En un examen realizado por Sermet en 1974, con 100 niños de edades ente 9 y 11, que presentaban ansiedad ante el dentista y 100 niños de edad entre 9 y 11 como grupo control ; observó que el 55% de los niños ansiosos reportaban alguna enfermedad previa de algún tipo, en comparación con el 37% del grupo control en el grupo de los niños ansiosos.

Habían recibido más farmacoterapia por problemas médicos , como son: tranquilizantes, broncodilatadores o antihistmínicos o habían sido hospitalizados.

Además de los factores arriba mencionados, los antecedentes culturales de la familia el niño, así como el estado socioeconómico bajo del paciente puede influir en el comportamiento de éstas en el consultorio dental. Esto es observable en niños que provienen de zonas rurales de familias desadaptadas, viudez del padre o de la madre, padres separados o divorciados.

La mayoría de ellos tienen creencias y prácticas populares que ponen a prueba, antes de recurrir a la atención profesional.

3.3 FACTORES MODIFICADORES DE LA ANSIEDAD

El rol del dentista con su joven paciente, debe ser el de ayudarlo a manejar su ansiedad y ajustarla a un nivel apropiado para cada pequeño y para cada situación en particular, ya que el manejo de la ansiedad tiene mas importancia en el niño que en el adulto y no tanto por que el adulto sea menos ansioso que el niño, sino por que es crucial desarrollar en el niño una figura de sentido de su propia habilidad o inhabilidad para manejar su ansiedad.

Tenemos varias opciones de "como" ayudar a nuestro paciente:

1. Persuadir al niño diciendo que no será doloroso el procedimiento y en caso de dolor , el niño percibirá y aprenderá que el dentista es insensible o mentiroso.
2. Hacer que el niño se levante y se retire del consultorio haciendolo sentir que no es valiente, ni buen paciente, esto desarrollará una actitud acerca de su inhabilidad de manejar su ansiedad, lo cual será generalizado para situaciones futuras.
3. Premedicación: opción que por el momento no nos resolvería el problema de ansiedad.

El Dr. David Chambers nos propone en su artículo antes mencionado 4 significados generales para controlar aprendiendo:

a)Expectación

Cuando un estudiante espera hacerlo bien en la escuela, el usualmente lo hace, y parte de su éxito fué, el que otros esperaban mucho de él. Levantandolo del sillón dental, éste tiene que luchar con algo penetrante y bien articulado, asentando expectativas que causen en muchos de sus pequeños pacientes venir a su consultorio esperando tener algo de lo que llamamos una implacentera experiencia. Ya que probablemente dolerá y así el dentista sabrá que el paciente controla su ansiedad.

b)Modelo

Los niños también aprendes por imitación de conducta de un modelo a seguir. Y este será aquel que se haga percibir como poderoso y teniendo autocontrol.

c) Reforzando

La secuencia de buen comportamiento, obtiene una recompensa ; aumenta el estado de agrado por la recompensa al buen comportamiento , esto es considerado un refuerzo. Es importante reforzar los buenos comportamientos con recompensas verbales improvisadas lo que también nos ayudará a tener una buena cita futura.

d) Asociando

Pavlov descubrió el aprendizaje por asociación. El modelo básico es, no importando cualquier situación que produzca cierto comportamiento, cuan doloroso pueda ser, cuanto lllore y este ansioso; si una nueva situación es emparejada varias veces con la dolorosa situación, obtendremos el poder de causar el mismo comportamiento. Si un niño es lastimado en el sillón dental , el solo estar en el sillón le hará sufrir esta ansiedad lo cual es normal como resultado de haber experimentado dolor. Pero el avance en pedagogía es que ahora aprendiendo por asociación puedes causar el tipo de aprendizaje deseado; un camino para deshacer lo que ha aprendido. Proceso llamado extinción y consiste en presentar la nueva situación sin la anterior. Extinción es la justificación teórica de la primer visita en la cual no se involucra el dolor.

Varios cambios en el comportamiento han sido reportados como manifestaciones de ansiedad. Estas manifestaciones son muy variables y algunas características del fenómeno conocido como "pelea - huye - congélate" el cual se asocia, generalmente con respuesta al miedo. Pero el miedo responde a un peligro inminente y la ansiedad la causa puede ser irracional o hasta obsoleta.

En situaciones dentales el comportamiento del niño con ansiedad, generalmente se presenta como falta de cooperación, rehusa a entrar al consultorio dental, hacer muchas preguntas, querer ir al baño a cada momento, llanto, una boca cerrada, rechazo al tratamiento y reporta tener mucha saliva en la boca o que se está ahogando por el uso del dique de hule en los procedimientos clínicos.

El llanto del paciente infantil impide una buena comunicación entre el dentista y el paciente , por lo que es necesario que el dentista controle el llanto para establecer la comunicación entre ambas.

La comunicación es el entendimiento entre dos personas por medio de la palabra, utilizando un diálogo que el paciente comprenda y sea capaz de realizar.

Otras manifestaciones de ansiedad son un niño tembloroso, tenso, rígido, histérico, con tendencia a moverse o a bloquear la situación. Además de esto, un cambio característico en el comportamiento generado por la ansiedad es que el niño o el adolescente no quiere acudir a la cita con el dentista y le solicita al padre, madre o tutor que cancele esta. También se reporta que el paciente tiene pesadillas la noche anterior a la cita dental.

Se sugiere que el dentista utilice palabras que el niño pueda comprender y que no le produzcan miedo. Nunca se debe de engañar a un paciente, y que de hacerlo, cuando el niño toma conciencia del engaño rechazará el tratamiento dental que se le quiere brindar, un ejemplo muy característico es la inyección de la anestesia, cuando el dentista dice que no lo va a realizar y sin avisarle al paciente realiza el procedimiento.

Algunos niños manifiestan una gran ansiedad cuando se utilizan palabras como "aguja" o "inyección". A estas palabras se les debe sustituir por otras alternativas como "pellizco"; estas palabras alternativas se les conoce con el nombre de "eufemismo". Se sugiere el uso de palabras como "vamos a poner algo en tus encías que será como un pellizquito o piquetín de mosco".

CUADRO CON SUGERENCIAS DE PALABRAS SUBSTITUTOS DE LA TERMINOLOGÍA ODONTOLÓGICA.

Terminología Dental	Palabras Substitutos (Eufemismos)
Jeringa triple	Aire y agua (trompa de elefante)
Alginato	Pudín o gel (no comestible)
Pieza de mano	Avión con agua
Caries	Gusano come dientes
Explorador	Cuenta dientes
Sellador de fosetas y fisuras	Barniz o crema protectora
Pasta de profilaxis	Pasta de dientes
Dique de hule	Impermeable para dientes
Banda de acero	Anillo de muelas
Corona de acero-cromo	Zapatito de muela
Radiografía	Foto dental
Equipo de Rx	Cámara de fotos

Y así sucesivamente el odontopediatra deberá encontrar la palabra sustituto adecuada para cada instrumento o material utilizado durante el procedimiento operatorio dental. Es importante tomar en cuenta el personaje de moda que sepamos que los niños identifican. Ya sea en una película o en un programa de televisión; hay que usar la imaginación y estar siempre en comunicación con nuestro paciente.

También el uso de la palabra "anestesia" , producirá ansiedad en el paciente, por lo que se sugiere el uso de palabras como liquido mágico que dormirá los dientes u hormigas que caminan por los dientes. Se debe evitar la palabra "DOLOR" ya que aunque el niño no lo perciba, el reportará haberlo sentido.

Otras manifestaciones de ansiedad es cuando se comporta evasivo al tratamiento dental, esto volteándose en el sillón dental.

Es importante que el procedimiento de anestesia no se inicie sin el control del paciente infantil. Si se realiza sin la cooperación del paciente, será mucho más difícil el control posterior del paciente .

Para evitar que el niño con ansiedad desarrolle un grado más avanzado de la misma, se deberá evitar un tratamiento dental lento que generalmente el paciente tratará de retardar haciendo que las citas se vuelvan demasiado lentas y cansadas para ambos, tanto paciente como operador.

3.4 TÉCNICAS DE DIAGNOSTICO

La literatura dental menciona la necesidad del dentista de entender el comportamiento del niño, a través, es necesario un interrogatorio de la historia dental del mismo.

Se ha comprobado que la mejor época de introducción del niño , al tratamiento dental, es durante la infancia, y que la primera cita deberá ser únicamente de "examen exploratorio", para que este sea lo menos traumático para el niño y facilitar su adaptación al miedo dental. Por lo consiguiente dicha cita es muy importante y debe ser una experiencia que no presente tensión para poder desarrollar una actitud agradable hacia la odontología.

Se recomienda que sea una cita para levantar una buena historia clínica, para educar en prevención a los padres y paciente conjuntamente y finalmente para llevar a cabo las medidas preventivas pertinentes.

El dentista que quiere tener un paciente infantil cooperador deberá tener conocimiento del estado psicológico, fisiológico y cultural del paciente. Sin éstos conocimientos del dentista, en el área clínica, no podrá brindarle a su paciente una óptima salud oral.

Sólo en la medida en la que el dentista entienda el crecimiento y desarrollo psicológico de los niños durante el ciclo de su vida, tendrá éxito profesional en el manejo del paciente infantil.

Es recomendable el uso de "recompensa o premios" en el paciente infantil que mostró un comportamiento cooperador durante el tratamiento dental. Esto motivará al paciente a mostrar una conducta adecuada durante su tratamiento, sabiendo que si esta no es cooperadora el premio o recompensa no le será otorgada.

4. EL MIEDO EN ODONTOPEDIATRIA

Los niños aprenden comportamientos a través de observación e imitación. Por eso, es comprensible que el niño que no ha ido al dentista, reaccione con aprensión y con miedo cuando ha oído las experiencias de otras personas.

