

280  
201



# Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

" EL NIÑO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA GENERAL "

## Tesis Profesional

Que para obtener el título de

CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a

GUADALUPE MAVIL ZAPATA



México, D. F.

1986



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

I N D I C E

HOJA.

___INTRODUCCION.....	1-2
___FUNDAMENTACION DEL TEMA.....	3
___PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
___OBJETIVO GENERAL.....	6
___HIPOTESIS.....	7
CAPITULO I      ASPECTOS PSICOLOGICOS.....	8
1.1 Desarrollo de la personalidad.....	8-11
1.2 Teoría psicoanalítica del desarrollo de la personalidad.....	11-12
1.3 Desarrollo psicosexual.....	12-14
1.4 Edad preescolar.....	14-22
1.5 Edad escolar.....	22-28
1.6 Patrones de comportamiento del niño de acuerdo a su nivel de edad.....	28-32
CAPITULO II      ANSIEDAD Y MIEDO.....	33-34
2.1 Miedo.....	34-36
2.2 Ansiedad.....	36-39
2.3 Ansiedad materna.....	39-42
2.4 Preparación del niño para su primera visita con el dentista.....	42-45
2.5 Factores socioculturales.....	45-47
2.6 Relación con los hermanos.....	47-48
2.7 Fuentes de conducta no cooperativa.....	48-49

CAPITULO III	RELACION ODONTOLOGO PACIENTE.....	50
3.1	Transferencia y contratransferencia.....	50-51
3.2	Introducción del niño a la odontología.....	51-53
3.3	Actitud del niño hacia la odontología.....	53-54
3.4	Llanto en el consultorio dental.....	54-56
3.5	Papel del odontólogo.....	56-58
CAPITULO IV	TECNICAS DE MANEJO DE CONDUCTAS....	59-60
4.1	Técnicas de persuasión.....	60-61
4.2	Técnica de "decir, mostrar, hacer".....	61-64
4.3	Control de voz.....	64-65
4.4	Técnica de mano sobre boca y nariz.....	65-67
4.5	Modelaje.....	67-68
4.6	Desensitización.....	68-70
4.7	Técnica del ridículo.....	70
CAPITULO V	DIAGNOSTICO Y PLANEACION DE TRATA-- MIENTO EN PACIENTES INFANTILES.....	71
5.1	Examen del niño.....	71-72
5.2	Historial del paciente.....	72-73
5.3	Examen clínico.....	73-74
5.4	Diseño de un examen clínico odontopediátrico.....	74-75
5.5	Perspectiva general.....	75-84
5.6	examen de la cavidad bucal.....	85-92
5.7	Método para diagnosticar.....	92-93
5.8	Planeación del tratamiento.....	93-97

<b>CAPITULO VI</b>	<b>PREMEDICACION.....</b>	<b>98-100</b>
6.1	Diazepam.....	101-102
6.2	Meprobamato.....	102-104
6.3	Penotiacina.....	104-107
6.4	Prometacina.....	107-108
6.5	Hidroxicina.....	108-112
6.6	Secobarbital.....	112-113
6.7	Hidrato de cloral.....	113-116
6.8	Meperidina.....	116-118
6.9	Alfaprodina.....	118-119
<b>CAPITULO VII</b>	<b>OXIDO NITROSO.....</b>	<b>120</b>
7.1	Generalidades.....	120-121
<b>CAPITULO VIII</b>	<b>ANESTESIA GENERAL.....</b>	<b>122-124</b>
8.1	Indicaciones para la anestesia general.....	124
8.2	Procedimientos pre-operatorios.....	124-125
8.3	Procedimientos en el quirófano.....	125-126
8.4	Medicación preliminar.....	127-128
8.5	Selección e inducción del anestésico.....	128-129
<b>CONCLUSIONES.....</b>		<b>130</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>		<b>131</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>		<b>132-140</b>

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

Los últimos años han tenido un desarrollo técnico y científico sin par en la historia de la humanidad, lo que ha obligado al profesional a actualizarse constantemente en su campo.

La odontología tradicional, hoy está dividida y abarca cam por tan amplios en las diferentes especialidades existentes, en tre las cuales se encuentra odontología infantil u odontopediatría; que puede considerarse servicio más necesitado, y sin embargo el más olvidado entre los servicios que presta el dentista. A pesar de la gran importancia que tiene, algunos odontólogos tienden a disminuir su valor, ya sea por ignorancia, o por indiferencia hacia los conceptos más recientes de la odontología actual y a las metas finales que han de lograrse. El valor de este servicio nunca será suficientemente ponderado ya que un tratamiento odontológico poco adecuado o insatisfactorio realizado en la niñez, puede dañar permanentemente el aparato masticador, dejando al individuo con muchos de los problemas dentales hoy en día tan comunes en la población adulta.

La odontología para niños requiere algo más que conocimientos dentales comunes puesto que se está tratando con organismos en período de formación. Tan solo en los niños se encuentra este crecimiento y desarrollo rápido donde los individuos están en constante cambio.

La odontología para niños trata generalmente de la preven ción. En realidad no hay ninguna fase importante de este campo que no sea preventiva en su perspectiva más amplia. Desde este punto de vista, la odontopediatría es en verdad un servicio de-

dedicación puesto que la prevención es siempre la meta final de la ciencia médica en su totalidad.

Con este fin me he propuesto presentar un informe general sobre las actividades odontopediátricas encaminadas al manejo de los pequeños pacientes.

Este trabajo es el resultado de una investigación bibliográfica sobre los aspectos psicológicos que rigen el control de manejo de conductas; para que así nos sea permitido realizar -- los procedimientos clínicos que se requieren en los diversos ca sos que se nos pueden presentar.

Con mayor frecuencia de la que se desearía, al cirujano -- dentista se le presentan dificultades en el consultorio dental -- para la atención de niños que no aceptan o temen el tratamiento odontológico, esto se debe a que existe un vacío en nuestro conocimiento, al enfoque correcto de la preparación psicológica -- del niño para que acepte la odontología.

El cirujano dentista debe comprender la gran responsabilidad que implica tratar niños y tomar conciencia, sobre los traumas que pueden ser ocasionados a los pequeños pacientes, a causa de malas técnicas de manejo. El odontólogo que guía con éxito a los niños dará como resultado beneficios a largo plazo.

Es muy cierto que el grado de cultura de los padres, se ve reflejado en el niño y lo que escucha o ve en su hogar se manifiesta en su patrón de conducta, por ello la importancia de la colaboración de los padres con el cirujano dentista.

Cada día aumenta la necesidad de practicar una buena odontología dedicada a los niños, sin que ésto sea privativo de clínicas o consultorios odontopediátricos, sino también en consultorios de práctica general con el fin de que se puedan utilizar todas las medidas disponibles y conseguir el mayor beneficio en favor de los jóvenes pacientes.

Sin embargo existe el pensamiento erróneo de que para tratar niños en odontología se requiere de poca experiencia, lo cual implica un manejo inadecuado del niño en el tratamiento odontológico, por lo que es importante ampliar los conocimientos en el campo odontológico.

El cirujano dentista que está en contacto con niños, se encuentra con seres en pleno desarrollo, el cual pasa por un crecimiento mental además de físico. También el niño está adquiriendo constantes hábitos dejándolos y modificándolos.

Este cambio es quizá una razón para que la reacción del niño pueda diferir en un consultorio, entre una visita y otra.

Es un hecho reconocido que cada niño tiene un ritmo y un estilo de crecimiento. No hay niños ni siquiera de la misma familia, que sigan exactamente el mismo esquema.

Todos los que trabajan con pequeños deben comprender que la edad psicológica del infante no siempre corresponde con su edad cronológica.

Esta, en verdad no tiene importancia para el dentista. Sin embargo, en el diagnóstico de los problemas de conducta y planificación del tratamiento se considerarán ambas edades, fisiológica y psicológica.

Es necesario conocer sus patrones de conducta, así como su capacidad mental y emocional para encauzarla y canalizarla, logrando que la relación que idealmente debe existir entre el niño y cirujano dentista sea realmente positiva.

### OBJETIVO GENERAL

Crear conciencia en el cirujano dentista de la importancia que tiene para el futuro dental del niño el hecho de lograr una exitosa relación odontólogo y paciente durante y después del -- tratamiento.