Es necesario la presencia de un estímulo para el desarrollo del miedo. Los niños tienen miedo a lo desconocido así como también a lo que ellos creen que les va a causar un dolor a su persona.

Charles Darwin consideraba al miedo como una emoción humana fundamental. Sostenía que el potencial para experimentar miedo era una característica inherente tanto de los hombres como de los animales.

Dentro del marco de referencia de su teoría de la evolución la función del miedo consiste en excitar y activar al organismo para enfrentar el peligro externo generador del miedo, creía, que las características esenciales de las reacciones del miedo han evolucionado a través de los tiempos por un proceso de selección natural.

Cuando se considera que el peligro es real en el mundo exterior, que es verdaderamente amenazador, el resultado es una reacción objetiva de miedo.

El miedo desciende el umbral de dolor, por lo cual el dolor producido durante el tratamiento dental resulta, generalmente, aumentado generando etapas de miedo innecesario.

El desarrollo del lenguaje permite al niño expresar su miedo, el cual, no siempre es percibido como un fenómeno negativo, el miedo a las alturas o al fuego son relacionados con la preservación de la especie o como una protección a una situación amenazante.

Freud propone la utilidad del miedo y la ansiedad en el proceso de adaptación de una persona a la vida.

Los niños en edad pre-escolar sienten miedo al alejarse de sus padres. Si a esta edad el niño es obligado a una situación nueva en la que se le separa de estos, sentirá temor de no haber satisfecho a sus padres pensando que su castigo será ir a una cita dental.

Es necesario que el odontólogo no vea a sus pacientes como una "boca" solamente, sino como una persona que siente y expresa sus sentimientos, por lo cual, la relación paciente dentista deberá ser lo más amigable. Siendo necesario la comprensión del odontólogo de que el paciente está atravesando por una etapa desagradable para él.

Se deberá brindar confianza a éste para que dicha etapa se realice lo más confortable para él, sabiendo que el dentista lo comprende y no es una persona agresiva por el hecho de ser odontólogo.

4.2. FACTORES ETIOLOGICOS DEL MIEDO

Las causas del miedo al dentista han sido estudiadas por varios autores. Entre las causas más comunes se encuentran; miedo a lo desconocido, miedo a situaciones que no son familiares y miedo a extraños, además de las mencionadas anteriormente en la ansiedad.

Como se dijo en la etiología de la ansiedad, en el miedo también se reporta que las historias contadas por otras personas o por el miedo en general, puede llegar a desarrollar miedo al tratamiento dental.

Klein Knecht et. Realizaron una evaluación sobre cuales eran los factores desencadenantes del miedo en el consultorio dental. En este examen; la calificación más alta se atribuye al aspecto de visualizar la jeringa.

La otra causa que produce miedo es el sonido y la sensación que produce al paciente la pieza de mano de alta velocidad. Weinstein y Getz apoyan lo reportado por Kelinknecht.

Shobany Borland reportan que el miedo a la odontología en los adultos estaba basado desde su niñez por lo que escucharon hablar de sus padres o personas cercanas del tema. Finn, S. Dice: "Los primeros temores que el niño genera a causa de la odontología es por lo inesperado y lo desconocido".

Un niño de corta edad tiene miedo a los movimientos súbitos e inesperados, así como a caerse; por lo que los movimientos del sillón dental sin previo aviso pueden llegar a causar temores en los pacientes.

4.3. FACTORES MODIFICADORES DE ANSIEDAD

La reacción del niño al miedo es, generalmente, la huida del problema si le es físicamente imposible huir, se intensificará su miedo.

El niño se comporta en muchos aspectos, en forma primitiva tratando de luchar o de huir de una situación; cuando no puede llevar a cabo alguna de éstas, la comunicación del niño con el dentista se dificulta.

Se han descrito una serie de manifestaciones del miedo, tales como: palpitaciones cardíacas, dilatación de los poros para generar una mayor transpiración, dilatación de las pupilas, erizamiento del pelo, resequedad de la boca, expresiones peculiares en la cara y cambios en el timbre de voz.

Las reacciones del miedo varían en intensidad. Van desde el más simple estado de alerta y el más leve temor o sorpresa, hasta lo que Darwin describió como una extrema agonía de terror.

Sin embargo, Darwin puso su mayor énfasis en las manifestaciones visibles del miedo, mientras que Cannon y Selye; quienes trabajaron fundamentalmente en animales de laboratorio, estaban interesados primordialmente en los cambios fisiológicos que ocurren dentro del organismo.

La función de adaptación a las reacciones del miedo proveen una señal que alerta al organismo para actuar; ya sea para escapar o bien para eliminar el peligro potencial.

Desarrollo del Miedo según la Edad del Paciente

Generalmente la edad en la que se llega a la cumbre de los temores es a los 4 años, descendiendo gradualmente.

A medida que el niño va tomando conciencia para evaluar las situaciones que le producen miedo va perdiendo los temores antiguos. El miedo a los extraños, que llegan

a la cumbre entre los 2 y los 3 años de edad, se pueden perder con la relación amplia del niño con extraños.

A la edad de 4 años el niño desarrolla miedos a su propia conciencia, la cual se forma por medio de la disciplina correctiva de sus padres.

Entre los 4 y los 6 años de edad, el niño entra en un período de conflictos muy marcados y de inestabilidad emocional, él está en conflicto entre su "yo" y su deseo de realizar lo que le es pedido por sus padres o por el mismo dentista. Generalmente entre la edad de 4 a 6 años, el niño tiene fantasías, las cuales pueden ser utilizadas por el dentista para eliminar sus temores hacia este. Esto se puede llamar manejando los procedimientos en forma fantasiosa, es decir, motivar al niño con términos de acuerdo a su edad y fantasía. (Como puede ser, decirle que se le va a poner una "coronita" plateada como a Robocop).

A medida que el niño va desarrollando su "ego" maneja mejor las tensiones externas, logrando suprimirlas hasta quedar satisfecho.

A los 7 años de edad el niño mejora su capacidad para resolver sus temores. Esta es la edad de las preocupaciones (a la escuela, a no satisfacer a sus padres), pero ya resolviendo sus miedos reales.

El niño aprende a graduar sus temores a la odontología ya que el dentista puede razonar con él y explicarle los procedimientos que se están realizando. Lo más importante durante el tratamiento dental con pacientes infantiles es la comunicación paciente-dentista.

A medida que el niño va creciendo sus temores se vuelven más variables e individuales.

De los 8 a los 14 años de edad el paciente a tolerar las situaciones desagradables mostrando claros deseos de **agradar**. Llega a desarrollar considerable control de sus emociones, que lo forcen a realizar ciertas cosas, así como también le molesta ser mimado tanto por sus amigos como por el dentista.

En la adolescencia se empieza a preocupar por su aspecto físico. Este cambio de personalidad puede llevar al paciente a buscar atención odontológica.

Extremos de Comportamiento de los Padres

El comportamiento de los padres es generalmente, el causante del miedo y de la ansiedad a la que se enfrenta el niño. Estas son:

- 1) Sobreprotección
- 2) Rechazo
- 3) Ansiedad excesiva
- 4) Dominación
- 5) Identidad

1. Sobreprotección

Esta situación causa que el niño no tenga iniciativa propia a tomar decisiones, interfiriendo en la educación normal del niño. Los padres protectores tienen niños sumisos, temblorosos y tímidos.

Los niños muy mimados por sus padres o abuelos se vuelven difíciles de atender en el consultorio dental. En la mayoría de los casos debe expresarse mayor disciplina para generar la cooperación del paciente. Este tipo de niños no deben ser mimados por el dentista, el odontólogo, se debe, de comportar **enérgico** en el tratamiento.

2. Rechazo

El grado de rechazo de los padres hacia los hijos es muy variable. Ya desde el más ligero por causa de trabajo (que la madre y/o el padre trabajen y el niño sea cuidado por personas ajenas a la familia). Hasta rechazo sumamente elevado por causas emocionales. Estos padres presentan hijos que se sienten inferiores y olvidados.

En el consultorio dental estos niños son muy difíciles de manejar ya que son suspicaces, agresivos, vengativos muy activos, desobedientes, poco populares y poco cooperativos.

3. Ansiedad Excesiva

Esta actividad está caracterizada por padres con preocupación excesiva por sus hijos, como resultado de alguna enfermedad anterior o algún accidente. Es asociada generalmente con excesos de protección y mimos.

Estos niños son tímidos, huraños, temerosos y obligados a permanecer en cama por enfermedades sin importancia y tienen falta de capacidad para tomar decisiones por sí mismos. Son buenos pacientes y llegan a cooperar con el dentista, sin embargo, esto tendrá problemas para vencer sus temores, pero si se les alienta y se les brinda seguridad, reaccionará de manera satisfactoria.

4. Dominación

Los padres muy dominantes con sus hijos exigen a estos responsabilidades excesivas que son incompatibles con sus edad. No aceptan a sus hijos y son forzados a competir con niños más grandes o más avanzados. Estos niños son evasivos, resentidos, sumisos e inquietos por las críticas constantes a las que son sometidos por sus padres.

Generalmente estos niños son buenos pacientes siempre y cuando se les trate en forma amable y considerada, ya que obedecen a las instrucciones del dentista.

5 Identidad

Son los padres que pretenden revivir su niñez por medio de sus hijos, pretendiendo no negarle a estos las cosas que a ellos les fueron negadas. Cuando el niño no razona como los padres lo esperan, muestran abiertamente su decepción.

El niño desarrolla sentimientos de culpa por esta desaprobación por parte de sus padres, que finalmente se refleja en timidez, inseguridad y sentimiento; tienen miedo al fracaso y lloran frecuentemente.