Proporcionar los medios para lograr el control del paciente infantil en el consultorio dental.

## H I P O T E S I S

Cuanto mejor sea la preparación del cirujano dentista en el enfoque psicológico y odontológico para brindar atención dental a niños, mayores serán los beneficios dentales futuros para dicho paciente.

## C A P I T U L O - I

## ASPECTOS PSICOLÓGICOS:

Resulta muy necesario incorporar la psicología clínica en la práctica de odontopediatría, para así poder entender las actitudes que adoptan los niños en el consultorio dental. Hay que demostrar mayor interés en el cuidado de estos pequeños pacientes, así como comprender sus emociones y necesidades.

En los siguientes capítulos mencionaré los diferentes aspectos psicológicos que tienen influencia sobre la conducta del niño. En cuanto a desarrollo psicológico, se delimitan las respuestas más notables asociadas a cada etapa de la vida del niño. Así como los sucesos ambientales que parecen tener más influencia en la forma final de la respuesta social.

Mencionaré puntos importantes respecto al desarrollo de la personalidad, desarrollo psicosexual, características de acuerdo a la edad del niño, tipos de ansiedad, deseos, normas y defensas que presentan los pequeños, en cada etapa de su vida.

En cuanto a las etapas de la vida profundizaré en la edad preescolar y escolar, por considerar que la afluencia de pacientes en el consultorio se encuentra entre los dos y doce años.

## 1.1 DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD.

El concepto de que el hombre es un todo afirma que éste es una entidad, un organismo indivisible. El hombre no es un conjunto de partes sin relación entre sí o que funcionan de manera independiente, sino que cada una es parte esencial e integral de un todo, que contribuye e influye sobre el todo. Así tanto -

los efectos de la enfermedad como del tratamiento no quedan nunca limitados a la porción interesada, sino que afectan al enfermo en su totalidad.

El todo empleado aquí, se refiere al "Núcleo central" del hombre, o sea su personalidad- es en ella que el hombre logra - su integración final y su plenitud. En la personalidad se enlaza la vida y cobra dirección la actitud del hombre, se abarca - la calidad total de un individuo, la estructura orgánica, la integración de su modo de ser y su comportamiento. Sin personalidad no existe el ente humano, sólo su cuerpo como una organización refleja, la desintegración de la personalidad destruye al ser humano a pesar de que la vida misma puede persistir.

El punto de vista en el cual se destaca la totalidad del - hombre en realidad subraya la importancia básica de la personalidad, en donde existe esta totalidad cuando decimos que la enfermedad afecta al hombre, nos referimos a la personalidad.

Es la personalidad la que determina la respuesta a la enfermedad y al tratamiento; una respuesta basada en el sentido y en el significado.

Por lo tanto el buen odontopediatra ha de tomar muy en consideración la personalidad del paciente, su papel en la enfermedad, su respuesta e influencia del tratamiento sobre ella.

"Toda personalidad es influida tanto genética como ambientalmente; si bien la herencia predispone, no condiciona de una manera obligatoria la conducta de los individuos" según Rubén - Gamboa de Bernarde.

Las posibilidades de éxito o de fracaso están en parte con

tenidas en los genes de las células reproductoras. Cada niño -- posee un patrimonio hereditario, verdadero y biológico que le es propio.

El porvenir del hombre depende de la calidad de este patrimonio hereditario y su conservación tendrá para los médicos -- del mañana la misma importancia que tenía para los médicos del ayer la lucha contra la infección ( J Rostand ).

Una parte importante del comportamiento de los hombres, es consecuencia directa de los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales, que han influido en las primeras etapas de su existencia desde su concepción hasta el fin de la pubertad. En cada una de éstas, existen necesidades y requerimientos especiales bien definidos en ese instante. Si estas necesidades no -- son satisfechas, se originan graves perturbaciones, en ocasiones irreversibles durante el crecimiento y desarrollo del organismo.

A partir del nacimiento, el individuo necesita una interrelación muy estrecha con adultos protectores y responsables a -- fin de poder llegar a alcanzar la madurez de la personalidad.-- Los sentimientos y actitudes que se muestran en relación al nacimiento del niño, son factores que influyen en su ambiente.