Esta clase de niños deben ser guiados como los niños con padres dominantes ya que reaccionan igual que éstos.

4.4 FACTORES POTENCIALES DEL MIEDO Y LA ANSIEDAD

Escala no verbal para medir el miedo y la ansiedad

Las escalas anteriores no miden situaciones no verbales como pueden ser pacientes con problemas de comunicación, lenguaje o minusvalidad Mondragón L. En 1981, desarrolló una escala no verbal para medir la ansiedad y la cooperación.

Esta escala permite evaluar la ansiedad como un todo y/o medir los diferentes componentes de la ansiedad individual y colectivamente los cuales son: la expresión facial , el comportamiento de los ojos, la postura del cuerpo, la cooperación del paciente y los substitutos verbales.

Esta escala puede ser útil para medir la ansiedad desde un punto de vista psicológico, la ventaja de esta escala es que cumple la necesidad de tener una escala que mide situaciones de ansiedad no verbales.

Cuestionario

Corah desarrollo, en 1969 , una escala de valoración de la ansiedad basada en un cuestionario que hace preguntas específicas relacionadas con la ansiedad de diez pacientes que visitan al dentista.

Es una escala limitada, ya que solo registra, las respuestas subjetivas del paciente y solo intenta diferenciar los temores de los temerosos.

Proyección personal

Yenhan , presenta una escala de reporte personal de una situación de ansiedad , la escala contiene figuras de caricaturas cotizadas que representan varios estados emocionales; durante las diferentes etapas del miedo

Se le pide al niño que identifique las figuras que mejor representan su estado emocional. Esta escala está limitada al nivel de cooperación que pueda ser obtenida de un niño. Sin embargo, depende de la evaluación que haga el niño de sus propios sentimientos, lo cual dependiendo de la edad de este no están muy claras en su mente.

un niño. Sin embargo, depende de la evaluación que haga el niño de sus propios sentimientos, lo cual dependiendo de la edad de este no están muy claras en su mente.

Eichenbaum y Dunn trataron de medir la ansiedad de los niños interpretando un dibujo que hacían los niños del dentista y de sí mismo, los dibujos eran hechos antes y después del tratamiento dental.

Esta escala también está limitada por el hecho que requiere la cooperación y entendimiento del niño.

4.5 TECNICAS DE DIAGNOSTICO DEL MIEDO Y ANSIEDAD

I - Parámetros Fisiológicos

Un estudio de signos fisiológicos fue conducido para identificar la diferencia entre miedo y ansiedad.

Ax. Weinstein P. Y Gelez estudiaron un número de reacciones fisiológicas que podrían producir diferentes patrones de respuesta.

Estos patrones fueron registrados simultáneamente con el "despertar" emocional, utilizando electroencefalograma, electrocardiograma, balistocardiograma (índice de volumen cardíaco), penomógrafo (respiración), termógrafos eléctricos (conductibilidad de la piel y el dedo, así como a temperatura de la misma).

Se concluyó que hay diferencia en los patrones de reacción fisiológicos entre la ansiedad y el miedo.

Una persona que experimenta ansiedad presenta un aumento en la presión arterial diastólica, una respuesta galvánica en la piel más elevada, así como en el potencial eléctrico. En el miedo hay un aumento en la respiración y en la conductibilidad de la piel. Parece ser que hay una singularidad muy marcada en las expresiones fisiológicas de estas diferentes emociones. La correlación de las variables fisiológicas fueron significativamente más elevados para la ansiedad que para el miedo, lo que indica mucho más disposición del organismo durante la ansiedad. Estos datos fueron interpretados en términos de la teoría de la evolución de la lucha para sobrevivir.

II - Parámetros de Comportamiento

Esta medida de la ansiedad y miedo se divide a su vez en:

- 1) Observacional
- 2) Cuestionario
- 3) Proyección Personal

1) Observacional

Melamed Fischer desarrollaron una escala de observación del perfil del comportamiento del niño durante la separación de la madre en el consultorio dental. Se midió el comportamiento de estas categorías a través de una serie de observaciones incluyen todos los perfiles de comportamiento negativos posibles que tienen lugar en situaciones terapéuticas dentales, por lo tanto, no es verdadera medida del comportamiento.

Escala de Frankl

Frankl et al , desarrollaron una escala de calificación del comportamiento para medir el nivel de cooperación en el consultorio dental. Dicha escala consiste en 4 categorías, las cuales son:

- 1) Definitivamente Negativa
- 2) Negativa
- 3) Positiva
- 4) Definitivamente Positiva

1) Definitivamente negativa

Rechazo al tratamiento, franca resistencia y hostilidad mucho miedo, retracción masiva y/o aislamiento.

2) Negativa

Menor negativismo o resistencia (accesible a las técnicas del tratamiento) el niño es moderadamente reservado, presenta miedo, nervios y llanto.

3) Positiva

Se acepta el tratamiento con cierta preocupación con cierto rechazo y muchas preguntas o con actitudes que retrasan el tratamiento. Existe un deseo moderado de cooperar con el dentista, pero sigue las instrucciones del tratamiento.

4) Definitivamente positiva

Existe una buena relación con el dentista, no hay señales de miedo, interés por el procedimiento y un contacto verbal apropiado.

Aunque la escala Frankl se utiliza con relativa facilidad, por lo que es sumamente popular, es una escala muy limitada, ya que: 1. Mide solamente la cooperación y no la ansiedad y 2. No refleja progresión o regresión de un comportamiento específico sino una recopilación de un grupo de comportamiento en relación a los niveles definidos. Así pues la escala de Frankl carece de valor si buscamos manifestaciones específicas de ansiedad.

5. MECANISMOS DE GUÍA DE CONTROL DEL COMPORTAMIENTO

5.1 Mecanismos Psicológicos de guía control

Una variedad de técnicas han sido sugeridas para reducir la ansiedad y el miedo de los niños en el consultorio dental.

Estas han sido divididas en grupos los cuales son:

- 1) Modificación del Comportamiento
- 2) Comportamiento Modelado
- 3) Técnica de Reentrenamiento
- 4) Técnicas de condicionamiento adversivo o de restricción

1) Modificación de Comportamiento

Esto incluye técnicas desarrolladas para modificar el comportamiento negativo del paciente infantil utilizando algunas de las técnicas basadas en la teoría del aprendizaje.

La modificación del comportamiento o terapia de Comportamiento puede ser definida como: "El intento para alterar el comportamiento humano y sus emociones en forma benéfica de acuerdo con las leyes de la teoría de aprendizaje".

Las Técnicas que incluye la modificación del comportamiento son: modelaje o imitación y la técnica de desensibilización.

5.2 MECANISMOS PSICOLOGICOS DE GUÍA CONTROL

5.2.1. Mecanismos de Comunicación

5.2.2. Modificación de Términos

a) Técnicas de Modelaje

Es la técnica de la observación de un niño sin ansiedad que es atendido en el consultorio. Se piensa que el modelaje es sumamente positivo para el manejo del niño ansioso.

Observando a un modelo, el niño puede aprender patrones de comportamiento. El paciente tratará de imitar al modelo y ser cooperador. Para el buen funcionamiento de esta técnica es necesario que el modelo sea, lo suficientemente cooperador para crearle esta imagen al paciente infantil de primera visita al dentista.

El miedo y la ansiedad de los niños a los perros será reducida gradualmente por medio del modelaje como lo demuestran estudios bien controlados realizados por el Dr. Bandura. Después de observar a un niño que juega sin miedo con un perro, los niños que presentan miedo al perro se mostraban más confiados, el modelaje también puede ser utilizado, con éxito, en situaciones no verbales.

b) Técnica de Desensibilización

Esta técnica se refiere a la introducción al tratamiento dental y al miedo odontológico poco a poco, dando la información que sea capaz de captar en ese momento y le de confianza, así el paciente se va desensibilizando.

La técnica se realiza en varias etapas: primero se cita al paciente para que conozca el consultorio dental, se procede a sentarlo en el sillón dental e irle diciendo como opera el mismo, explicarle que sube, baja o se inclina a voluntad del dentista. Se le muestra el instrumental que se ocupa en odontología, así como se le relaciona con nombres de animales o caricaturas de moda, para así llegar, en otra cita subsecuente al tratamiento.

C) Comportamiento modelado

Esto ha sido definido como el procedimiento que lentamente desarrolla comportamiento por reforzamiento sucesivo para generar un comportamiento adecuado. El método se utiliza con niños que demuestran suficiente cooperación para establecer la comunicación. Las técnicas que incluyen el comportamiento modelado son: la técnica de "Diga,Muestre,Haga" y el modelaje por videotape.

5.2.3 DECIR - MOSTRAR - HACER

a) **Técnica de Diga - Muestre - Haga**

Esta técnica consiste en decirle al paciente lo que se le va hacer, mostrándose en un modelo explicándole lo que va a pasar y después se practica en el paciente. Un ejemplo del uso de esta técnica es cuando al niño se le va a realizar una profilaxis para la aplicación de flúor, se le muestra realizando la técnica de profilaxis en la uña del paciente explicándole para proceder a realizarla en el paciente.

De esta manera el paciente , tiene una idea de lo que se le realizará en los dientes y si a la hora de enseñarle tanto el instrumental como la pieza de mano, se relacionan con personajes ficticios o animales, obtendremos mejor entendimiento de nuestros pacientes ; con esto podemos lograr que nuestros pacientes muestren más aceptación y confianza en el sillón dental y en las citas subsecuentes.

5.2.4. IMAGINACION EMOTIVA

5.2.5 Desarrollo Sistemático

La técnica de modelaje por videotape consiste en mostrar, por medio de un video, la primer visita del paciente infantil al consultorio dental, el cual debe incluir un sonido entendible para el niño (como son palabras y substitutos), una vista general de la sala de espera, recepción, así como del operativo dental, acercamiento de niños en su primera visita al consultorio dental, acercamientos del instrumental necesario para la cita de "exámen".