Se considera a la madre como una fuerza ambiental predominante; sin embargo, conforme el niño va creciendo, se produce un cambio en su comportamiento que afecta en su interior y que pudo haber sido observado al poner de manifiesto su individualidad a temprana edad, tendiendo a conservar durante la niñez -- las características de la personalidad que mostraba cuando era

infante, o bien los rasgos de ésta, pueden atribuirse a la herencia o a los factores ambientales en los que se desenvuelven.

El desarrollo emocional del niño depende de su disponibilidad para establecer lazos efectivos, con personas tales como educadores, padres, dentistas, médicos y otros, que deben conjugar sus esfuerzos para satisfacer las necesidades fundamentales de un organismo en continuo movimiento. Básicamente se puede clasificar en necesidades afectivas, nutricionales, sanitarias, educativas y sociales.

Los impulsos agresivos de la vida emocional, son algunos de los aspectos que el niño tiene que afrontar por sí mismo. Muchos niños muestran su inadaptación, ya que se inquietan seriamente limitando así su forma de vida.

Una de las características que manifiesta el niño que sufre desajuste en su personalidad, se presenta cuando sus esfuerzos para resolver las dificultades del presente, son parcialmente anuladas por los efectos emocionales de los problemas no resueltos en el pasado.

#### 1.2 TEORIAS PSICOANALITICAS DEL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD.

La estructura de la personalidad consta de tres partes: el id(ello) que existe desde el momento del nacimiento; éste es el depósito inconsciente de los instintos que tienden a la satisfacción de los impulsos. El recién nacido no se diferencia así mismo de su madre, ni de los objetos que lo rodean, conforme crece y se desenvuelve, constituye un núcleo primario o polo de un ego ( yo ) en torno del cual sus experiencias son in-

tegradas que va creciendo, extendiéndose y ganando mayor confianza sobre el id.

El yo unifica nuestros actos, nuestras memorias y nuestros proyectos, es además el receptor de los cinco sentidos, controla los movimientos voluntarios y se ocupa de la memoria y la reflexión.

Una de sus principales funciones, es la formación de los mecanismos de defensa. Sólo mediante el yo es posible que tratemos de alcanzar metas definidas e insistamos a vencer los obstáculos que se oponen a nuestros propósitos.

Entre el Id y el Ego se encuentran los límites de lo inconsciente y lo consciente. La división entre ambas no está bien definida en el niño, pero a medida que éste crece, el ego se desarrolla más estableciéndose una separación con el Id.

El superego es la correcta distribución del Id y el Ego, actuando como censor de la aceptabilidad del pensamiento, sentimientos y conducta. Esta parte de la personalidad sirve a los padres del niño para normar su comportamiento en los primeros años de la vida.

La estructura del superego no principia sino hasta la edad de tres y cuatro años, haciéndose cada vez más importante sobre acciones, pensamientos y sentimientos.

### 1.3 DESARROLLO PSICOSEXUAL:

Los niños pasan por cinco fases de desarrollo psicosexual que a continuación se mencionan:

a) Fase Oral.- En el lactante los impulsos de succionar son predominantes, la excitación de la boca y de los labios es en sí misma placentera; por lo tanto la principal fuente de placer es la boca. Posteriormente al iniciarse la dentición el placer en morder puede subordinar y reemplazar el de succionar.

b) Fase Anal.- Durante esta fase, el niño siente interés hacia sus excrementos. Si las demandas de los padres con respecto a la limpieza y regularidad son exageradas durante la época en que se enseña al niño a controlar los esfínteres; desarrollará actitudes de obstinación y terquedad que representan sus esfuerzos para afirmar su anatomía. Por lo que uno de los rasgos de esta fase sea la resistencia a lo que se considera la intrusión de otras personas en la vida privada.

c) Fase Fálica.- Cubre aproximadamente la edad comprendida entre los cuatro y los seis años. El niño comienza a diferenciar la anatomía de sus sexos. En esta fase se puede presentar el complejo de Edipo, que es el encausamiento semi-inconsciente de posesión hacia el sexo opuesto y rivalidad hacia el padre.

d) Fase de Latencia.- ( preadolescencia ) Freud la describe como una tregua entre el Id y el Ego, que marca el final de la niñez y el inicio de la adolescencia.