Hayes, M. Realizó un estudio con 31 niños sordos. El objetivo era saber si el uso de un videotape serviría para marcar una diferencia en el comportamiento del paciente en el operativo dental y sus actitudes al respecto.

Las edades de estos niños iban de 8 a 12 años y fueron evaluados mediante un exámen antes y después del tratamiento. Se concluyó que 100 versiones filmadas de modelaje son efectivas para reducir el comportamiento evasivo en situaciones de tensión.

Melamed, B. C. Y Johnson, R. Realizaron en estudio con 14 niños de edades variables entre los 4 y los 9 años, 3 de ellos ya contaban con una experiencia dental previa. Estos niños fueron evaluados para determinar si el ver un videotape de un tratamiento dental en un grupo de niños similares inducía la ansiedad. Los niños fueron divididos entre tres grupos:

- 1) Experimental
- 2) Caricatura
- 3) Control

El primer grupo observó una película de modelaje. El segundo un videotape de caricaturas y el tercero fué el grupo control. (no observó nada). Cada niño fue examinado.

Visita por semana.- La primer visita fué para tomar radiografías y realizar una profilaxis, la segunda, una semana después el dentista revisó la boca del niño y la tercera semana se realizaron las obturaciones necesarias de cada paciente, también se les pidió a las madres que llenaran un cuestionario de ansiedad materna. Los resultados demuestran que los niños que vieron el videotape presentaban menor ansiedad y mayor cooperación durante el tratamiento.

Los niños del grupo control demostraban un aumento considerable de mal comportamiento y cooperaron menos durante el tratamiento dental, así como el grupo de caricaturas cooperó, pues su ansiedad fué reducida. También en este estudio se reporta (por medio del cuestionario de ansiedad materna), que las madres que tenían ansiedad al dentista que influía para que el niño desarrolle esta misma emoción en el consultorio dental.

Mondragón L. Realizó un estudio para evaluar la influencia del modelaje por videotape sobre la ansiedad dental y cooperación del niño en situaciones no verbales, en el cual, se incluyen 45 niños latinos que no hablen inglés, entre las edades de 4 a 6 años y sin experiencia dental previa.

Los pacientes fueron divididos en 3 grupos, trabajando con ellos por 3 semanas a razón de una semana por grupo.

El primer grupo observó un videotape llamado: "Mi primera visita al dentista".

El segundo grupo observó el videotape de una caricatura.

El tercer grupo , fué el grupo de control .

Todos los grupos recibieron un exámen de rutina con espejo y explorador. Además, los niños fueron filmados a través de una ventana - espejo lo que impidió a los niños saber que eran observados.

Después se procedió a evaluar su comportamiento utilizando la escala de Frankl. La escala no verbal para medir la ansiedad. Los resultados de éste estudio revelaron lo siguiente:

De el grupo de los niños que observaron el videotape de modelaje, el cual fué el grupo número 1, mostraron mucho menos ansiedad que los grupos anteriores.

Los niños que observaron las caricaturas tuvieron casi la misma reducción de la ansiedad que con el videotape de modelaje.

El grupo control demostró un aumento de mal comportamiento en comparación con los otros grupos .

Al poner en práctica nuestra técnica : "Decir-Mostrar-Hacer" notamos efectividad en la prevención o reducción de la ansiedad y en la adquisición de una cooperación favorable en situaciones no verbales aún cuando no se utilice una preparación pre-clínica.

Los resultados anteriores fueron congruentes con los reportados por Anderson y Goldiel en 1970, Filds y Pinkham en 1976, Hillot al en 1968, Machen y Honnson en 1974, Melamed et al en 1975, Bandura en 1969 y Hayes en 1978.

Reentrenamiento

Las técnicas de reentrenamiento son similares a la técnica del comportamiento modelado, sin embargo, tienen algunas diferencias. Estas técnicas son utilizadas con pacientes que presenten un grado muy avanzado de aprensión y de comportamiento negativo. Es necesario, primero ganar la confianza del niño para llegar al tratamiento dental basados en las técnicas de reentrenamiento, las cuales también están basadas en la teoría del aprendizaje, las respuestas del niño son alteradas de acuerdo a reglas preestablecidas, no se debe engañar al niño, los procedimientos clínicos deben ser realizados de acuerdo con éste; no se le deben de otorgar opciones al paciente en cuanto al tratamiento, por ejemplo: ¿Te gustaría que limpiáramos tus dientes?.

Sin embargo, el uso de opciones en cuanto a la marca de sabor de un producto (como es un anestésico local) puede ayudar al trato del niño.

Se debe de entrar en confianza con el niño y averiguar las causas de su miedo, darle al niño la oportunidad de demostrar que puede vencer el miedo que siente y que tanto sus padres como el odontólogo serán un apoyo para lograrlo.

Por otro lado , al empezar el trabajo en boca con un niño,(previamente anestesiado), hay que motivarlo utilizando palabras más que de consuelo, describiendo lo que va ir experimentando en el transcurso de la cita, pero utilizando la habilidad de la distracción utilizando la imaginación y como técnica aditiva ; la técnica de diga-muestre-haga, lo cual aumentará la cooperación del paciente; impidiendo por parte del odontólogo que haya una mala experiencia durante la cita.

b) Técnica de Distracción de la Atención

Esta técnica pretende distraer la atención del niño mediante el uso de la palabra , haciendo que nuestro paciente se imagine situaciones diferentes a su realidad, logrando una mayor cooperación con el dentista.

C) Técnica de Condicionamiento Aversivo o Restricción

Estas técnicas son utilizadas cuando el paciente infantil no coopera dificultando la comunicación paciente-dentista, lo cual por lo general lo hace llorando. El condicionamiento aversivo pretende realizar o restaurar la comunicación entre el paciente y el dentista, es muy importante que una vez que el paciente haya calmado su llanto, se premie al niño con palabras que refuerzen la acción, es decir; mencionarle lo bien que lo está haciendo.

5.3. MECANISMOS FÍSICOS DE GUÍAS DE CONTROL

5.3.1 MANO SOBRE BOCA

5.3.2 MANO SOBRE BOCA Y NARIZ

5.3.3 RESTRICCIÓN

Las técnicas que incluye el condicionamiento aversivo son: el ejercicio de mano sobre boca , el ejercicio de mano sobre boca y nariz, la técnica de control de voz y situaciones en las cuales el niño tiene que ser sujetado para poder controlar evitando que el mismo se lastime (como las Técnicas de limitación o control corporal y el "Paprose Bord").

A) Control de voz frecuentemente un cambio abrupto en tono o volumen , de bueno a malo o desagradable puede ser utilizado por el dentista para el control del niño. El solo hecho de decirle, en tono diferente al cual se estaba hablando; "Bueno , ya está bien o es suficiente o "ya, cállate", logrará la cooperación del niño .

B) Ejercicio de mano sobre boca (ejercicio de Home), generalmente el niño que no quiere cooperar con el dentista y que llora en el operatorio dental cuando el dentista trata de comunicarse con él, éste no escucha, tratará de aumentar el volumen de su llanto para no prestar atención a las indicaciones del dentista

En esta técnica se procede a tapar la boca del paciente con la mano del dentista y hablarle al oído, para así lograr una comunicación con el paciente. De ninguna manera es una técnica punitiva, solo pretende sacar al niño de su estado emocional para que una vez que haya callado, se le pueda explicar las instrucciones a seguir , nunca deberá taparse la nariz del paciente, solamente la boca.

El uso de éste ejercicio no es para todos los niños, por ejemplo: no es recomendable para niños tímidos o demasiado pequeños (es decir se recomienda para niños mayores de 3 años), para los pacientes que presentan resistencia, al tratamiento, histeria, o agresión, el uso de este método obtiene el comportamiento positivo del niño durante el tratamiento dental.

Aproximadamente el 90% de los Odontopediatras en Estados Unidos , indican el uso del ejercicio de mano sobre boca, así como el 90% de las escuelas en Post-doctorado incluyen la enseñanza de éste.

Hartmann en 1985 desarrolló un estudio para evaluar la eficiencia del ejercicio de mano sobre boca el cual consistió en evaluar si el uso de ésta técnica, desarrolla niveles adecuados de cooperación por parte del niño.

A 172 pacientes de 193 les fué practicado dicho ejercicio dando como resultado que 39 pacientes desarrollaron cooperación favorable después de una sola aplicación de dicho ejercicio; 111 tuvieron 2 ó más citas favorables, once de los 19 pacientes que recibieron el ejercicio en múltiples ocasiones presentaron 2 ó más citas favorables después de la última aplicación de éste y 4 de las 19 tuvieron citas favorables después del uso de éste ejercicio.

De los niños que recibieron citas de tratamiento aproximadamente el 50% fueron tratados bajo agentes farmacoterapéuticos (como el óxido nitroso o hidrato de cloral), lo cual es en contraste aproximadamente con el 20% de la población que no recibió el ejercicio de mano sobre boca.

Los detalles del ejercicio fueron propuestos por Levitas en 1974 y por Browers, L. En 1982 de la siguiente manera: Después de tapar la boca del paciente sugieren que se le diga : "Si quieres que retire mi mano de tu boca, es necesario que dejes de llorar para que me escuches, yo sólo quiero hablar contigo y ver tus dientes". Después de unos segundos a lo anterior se le repite al paciente y se agrega lo siguiente: ¿Estás listo para que retire mi mano de tu boca?. Generalmente hay una respuesta noverbal, por lo cual es removida la mano del dentista.

El asistente juega un papel muy importante en el uso de éste ejercicio pues este sostendrá los brazos y las piernas del paciente.