La situación del adolescente es difícil; desligado de su pasado, inconforme con su presente e ignorante con su destino tiene que encontrarse a sí mismo, así como su camino en la vida. Duda de su capacidad para proyectar su yo en el futuro. Necesita elaborar el nuevo concepto del mundo, de igual manera los valores e ideas y tradiciones aprendidas en la infancia, -

ya que ahora se someterá a un juicio personal e independiente, que estará en gran medida de acuerdo a su capacidad para desarrollar procesos de pensamientos.

e) Etapa Genital.- ( adolescencia ) es considerada en la teoría psicoanalítica el último escalón en el desarrollo psicosexual del individuo.

#### 1.4 EDAD PREESCOLAR:

Se considera una etapa crítica, abarca a los niños de dos a cuatro años de edad.

Para poder entender a un niño de esta etapa debemos tomar en cuenta la ignorancia casi completa del mundo que lo rodea, ya que éste se ha desarrollado en un mundo exclusivamente familiar, y la mayoría de sus relaciones y estímulos están basados en este núcleo. Esta etapa está caracterizada por que el niño tiene mayor conciencia sobre si mismo, y la individualidad sobre los seres que lo rodean. Aumenta la curiosidad por conocer su organismo y también crece su capacidad motriz, por ejemplo, ya puede correr suavemente aumentando, disminuyendo su velocidad, puede subir las escaleras sin ayuda y alternando los pies. Estas necesidades de manejar su organismo, lo llevan a tratar de efectuar una serie de movimientos para los que todavía no está capacitado neuromuscularmente y que lo llevan a obtener ganancias de desarrollo.

Trata de adaptarse al mundo que lo rodea, aumenta el interés por su familia, por encontrar un orden y secuencia de las cosas. Al saberse rodeado de personas, empieza a tener nuevas

actitudes; por ejem., es capaz de negociar transacciones recíprocas. En este momento puede convertirse en un magnífico paciente dental, si el odontólogo sabe encausarlo y comprenderlo, pues presenta una gran disponibilidad, es abierto, espontáneo y confiado.

Según Gossel, en esta edad son frecuentes la docilidad y los deseos de agradar, con lo cual se adapta a la gran mayoría de las exigencias de la gente que lo rodea. Este autor utiliza el término "domesticado"; o sea que puede lavar sus manos, secarlas, dormir toda la noche sin mojar la cama, comer por sí mismo con cuchara derramando muy poco contenido, empieza a mostrar interés en los hábitos domésticos, es un buen compañero y le gusta agradar. Utiliza las palabras para comunicarse. Comprende las exigencias de la sociedad en que se desenvuelve y desea mantenerse dentro de ella, claro que dentro de los límites adecuados, ya que el deseo de agradar y la capacidad de adaptación puede en un momento dado, ser distorciónado o reprimido por demandas poco racionales o excesivas de los padres. A los cuatro años el niño sigue tan abierto como siempre, pero adquiere nuevas características; la independencia empieza a ser el punto principal dentro de sus actividades y el reunirse con grupos de niños de su edad para jugar, es cada vez más importante.

El niño al tratar de lograr su independencia puede tener arranques difíciles de explicar pero que son hechos con toda de liberación, no son considerados como impulsos antisociales sino como el medio del que se vale para conocer las limitaciones

que le impone la sociedad en que se desarrolla, por lo tanto es una prueba constante de hasta dónde puede llegar su independencia y acciones.

A pesar de que ha crecido su capacidad de crítica y razonamiento el niño se inclina hacia lo que los psicólogos han denominado temores irracionales tales como: El miedo a la oscuridad, a los viejos, a los dentistas, al médico, a los animales, al coco, etc. Esta situación nos sirve para recordar que el niño no está tan maduro como parece. Muchos investigadores atribuyen este tipo de actitudes a esta falta de madurez, pero otros consideran que pueden ser los resultados inconcientes por supuesto, de la presión que la cultura, la sociedad y los padres ejercen sobre el niño.

A los cuatro años el niño posee una gran imaginación por lo que facilmente cambia de actitud con enorme facilidad.

Otra característica de esta edad es que el niño se torna voluble porque está en constante crecimiento; cuenta historias exageradas, fanfarronea, insulta, amenaza y chismorrea, aunque esto no debe tomarse muy en cuenta ya que son mayores sus rasgos positivos, los cuales compensan estos pequeños defectos.

Su interés por el mundo sigue creciendo y empieza a emplear conceptos de función; las preguntas por ejemplo no sólo serán: "que es esto", sino como funciona aunque la finalidad al que están destinado el efecto lo tiene sin cuidado. Conforme transcurre el tiempo, la relación con otros seres humanos de su misma edad, con los que puede compartir ideas y emociones se convierte en el principal interés; en estos juegos, las

situaciones que más le agradan son las que abarquen mando y obediencia, fijar reglas para el juego aunque pueda cambiarlas-- si todos están de acuerdo.

Este momento corresponde a un período de socialización muy activa y los padres, así como sus escalas de valores, van a -- ser esenciales y definitivas en el desarrollo y estructura fu- turas de su personalidad. Las relaciones afectivas entre pa--- dres e hijos se encuentran relacionadas con el uso de cierto ti- po de disciplinas. Por ejemplo, las alabanzas por parte de los padres y el uso de razonamientos para explicar determinadas ac- titudes, se han encontrado, con mucha frecuencia asociados con demostraciones de ternura y de calor; por el contrario el uso- de castigo físico o demandas irracionales por parte de los pa- dres, se encuentra asociado con actitudes de hostilidad por -- parte del niño.

Se insiste que la edad preescolar, es una etapa crítica -- por excelencia; en ella se encuentran en juego dos funciones -- que han sido consideradas fundamentales para todo ser humano,-- y son la opción y la decisión, ya que los individuos debemos -- estar decidiendo constantemente. En esta etapa el niño está -- preparado emocionalmente, tiene conciencia de si mismo y de -- los demás y empieza a tomar decisiones, puede diferenciar en-- tre dos posibilidades y en un momento dado optar por alguna de ellas; cuando efectúa esto, lo hace con gran entusiasmo y quie- re aprenderlo y saberlo todo.

Tanto la primera influencia cultural ( hogar ) como la se- gunda ( escuela ) ejercen una serie de presiones sobre este --

ser, abierto espontáneo y activo. Se presenta así una contradicción, en este momento el niño está preparado emocionalmente e intelectualmente para comunicarse con los adultos, neurofisiológicamente también está preparado para afrontar situaciones del mundo adulto y acata sus normas y reglas, está dispuesto a compartir y a dialogar, pero al mismo tiempo está sujeto a mayores restricciones y a mayor sometimiento en su comportamiento; de esta manera, se establece una lucha, donde por un lado está latente su tendencia al desarrollo y al crecimiento con todo el interés que éste acarrea por el mundo que lo rodea y por el otro las demandas para que acate, posponga necesidades y adopte valores.

De la solución de esta crisis o del equilibrio armónico para poder captar las normas y exigencias sociales, sin perder la espontaneidad y el estar abierto al mundo, dependerá en gran medida, que surja un adulto sano, que pueda seguir desarrollándose sin distorsiones.

Un aspecto también importante es que la agresividad se desarrolla en los primeros cinco años de vida, considerándose como agresión, las conductas que llevan como fin provocar daño físico o psicológico a otra persona. El control, manejo y forma de expresión de la agresividad es una de las finalidades principales del proceso de socialización.

Kagan afirma que tanto el niño dependiente como el agresivo, están sujetos a presiones de socialización.

Esto implica que el niño tiene permiso de canalizar su enojo cuando escoge o decide algo, principalmente cuando la agre-

sión es abierta y rompe todas las presiones culturales, ésto -- provoca en el niño bastante ansiedad. Es importante hacer no-- tar que es muy probable que en la etapa preescolar las restric-- ciones provocadas por la culturización, ejerzan una gran in-- fluencia en la formación de cuadros ansiosos.