El uso de la técnica de control de la voz es esencial en la realización del ejercicio de "Mano sobre Boca".

C) Técnica de mano sobre boca y nariz: Cuando la cooperación del paciente infantil no se ha logrado con el ejercicio de mano sobre boca, las vías aéreas del niño son cerradas. Esto se realiza igual que el ejercicio de mano sobre boca. Sólo que además de tapar la boca del paciente, se tapan las narinas, esto con el dedo índice y pulgar del dentista, con la misma mano que está tapando la boca.

Las narinas no deben ser tapadas por más de 15 segundos, la técnica de mano sobre boca y nariz es menos aceptada por los dentistas, que el ejercicio de mano sobre boca, ya que con la primera se restringen las vías aéreas al paciente.

Cuando el niño decide cooperar con el dentista, la mano de éste es retirada y se motiva al niño por su buen comportamiento.

Cuando el ejercicio de mano sobre boca no funcionara, la técnica descrita anteriormente logrará la cooperación del paciente, ya que con esta se sentirá incómodo por la restricción de sus vías aéreas.

El uso del ejercicio de mano sobre boca y mano sobre nariz y boca, representa el último recurso no farmacoterapéutico para el tratamiento dental del niño en el consultorio dental. Si a pesar de su empleo no se consigue la cooperación del paciente, entonces se recurrirá a técnicas farmacoterapéuticas como podrían ser la sedación y la anestesia general.

Otra técnica para controlar al paciente infantil, también en forma no farmacológica, es la técnica de hipnosis, la cual se refiere al uso de la hipnosis para lograr la cooperación del paciente, la hipnosis es definida como un estado en el que el individuo sufre la suspensión de sus funciones psíquicas, causando que éste se siente, y actúe de diferente manera; generalmente la hipnosis es utilizada en la terapéutica psicológica.

El uso de cualquiera de las técnicas antes mencionadas pretende brindar al dentista la oportunidad de obtener una salud dental óptima en sus pacientes a través de la cooperación y el buen comportamiento de éstos. El adecuado comportamiento del niño en el consultorio dental permitirá llevar a cabo el tratamiento que éste requiere bajo situaciones controladas. Esto dará como resultado tratamientos exitosos y de alta calidad.

En la literatura se reportan las siguientes implicaciones clínicas del miedo y/o la ansiedad que presentan algunos pacientes en el tratamiento dental. A continuación serán mencionadas:

1. Un paciente que cierre súbitamente la boca.
2. El paciente que interrumpe al operador cuando se va a utilizar la pieza de mano de alta velocidad.
3. El que el paciente que bote la grapa utilizada para el dique de hule.
4. Aquel que mete la mano al campo operatorio.

El paciente que súbitamente cierra la boca puede causar que la grapa con la que se aísla sea botada, pudiendo lastimar la encía o incluso correr el riesgo de tragarse la misma. Si el operador está realizando cavidades u otros procedimientos operatorios, es posible que al estar utilizando la pieza de mano de alta velocidad se puedan lastimar ya sea el labio, la lengua o carrillos.

Para evitar que el paciente se trague la grapa y/o el dique, ésta deberá ser amarrado , con hilo dental , y a su vez, al arco de Young. Una vez colocado el dique de hule; si el paciente mete la mano al campo operatorio e interrumpe el tratamiento puede mover la mano del operador causando que con la pieza de mano de alta velocidad corte algún tejido adyacente del pacientito.

Una de las implicaciones clínicas de mayor importancia puede ser el evitar que el paciente infantil llegue a la premedicación y sobre todo al tratamiento bajo anestesia general. Sin embargo, se reconoce que hay casos en los que los pacientes deben premedicarse o incluso ser tratados bajo anestesia general.

Por ejemplo, cuando el paciente por su corta edad y madurez es incapaz de cooperar, cuando es un paciente sumamente ansioso, en pacientes minusválidos o con enfermedades físicas o mentales, que comprometan su salud y bienestar, y por tanto sean una indicación para el empleo de Agentes premedicantes y/o anestesia general.

El manejo adecuado del paciente infantil en el consultorio dental es responsabilidad del dentista, el cual, la debe asumir sin dudar. Un dentista inseguro de su capacidad clínica transmitirá esta inseguridad al paciente. El condicionamiento adecuado con el uso de las técnicas discutidas anteriormente, le hará la cita mas llevadera a ambos.

Es necesario que el dentista inspire confianza al paciente para que éste acepte de buena manera, el tratamiento dental al cual será sometido. Para generar ésta confianza, el dentista debe "bajarse" al nivel del niño. Es decir hablarle al nivel de sus ojos platicar con él, ofrecerle lo que el dentista va a ser capaz de cumplir, hablar con palabras que no asusten al paciente.

5.4 MECANISMOS FARMACOLÓGICOS DE GUÍAS DE CONTROL

ANALGÉSICOS

Son medicamentos que, como es bien sabido, tiene la capacidad de inhibir los receptores del dolor, reduciendo o eliminando por completo la sensación de dolor.

Un grupo ampliamente utilizado de analgésicos suaves son antipiréticos y la mayoría de ellos también ejercen acción antiinflamatoria.

Estos fármacos pertenecen a 4 clases químicas, y son las siguientes:

- Salicilatos
- Pirazolonas
- Derivados del paraaminofenol
- Grupo nuevo compuesto por la indometacina, Acido Metenómico, Ibuprofeno, Tonoproten, Noproten y Tolmentín.

Se les puede clasificar en relación a su efecto terapéutico como:

Ligeros
Moderados
Intensos

Los analgésicos ligeros son los salicilatos, los derivados de la anilina y el propoxiteno. Los analgésicos tucitos son drogas funcionalmente similares a la morfina, y se sabe que de éstos el narcótico más tucito encontrado es el opio.

Es importante recordar que los analgésicos son más eficaces cuando se dan antes de la instalación del dolor y no durante éste.

SALICILATOS

Se sabe desde hace mucho de la capacidad de la corteza del sauce para disminuir la fiebre, a principios de la década de 1800 se identificó su ingrediente activo , la salicilina, se sintetizó un grupo de compuestos; 3 de estos compuestos, la aspirina o ácido acetilsalicílico, el salicilato sódico y la salicilamida, son útiles por sus efectos analgésicos, antiinflamatorios y antipiréticos.

El ácido salicílico es una sustancia orgánica simple que ejerce notables efectos analgésicos, antipiréticos , antiinflamatorios, antirreumáticos y uricosóricos en el ser humano.

Son útiles para aliviar el dolor son de ligeros a moderados son eficaces contra el tratamiento de dolores de cabeza, artralgias y dolor muscular.

En el sistema nervioso central, los salicilatos reducen los niveles de prostaglandinas en las terminales nerviosas y este efecto parece participar en el bloqueo de la transmisión en ciertos nervios; el sitio probable para la acción analgésica central es el hipotálamo, no producen somnolencia o trastornos mentales en dosis analgésicas.

Es sabido que las cefaleas, artralgias y los dolores musculares responden notablemente al ácido acetilsalicílico.

Efecto Antipirético

Disminuyen la fiebre, la temperatura normal del organismo y mantienen los grados al equilibrio entre la producción y la disipación del calor.

La regulación central de este proceso radica en el hipotálamo.

Los salicilatos hacen descender la fiebre y aumentan la pérdida de calor al favorecer la sudoración y la vasodilatación periférica

Efecto Antirreumático y Antiinflamatorio

Es probable que el efecto antirreumático de los salicilatos sea solo una manifestación de su acción antiinflamatoria.

Acción Uricosorica

Los salicilatos a dosis altas aumentan la excreción urinaria de ácido úrico, probablemente al impedir su reabsorción tubular.

Efecto Gastrointestinal

Los efectos del ácido acetilsalicílico sobre el estómago constituyen un problema muy serio para los pacientes que deben tomar el fármaco durante periodos prolongados y a dosis altas causan irritación gástrica.

ACIDO ACETILSALICILICO Y AGREGACIÓN PLAQUETARIA

La aspirina (ácido acetilsalicílico), en dosis tan pequeñas como 300mg previene la adhesión de las plaquetas entre sí y disminuye la formación de coágulos.

METABOLISMO

Los salicilatos son ácidos débiles que se absorben bien en el estómago, e intestino. La absorción se mejora cuando se ingieren con suficiente agua. La distribución y la eliminación se ven fuertemente afectadas por el pH de los tejidos.

La biotransformación a ácido salicílico, un producto, ocurre en el sistema gastrointestinal, el plasma y el hígado.

El ácido salicílico se excreta sin cambios y como productos conjugados de glicina y ácido glucuránico. En la orina básico se excreta hasta el 85% del ácido salicílico sin cambio la vida media de los salicilatos en el organismo es de unas seis horas tras la administración de una sola dosis.

INTOXICACIÓN

Aunque los salicilatos son unos fármacos notablemente seguros, pueden causar efectos adversos e incluso la muerte cuando se administran en grandes dosis.

Algunos individuos pueden mostrar reacciones anafilácticas de tipo urticaria o asmático tras recibir dosis pequeñas.

Los pacientes con intolerancia a esta sustancia pueden presentar reacciones frente a otros analgésicos no narcóticos y frente al colorante.

La intoxicación grave se caracteriza por síntomas gastrointestinales, trastorno del equilibrio del ácido base y petequias.

PIRAZOLONAS

Dipirona:

Un fármaco íntimamente relacionado con los anteriores, es la dipirona, la cual resulta bastante peligrosa dada su tendencia a producir agranulocitosis. Esta sustancia es popular en algunos medios, dado que constituye uno de los pocos analgésicos no narcóticos inyectables.