El niño depende de su lenguaje para arraigar la propia vi-- da y relacionarse con los demás, si escuchamos lo que dicen -- los niños en esta etapa cuando están sentados juntos o reali-- zan alguna actividad sedentaria, como ocurre en la sala de es-- pera del consultorio dental, observamos que aún cuando su for-- ma de hablar tiene signos de conversación, en realidad se ase-- meja mucho a un monólogo entre ambos. Uno de los niños dice al-- go al otro y espera la respuesta, luego habla el otro, pero mu-- chas veces lo que dice no tiene conexión con lo que ha dicho -- el primero y de este modo continúan hablando, alternadamente, -- externando cada uno de sus pensamientos o fantasías.

La función y origen del juego, ha sido observada desde di-- ferentes ángulos por los investigadores. Spencer habla de él -- como una forma de canalización de la energía remanente con la-- consecuyente reducción de tensión. Para Karl Groos, el juego es la preparación para la vida adulta.

Stanley Hall, se refiere al juego como un fenómeno de índole biológica sometido a las mismas leyes de desarrollo que en el resto de las especies. Según Jersild, es una oportunidad pa-- ra enfrentar el riesgo, la solución de problemas, la expresión de las propias capacidades y un medio para interacción social.

Para Charlotte Buhler, un niño que no aprende a jugar ade--

cuadramente se topará con dificultades en su desarrollo posterior.

Clasificación de los juegos según la actividad desarrollada.-- (Charlotte Buhler).

Juego funcional.- Es el que predomina durante el primer año de vida, y se realiza por el simple placer de satisfacción de un impulso funcional a través de cualquier actividad y va desde observar sus propios movimientos hasta golpear dos objetos con ambas manos.

Juego imaginativo.- Predomina a la edad de tres o cuatro años y hace posible al niño inventar compañeros imaginarios u otros seres, a fin de satisfacer sus necesidades sociales.

Juego Constructivo.- Se hace más común después de los cuatro años y medio cuando el niño pinta, dibuja, modela o hace construcciones técnicas con auténtica dedicación; desarrolla en estas actividades una capacidad de realización que habrá de redundar posteriormente cuando tenga que trabajar en beneficio suyo.

Los juegos también se pueden clasificar de acuerdo a su contenido socializador en: solitarios, asociativos y cooperativos. En el juego surgen ciertas reglas que permiten al niño controlar, castigar, limitar y criticar a otros y ensayar su propio papel dentro de la vida adulta.

Entre los dos y los cuatro años, localiza Piaget el desarrollo de la segunda etapa intelectual o prelógica durante la cual el pensamiento permanece con las siguientes características:

- a) Es egocéntrico: Es decir, que sólo pueda ver las cosas desde su limitado punto de vista y su estrecha perspectiva. - No se preocupa o no se da cuenta de que otras personas --- vean las cosas de un modo diferente. No puede diferenciarlo objetivo de lo subjetivo.
- b) La fantasía y la realidad están entrelazadas y cuando el - niño lo desea o cuando las necesidades así lo exigen, el - niño antepone la realidad a la fantasía. Si la comunica--- ción no ayuda al niño a resolver problemas, contando con -- las personas que necesita, si su mando se transforma en un generador de miedo, o si las satisfacciones que le da el -- mundo real son insuficientes, necesita refugiarse en la -- fantasía y descuidará el sentido social y comunicativo del lenguaje.

Durante la etapa preescolar ocurren cambios importantes en su desarrollo que van a influir importantemente en la futura - adquisición de su identidad sexual. Su atención se dirige a -- los genitales, se da cuenta de su pene y hace preguntas de él- y lo explora, tiene sensaciones placenteras, preocupaciones y- fantasías sobre los estímulos que ha recibido y el niño expresa verbalmente estas inquietudes, si la actitud de los padres- es de comprensión o si le permiten al niño generalmente pregun- tas sobre las diferencias sexuales, origen de los niños y sus- genitales. Cuando las preguntas del niño producen repudio, angustia en los padres, éste aprende que no debe hacerlos hablar sobre el tema y actuará defensivamente como si no existieran.

Freud, llamó a esta etapa del desarrollo psicosexual perío

do adípico o fálico, durante el cual se establece un triángulo en las relaciones del niño con sus padres, cargadas de un intenso deseo de tener estrecha intimidad con el padre del sexo opuesto y rivalidad con el padre del mismo sexo, este período culmina con la adquisición de la propia identidad sexual y la formación de una conciencia moral o superyo.