A pesar de todo, cuando no es posible disminuir la fiebre con otros fármacos, en casos de enfermedad maligna o de convulsiones febriles en niños, puede aplicarse la inyección intramuscular de dipirona. Los preparados de dipirona tienen presentación en tabletas de 300, 324, 600 y 648mg y solución inyectable de 500ml.

DERIVADOS DEL PARAMINOFENOL

Ciertos derivados anilínicos, tales como la acetanilida, se han utilizado durante muchos años como analgésicos no narcóticos inyectables.

Acetaminofen

Este fármaco es similar al ácido acetilsalicílico en cuanto a sus acciones analgésicas y antipiréticas. Solo tiene un débil efecto antiinflamatorio y antireumático, probablemente debido a que tiene poco efecto sobre la síntesis periférica de prostaglandinas.

El acetaminofen se absorbe rápidamente por vía oral y las concentraciones séricas máximas se alcanzan al cabo de 1 a 2 horas, la mayor parte del acetaminofen, un 80%, se elimina con gluconato.

Efectos Adversos

El acetaminofen a dosis terapéuticas ejerce efectos muy adversos. No causa hemorragia ni irritación gástrica, no interfiere con la función de las plaquetas, no potencia la acción de los hipoglucemiantes orales y no afecta la excreción de ácido úrico.

El acetaminofen se presenta en tabletas de 300 y 325mg, en gotas con 60mg y en jarabe con 120 mg/5ml

Hepatotoxicidad

El acetaminofen a grandes dosis es bastante tóxico para el hígado, el gluconato también al ser metabolizado es altamente hepatotóxico, por el sistema de oxidasas.

INDOMETACINA

Tiene una actividad similar a la de la fenilbutazona en la artritis reumatoide. También se usa en el tratamiento de la osteoartritis, la artritis reumatoide y la gota, entre sus efectos adversos se incluyen cefaléas, síntomas gastrointestinales, displasias sanguíneas y úlcera péptica, la indometacina se presenta en cápsulas de 25 y 50mg.

ACIDO MEFENAMICO

Un analgésico suave, no es más eficaz que el acetilsalicílico y puede dar lugar a reacciones adversas graves, tales como diarreas, hemorragias gastrointestinales, afección en la función renal y displasias sanguíneas. Se presenta en cápsulas de 250mg.

IBUPROFENO

Uno de los anti-inflamatorios no esteroideos más nuevos es el ibuprofeno, resulta muy prometedor como sustituto del ácido acetilsalicílico en los pacientes con artritis reumatoide y osteoartritis. Su principal ventaja radica en la menor incidencia de toxicidad gastrointestinal. Se presenta en tabletas de 300 y 400mg. La dosificación para los adultos es de una tableta 4 veces al día.

ANALGÉSICOS MODERADOS

Codeína

Esta droga es una sustancia natural encontrada en el opio, tiene aproximadamente un doceavo de la potencia de la morfina.

El mecanismo de acción, efectos farmacológicos y tóxicos de la codeína son similares a los de la morfina, pero mucho más débiles,

La codeína es muy eficaz cuando se da oralmente. Produce menos dependencia y tiene menos efectos colaterales.

En odontología, se usa cuando se requieren analgésicos más fuertes que la aspirina o el acetaminofén. Se usa frecuentemente asociada a la aspirina, estos dos tipos de drogas aumentan la acción analgésica entre sí, la codeína se usa también por sus efectos antitusígenos.

ANALGÉSICOS FUERTES

Morfina

La morfina es un alcaloide obtenido del opio, que consiste en el jugo seco de la planta *Papaver Dominiferon*.

Efecto Farmacológico

Muchos de los efectos farmacológicos de la morfina se deben a acciones en el sistema nervioso central, en tanto que unos cuantos se deben a su actividad sobre el músculo liso.

Es más eficaz contra el dolor sordo y crónico que contra uno punzante e intermitente. Por lo general la analgesia se acompaña de somnolencia, actividad física disminuida y dificultad para pensar. Algunos pacientes experimentan euforia, excitación y delirio, así como distrofia.

Tiene un potente efecto sobre los centros respiratorios cerebrales por lo que hay cierto grado de depresión respiratoria aún cuando se dan pequeñas dosis terapéuticas. La muerte debido a sobre dosis por lo general se debe a insuficiencia respiratoria.

Efecto Gastrointestinal

Puede producir náusea y vómito en la zona quimiorreceptora de impulsos en el área medular del cerebro, la morfina aumenta el tono del sistema gastrointestinal pero disminuye su capacidad de propulsión.

Efecto en Pupilas

La morfina produce contracción de la pupila debido a un efecto sobre el S:N.C.

Efecto en Vías Urinarias

Produce algunas veces retención urinaria, acompañada de aumento en el deseo de orinar, la retención urinaria es provocada por incremento del tono del esfínter urinario, lo que hace difícil orinar.

Tolerancia

Después de casi una semana de uso diario, se desarrolla tolerancia a los efectos analgésicos de depresión respiratoria, sedantes, eufóricos y hemáticos de la morfina.

Uso Terapéutico

La morfina se usa como droga preanestésica y para el tratamiento del dolor moderadamente intenso ó intenso.

La morfina alivia la disnea causada por edema pulmonar o insuficiencia aguda del ventrículo izquierdo.

Metabolismo

La morfina se absorbe bien por vía subcutánea e intramuscular, que son las normalmente usadas, la vía oral no se usa, la dosis común son 10 mg por 70Kg de peso corporal, la mayor parte de la droga se conjuga en el hígado con glucoronido.

Toxicidad

Las dosis terapéuticas pueden producir náuseas, vómito, somnolencia, sedación o excitación, mareo, euforia o distrofia y disminución de la actividad física y función mental.

Las reacciones alérgicas por lo general son raras y se manifiestan como salpullido y urticaria.

Sobredosis

Dosis altas de morfina producirán depresión respiratoria intensa, a cianosis, caída de la presión arterial y coma.

Contraindicaciones

La morfina produce broncoconstricción y no debe administrarse a los asmáticos, no debe utilizarse con pacientes de tendencias neuróticas o histéricas pues puede producir excitación y delirio.

5.4.1. OXIDO NITROSO Y OXIGENO

Iniciando con datos históricos tenemos que en 1776 Josep Priestley preparó el compuesto químico, en Inglaterra, en 1799 Hunphrey Dary, también en Inglaterra, publicó un trabajo en el "Chemical Journal", en el que informaba sobre las propiedades anestésicas o analgésicas del compuesto, sin embargo, sus observaciones pasaron desapercibidas.

En 1840-44 Colton de Estados Unidos de América, usó el óxido nitroso con el nombre de gas hilarante, para demostraciones públicas, y con fines de diversión.

Horace Wells, un dentista que ejercía en Hartford Connecticut, vio una de esas demostraciones y observó las propiedades anestésicas. Cuando uno de los participantes en la demostración bajo los efectos del gas, se produjo una lesión dolorosa en una pierna, sin embargo, la herida pasó desapercibida por aquella persona sedada. Después, Wells utiliza el óxido nitroso en su práctica dental y obtuvo permiso para hacer una demostración práctica del óxido nitroso como anestésico, en el Hospital General de Massachusetts en Boston.

Para enero de 1845, Horace Wells hizo la demostración de óxido nitroso, como anestésico general. Su demostración fracasó al obtener una anestesia incompleta, hecho, fácilmente explicable en la actualidad, conocidas ya las acciones farmacológicas del gas en cuestión.

En 1868 Edmund Andrews lo usó combinado con oxígeno por primera vez. Y en 1880 Paul Bert lo empleó obteniendo un resultado positivo.

CARACTERÍSTICAS

Es un gas inorgánico, N_2O , llamado también óxido nitroso. Antiguamente se le llamaba gas hilarante. No es inflamable ni explosivo, sin embargo, si ya existe una combustión, el gas cede su oxígeno y contribuye a la combustión. El olor no es desagradable. Es poco soluble en sangre, pero muy soluble en agua.

Este anestésico se elimina por vía pulmonar, es un anestésico débil pero posee notable acción analgésica, la concentración necesaria para obtener analgesia es del 20%,(tensión parcial de 152 mm de Hg), produce pérdida del conocimiento, la anestesia quirúrgica se obtiene con concentraciones entre 80 y 90% y con cierta dificultad.

Estos factores explican el problema que significa la utilización de este gas como agente único para obtener anestesia quirúrgica.

Estos factores explican el problema que significa, la utilización de este gas como agente único para obtener anestesia quirúrgica. Es decir, un nivel satisfactorio de anestesia solamente puede lograrse, y ello con dificultad, reduciendo considerablemente la proporción de oxígeno en la mezcla inhalada.

En la actualidad, un gran número de técnicas de anestesia se basan en el empleo de combinaciones de óxido nitroso con el alotano y el enflurano. Al utilizar estas mezclas, se disminuye el Mac, de uno y otro de los agentes mencionados; si se evita una anestesia demasiado profunda, se disminuyen la depresión respiratoria y circulatoria propia de los anestésicos potentes y se aprovecha la ligera acción estimuladora, simpática del óxido nitroso; la acción analgésica y demás propiedades farmacológicas que provocan la disminución del Mac. De los potentes anestésicos volátiles, se obtienen mediante la administración de pequeñas dosis de narcóticos como el fentanil.

Debido a que el óxido nitroso es mucho más soluble en la sangre que el nitrógeno, y se recuerda la presión parcial muy alta del anestésico y su bajo coeficiente de partición sangre-gas se comprende que por difusión el óxido nitroso penetra a las cavidades orgánicas que contienen aire, el intestino, por lo tanto, puede distenderse, como también un neumotórax o un quiste pulmonar, así como también el espacio aéreo del oído medio, al grado de poder desplazar un injerto-timpano plastia.

USOS EN NIÑOS IMPEDIDOS

Con los niños impedidos, la analgesia por inhalación de óxido nitroso puede ser un método seguro y eficaz para disminuir la aprensión o la resistencia al tratamiento dental.

Existen pocas contraindicaciones para su empleo , excepción hecha de niños con grave retraso mental o trastornos emocionales igualmente graves.

La administración de analgesia de óxido nitroso puede combinar este procedimiento junto con premedicación y anestesia local.

La analgesia de óxido nitroso disminuye la elasticidad muscular y los movimientos no coordinados del parálisis mental y disminuye la tensión física y las molestias, logrando de esta manera que el paciente soporte periodos de tratamiento más largos.

La analgesia de óxido nitroso para niños impedidos debería limitarse a la etapa de analgesia relativa por el empleo de flujo de óxido nitroso relativamente bajo y flujos altos de oxígeno, que permanezcan por debajo de los niveles de excitación. El propósito principal de un nivel de analgesia relativa es relajar al paciente y aumentar durante los periodos más dolorosos del tratamiento el flujo de óxido nitroso, controlando desde luego la frecuencia cardíaca de nuestro paciente y al termino de la sesión ir disminuyendo poco a poco el flujo del gas N₂O y aumentar el flujo del oxígeno hasta que nuestro paciente se empieza a reincorporar.

Factores Importantes

- Tomar en cuenta los antecedentes clínicos de nuestro paciente.
- Consultar al médico del paciente y decidir que tipo de terapéutica medicinal se debe emplear antes , durante y después del tratamiento.
- Informar bien a los padres de los cuidados que deben tener con el paciente , antes de traerlo a su cita y después de ésta.

Es esencial paciencia y comprensión al administrar por primera vez analgesia de óxido nitroso. Debe concedérsele al niño tiempo para ajustarse a esta experiencia. Al iniciar el tratamiento debe mostrársele , como se emplea la máscara y puede hacerse correr el juego de gases sobre las manos y mejillas del niño, esto antes de colocar la máscara.

5.4.2. MEDIDAS FARMACOLOGICAS

La mayoría de los niños que son sometidos a tratamiento dental lo aceptan con poca o ninguna dificultad, pero existen algunos que requieren ayuda especial.

Por lo que se emplean métodos para el control del dolor y el miedo; y estos son los siguientes:

- Premedicación
- Anestesia Local
- Sedación con Oxido Nitroso
- Anestesia General

Premedicación

Cuando estamos frente a un paciente de difícil manejo con el cual las técnicas de persuasión, control de voz, mano sobre boca, etc., han resultado ineficaces, una de las alternativas con la que cuentan los Odontopediatras es la premedicación.

Su principal objetivo es facilitar el tratamiento dental y conseguir que los pacientes potencialmente cooperadores y aquellos con falta de habilidad para cooperar, se tranquilicen o acepten los procedimientos operativos.

La premedicación es utilizada para producir una sedación física antes del tratamiento dental, para que el paciente esté tranquilo y libre de ansiedad y miedo.

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

Para esto hay varios factores que rigen la determinación de las dosis medicamentosas en los niños.

1) La edad del Niño:

Cuando mayor es el niño , mayor es la dosis requerida para lograr el efecto clínico deseado.

2) Peso del Niño:

Factor principal en la determinación de la dosis medicamentosa pediátrica, porque es una guía más confiable para establecer la dosis según el peso corporal.

3) Actitud Mental del Niño:

Cuanto mayor sea el grado de ansiedad o temor presentes, mayor será la dosis requerida del medicamento.

4) Nivel de Sedación Deseada:

La definición de Sedación ideal variará considerablemente. Algunos consideran a la Sedación como ideal, sólo si el paciente no efectúa movimientos inconvenientes o sonidos innecesarios durante el tratamiento mientras que otros consideran ideal la sedación si pueden completar el tratamiento en una atmósfera relajada.

5) Actitud física del Niño:

El niño hiperactivo de respuestas exageradas requerirá habitualmente una dosis medicamentosa incrementada.

6) Contenido del Estómago:

La presencia de alimentos en el estómago puede alterar muchísimo la absorción del medicamento.

7) Hora del Día:

Se requieren dosis mayores de medicamentos para la sedación en horas tempranas del día, cuando el niño está alerta y con todas sus energías, mientras que dosis menores se pueden dar cuando el tratamiento se realiza más tarde y el niño está más fatigado.

La guía más satisfactoria para selección de dosis de droga para niños es la superficie del cuerpo; por ello Augsberger propuso : 0.7 por peso en libras del niño es igual al porcentaje del adulto.

Dentro de las drogas para el control de la ansiedad y miedo encontramos 4 categorías:

- Ansiolíticos
- Sedantes - Hipnóticos
- Analgésicos - Narcóticos
- Fenitiazinas

Ansiolíticos

Utilizados para manejar la ansiedad y la tensión cotidiana de severas a moderadas, incluyen fármacos tales como:

Benzodiazepinas
Diazepan
Carbonatos
Meprobamato
Antihistaminicos
Hidroxizina

Sedantes - Hipnóticos

Son medicamentos usados para producir grados variables de depresión generalizada del sistema nervioso central. Sin embargo si fuera posible se evitarían los barbitúricos a causa de su propensión perturbadora para producir efectos indeseables en niveles terapéuticos

Los Sedantes - Hipnóticos, se dividen en Barbitúricos y no Barbitúricos dentro de los no Barbitúricos se encuentran el Hidrato de Cloral, dentro de los barbitúricos tenemos el Seconal, Fenobarnital, Nembutal y Pentotol.

Analgésicos -Narcóticos

Se les clasifica como analgésicos fuertes. Su función primaria es el alivio del dolor. El cuál puede ser moderado a severo y los dos agentes más empleados son meperidina y alfaprodina.

Fenotiazinas

Las fenotiazinas comprenden un grupo de medicamentos clasificados comúnmente como agentes antipsicóticos. Y los más comunes son:

- ,Prometizina
- Cloropromazina
- Promazina
- Perfenazina

El odontólogo que no usa sistemáticamente la sedación encontrará ocasionalmente que sus pacientes necesitan alguna ayuda más fuerte que psicológica y anestesia local , la identificación de estas ocasiones y la determinación del curso de acción a seguir puede lograrse por adivinación pero se pueden obtener buenos resultados; todos más consistentemente siguiendo unas guías como éstas:

- 1- Identificar claramente el tratamiento que se va a realizar.
- 2- Decidir cuanto tiempo se necesitará para realizar el tratamiento en circunstancias razonables.
- 3- Decidir cuanta molestia será causada y que efecto tendrá esta en el paciente.
- 4- Decidir cuanta conducta trastornadora se puede aceptar sin sacrificar la calidad del tratamiento.
- 5- Si se prevé que no habrá conducta cooperadora o que el procedimiento va a ser demasiado exigente para el paciente, se debe decidir si el dolor y/o la ansiedad, o ambos, necesitan medidas especiales.
- 6- Escoger los medicamentos que proporcionen alivio necesario.
- 7- Escoger la dosis , vías de administración y horas de administración adecuadas que lograrán la modificación deseada de la conducta.

ANESTESIA GENERAL

La reacción del niño, especialmente si está bajo premedicación, es generalmente de cooperación, siempre que el odontólogo sea paciente y comprensivo. Esto se verifica incluso en niños que parezcan incapaces de control físico y mental requerido para tratamientos dentales acertados. Si fallaron estos procedimientos de manejo del paciente, o si necesitara amplio tratamiento dental un niño gravemente impedido, el empleo de anestesia general es una posible solución del problema.

La Anestesia General es un estado controlado de inconsciencia, que lleva a la pérdida de los reflejos protectores, incluso la capacidad de conservar sin ayuda la permeabilidad respiratoria, y de responder de modo intencional a la estimulación física o a las órdenes verbales.

Indicaciones

Aquellos pacientes que pertenezcan a alguno de estos grupos, usualmente serán tratados bajo Anestesia General:

- 1- El niño no cooperativo, que se resiste al tratamiento a pesar de haberse intentado todos los procedimientos de manejo de conducta comunes y no se obtuvo respuesta favorable por parte del paciente.
- 2- El niño con trastornos de la hemostasia que requieren tratamiento dental muy extenso.
- 3- El niño con padecimientos que lo caracterice con retraso mental, cuyo impedimento sea tan grave que dificulte toda comunicación entre el odontólogo y el paciente.
- 4- El niño afectado de trastornos del sistema nervioso central que se manifiesten por movimientos involuntarios y extremosos.
- 5- El niño con grave cardiopatía congénita, considerado incapaz de tolerar la excitación y cansancio provocados por un extenso tratamiento dental.

En general pacientes con ciertos trastornos de orden físico, mental o médico; cuando la anestesia local es ineficaz debido a infección aguda o alergia; cuando el niño es demasiado reticente, temeroso, ansioso o poco comunicativo, o adolescentes cuyo

cuidado dental no se pueda retrasar; pacientes con traumatismo bucofacial o dental extenso ; y como protección de la psiqué en desarrollo, en niños muy pequeños.

Contraindicaciones

- A) Pacientes sanos cooperadores, con necesidades odontológicas mínimas.
- B) Contraindicaciones médicas a la anestesia general.

Procedimientos Preoperatorios

Aunque emplear anestesia general en el consultorio dental es aceptable, siempre que exista el equipo esencial y esté presente un anestesiólogo calificado seguro para tratar dentalmente a un paciente bajo anestesia general, siempre lo más aconsejable es realizar este procedimiento a nivel hospitalario.

Es de suma importancia la comunicación con los padres de los pacientes ya que su cooperación antes y después del tratamiento es de vital importancia.

Procedimientos de tratamiento

Después de evaluar la historia médica del paciente y determinar la extensión del tratamiento requerido, puede elegirse la premedicación y el anestésico más adecuados.

La intubación endotraqueal nasal, cuando el tubo está fuera de la vista del paciente, simplifica para el odontólogo los procedimientos de tratamiento. Después de la intubación deberán cubrirse los ojos del paciente con una gasa húmeda para protegerlos contra desechos materiales y dentales. Deberá tenerse gran cuidado de evitar que, sangre o cualquier tipo de desecho penetre en la garganta del paciente. Después de anestesiarse completamente deberá colocarse un apósito de gasa húmeda sobre la abertura faríngea, a través del área de las amígdalas y debajo de la lengua. Para extraerlos fácilmente, la extremidad del apósito de la garganta, con un hilo firmemente atado a él, deberá extraerse de la cavidad bucal.

El empleo del equipo de aspiración facilita el procedimiento dental en niños anestesiados. En caso necesario puede emplearse algún instrumento para mantener abierta la boca. Para realizar cualquier tratamiento restaurativo en pacientes anestesiados, el empleo de dique de gaucho proporciona al odontólogo campo seco y mejor visibilidad, y sirve de ayuda al apósito de gasa para evitar la entrada de desechos en la garganta del paciente. Antes de extracciones y otro tratamiento quirúrgico, deberán terminarse todos los tratamientos restaurativos, al realizar esto deberá limpiarse la boca, substituirse el apósito de la garganta con gasa nueva e iniciarse después los procedimientos quirúrgicos.

Al terminar el tratamiento planeado, deberá controlarse toda hemorragia y evacuarse cuidadosamente de la cavidad bucal todos los desechos.

Después de esto, se puede extraer el apósito de la garganta y enviar al niño a la sala de recuperación.

Antes de enviar al niño a casa , deberá programarse una cita para examinar postoperatoriamente al paciente.

El paciente en el curso de las dos semanas siguientes, tendrá que tener cuidados especiales , mismos que los padres en casa tienen que llevar a cabo. Es importante que se tenga una buena higiene oral del paciente, y la necesidad de que este disminuya su consumo de alimentos cariogénicos. Seguido de sus visitas periódicas de chequeo con el odontólogo.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CONCLUSIONES

1. Es necesario que el dentista que quiera ser odontopediatra , comprenda el estado: Emocional, psicológico, fisiológico y económico de el paciente para así poder brindarles una óptima salud oral.
2. No se debe utilizar un lenguaje que el niño no comprenda, pues ésto puede producir angustia innecesaria a los pequeños.
3. Es necesario que el niño conozca, en forma especial, el instrumental del odontólogo, así como todo lo utilizado en el consultorio dental, para su tratamiento.
4. El uso de cualquier técnica para la guía del paciente en el consultorio dental, será de suma ayuda para obtener niveles adecuados de cooperación.
5. La técnica de modelaje de la conducta, demuestra ser de gran valor para el manejo del miedo y la ansiedad en el consultorio odontopediátrico.
6. Es necesario que el odontólogo conozca y maneje las técnicas de guías de comportamiento en el paciente infantil.
7. Para lograr una cooperación por parte del paciente infantil, es necesario educar a los padres y mencionarles las causas del miedo de su hijo para con el odontólogo y como le puede ayudar.
8. Pedir a los padres que no expresen sus temores hacia el dentista, ya que es la causa primaria de temores en el niño, instruir a los padres para que no utilicen el tratamiento dental como un castigo (en la mente del niño se asocia castigo con dolor y cosas desagradables para él).
9. El padre deberá mostrar valor , frente a su tratamiento dental, lo cual ayudará para que el niño sea valiente cuando el sea sometido a su tratamiento dental.
10. Los padres deberán tener y mostrarle al niño, absoluta confianza para con el dentista.
11. Se recomienda el uso de bata de color por parte del odontólogo así como también sus asistentes.
12. Generalmente el paciente que presenta miedo y/o ansiedad pretenderá retardar o evitar, en lo que le sea posible, el tratamiento dental.

13. El aspecto de la jeringa , así como el sonido y como siente el paciente la pieza de mano de alta velocidad, son uno de los generadores de miedo en el consultorio dental.

14. Dado que el miedo y la ansiedad son uno de los problemas más frecuentes a los que se enfrenta el dentista, éste debe aprender a guiar el comportamiento de sus pacientes.

No se puede llegar al tratamiento dental óptimo en el paciente infantil sin un control adecuado de este para lograr su cooperación.

15. Es necesario que el odontólogo de práctica general, así como el alumno de la carrera de odontología, conozcan las causas del miedo y la ansiedad de sus pacientes, ya que de no ser así, no podrían brindar un óptimo tratamiento dental al paciente infantil.

16. El miedo y la ansiedad han sido descritos de diferentes maneras, sin embargo , no hay diferencias significativas entre éstas dos emociones, a excepción de que el miedo es una remembranza de situaciones que ya fueron experimentadas por la persona mientras que la ansiedad es generada de situaciones no vividas con anterioridad.

17. Cuando se tratan pacientes infantiles, generalmente se piensa en problemas en el consultorio dental, como son llanto o pelea abierta con el dentista, y por el contrario, pocas veces se mencionan las técnicas y las ventajas que dan el uso de éstas en la guía del comportamiento infantil en el consultorio la utilización de éstas técnicas en el consultorio dental se reflejará en el comportamiento positivo del paciente.

18. Estas técnicas, que pretenden modificar las actitudes negativas del paciente infantil, para con el dentista y los tratamientos dentales, deben ser parte de una rutina en el consultorio dental, no solo por los odontólogos, sino , el dentista necesita conocer el estado psicológico, fisiológico, cultural y económico de sus pacientes.

19. Aparentemente el uso de un videotape como técnica de modelaje o de cualquier técnica para la guía del comportamiento, permite al dentista prevenir o reducir la ansiedad en el consultorio. El uso de la técnica "Mano Sobre Boca" debe de ser conocida por parte del dentista para sacar al paciente de un estado aprensivo en el cual se encuentra y el uso de ésta técnica brindará un apoyo en la guía del paciente infantil.

20. Tanto la escala no verbal para medir la ansiedad como la escala de Frankl, serán un apoyo para el odontólogo , para medir la ansiedad.

Tomando en cuenta que la escala no verbal para medir la ansiedad tiene ciertas ventajas sobre la escala de Frankl. Esta permite al evaluador, valorar la ansiedad como un todo, medir tanto individual como colectivamente los varios componentes observables en la ansiedad como: la expresión facial, el comportamiento de los ojos, y la relajación muscular ; siendo de valor en la medición de la ansiedad desde el punto de vista psicológico.

BIBLIOGRAFIA

BREVIARIOS DEL FONDO DE CULTURA ECONOMICA

Pierre Mannoni

México, 1984

CHANGING HUMAN BEHAVIOR SCIENCE RESEARCH

Weinstein y Getz T.

City Associates. Inc. Chicago U.S.A 1978

R: CHILD BEHAVIOR DURING THREE SEQUENTIAL DENTAL VISITS

Doenigsberg, S.R. and Johnson

vol. 42: 197-200 1975

CROCKETT, B. DENTAL SURVERY

Southeastern State College

I. Oklahoma Dent. Soc. Vol. 55:25 1965

TENSION Y ANSIEDAD

Spiel Berger

Ed. Harla

México, D. F 1980

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Finn, S. B.

Editorial Interamericana

México, D. F. 1980

ORIGINS AND CHARACTERISTICS OF FEAR OF DENTISTRY

Kleinecht, R. A. Klepac. R. K. And Alexander C. P

J. Amer. Dent. Ass. Vol.86: 842-848 1973

HIGIENE MENTAL

Carol, H. A.

Ed. Cresa

34a Edición México, D. F. 1974

PHISICOLOGIC RESPONSES OF CHILDREN TO INITIAL DENTAL EXPERIENCIES

Simpson. W. Et. Al.

Dent. Child. Vol. 41: 465-470

EMOTIONAL AND MEDICAL FACTORS IN CHILD ANXIETY

Sermer O

Child Psychology and Psychiatry. Vol. 5: 313-321, 1974

BEHAVIOR MANAGEMENT IN DENTISTRY FOR CHILDREN

Wright

Philadelphia, W.B. Saunders and Company 1975

ORIGINS AND CHARACTERISTICS OF FEAR OF DENTISTRY

Shobany Boriand Kleinknecht R. D. Klepac R. K and Alexander C. P

Amer. Dent. Ass. Vol. 86, 842, 848. 1973

DEVELOPMENT OF ANXIETY SCALE

Coran N. L.

J. Dent. Res. Vol. 48. 596 1969

HAND OVER MOUTH EXERCISE

Levites T. C. Homg

J. Dent Child vol.41: 178.182 1974

VIDEOTAPE INFLUENCE AN DENTAL ANXIETY IN HISPANIC CHILDREN

Mondragón L.

Chicago Illinois, U.S.A

Thesis 1981

HAND OVER MOUTH BEHAVIOR MANAGMENT TECHNIC

Hartman, C. Pruhs R. S. And Taft T. Z. J. R

J. Dent Child vol. 2: 293,296. 1985

DESENSITIZATION MODEL LEARNING AND DENTAL BEHAVIOR OF CHILDREN

Machen J. B. Y Johnson R.

J: Dent. Res. Vol: 53, 83-87 1974

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Pinkham

Segunda edición

Ed. Mc. Graw Hill

interamericana

México, Enero 1997

ODONTOLOGIA PEDIATRICA Y DEL ADOLESCENTE

Ralph E. Mc. Donald, David R. Avery

Sexta Edición

Ed. Mosby/ Doyma Libros

Bogotá 5a edición 1993

FARMACOLOGIA CLINICA

Clark Brater Johnson

Editorial Medica Panamericana

12a edición

FARMACOLOGIA

Smith/Reynard

Ed. Médica Panamericana