### 1.5 EDAD ESCOLAR:

En este período se describen los cambios que existen entre los niños del kinder, que apenas diferencian los juegos y las fantasías de la realidad, hasta el muchacho de secundaria.

A la edad de cinco o seis años, los grupos están compuestos de ambos sexos pero en las edades de siete a once años están regularmente separados; este período es considerado el más feliz de la vida. Es un período de libertad, el niño es autosuficiente e independiente para guiarse a sí mismo, explora nuevas áreas de interés y actúa en un mundo de aventuras. La etapa recibe otras denominaciones tales como "edad de las pandillas" o período latente" todas ellas relacionadas con importantes características de desarrollo, que le son propias. Así se le llama período escolar, por que se trata de una buena época para el aprendizaje de lo que la escuela tiene que enseñar; se le designa edad de las pandillas porque durante este lapso la afiliación con los compañeros de la misma edad, adquiere una importancia primordial y finalmente, se le aplica el término de latente debido a que ésta es una época de inquietud sexual, entre la sexualidad infantil de los años preescolares y la sexualidad madura que se deriva de la adolescencia.

En esta época el niño aprende a guardar sus pensamientos - para sí mismo y cesa de pensar en voz alta, entrando de lleno a la etapa de la sociedad secreta, que aunque pueda tener una duración muy breve, están protegidos por juramentos mortales.

La mayor parte del tiempo la pasan con sus padres, de quienes aprenden en primera instancia, sobre las estructuras sociales formales, ya sean democráticas o autoritarias, sobre justicia e injusticia, sobre lealtad, heroísmo e ideales.

Entre los niños preescolares, escolares y adolescentes, existen marcadas diferencias; así el preescolar como el adolescente, ansían crecer, cada uno a su manera, llegar a ser como los adultos que lo rodean. El preescolar se centra alrededor de sus relaciones familiares; el niño escolar aunque vive dentro de la sociedad en general, parece elegir un camino que pasa a través de ella, solo preocupado por los intereses de la niñez.

La sociedad de los niños es donde aprende a vivir con gente ajena a su familia, esto también implica peligro, ya que la declaración de independencia del niño no es un simple alejamiento de los adultos, sino que es en parte, una manera de tomarse contra ellos y puede llegar a esclavizarse al grupo de amigos como un reaseguro contra el reto que presenta a los adultos.

Ahora bien, el niño no solo asimila la subcultura de la niñez, sino que también en el hogar y en la escuela está expuesto y asimila la cultura adulta. En esta edad, el niño debe deshacer propia una idea antes de aceptarla y no la incorporará -

simplemente por que el adulto así lo diga.

Piaget, en su investigación de los conceptos infantiles sobre reglas y moral, encontró cambios definidos con la edad y de como son concebidas las reglas. Al comienzo de los años escolares son aceptadas como son dadas " eternas e inmutables ". Al final de los años escolares, los niños pueden captar el hecho de que se llega a las reglas por un consenso y que nuevamente sirven para marcar el propósito del juego de una manera ordenada. El niño escolar llega a un punto de su desarrollo en el que se da cuenta de lo que es la sociedad humana y como individuo debe dominar y controlar la realidad por un lado y por otro, encontrará fuerza emocional en la compañía de sus amigos. Su cultura le ayuda a lograr ambos objetivos. Mediante sus habilidades rituales y colecciones, obtiene un control mágico de la realidad. Sus rituales son para él como el elixir mágico de " saber como ". Sus habilidades le reaseguran con respecto a su propia fuerza, y sus colecciones son como si redujera el mundo a escala, donde él puede pasear, manejar y ordenar. Al mismo tiempo al asimilar la cultura infantil, demuestra a sus padres y amigos también así mismo, que es uno de ellos y por lo tanto merece respeto, seguridad y lealtad de los demás.

Los niños designan generalmente al grupo con el que se reúnen pandilla, que puede ser desde una simple reunión de niños para jugar, clubes debidamente establecidos y organizados. A la pandilla se le considera como un mundo aparte. Existe una línea divisoria claramente definida entre la pandilla y el mundo adulto. Es interesante observar cada una de estas socieda--

des llevando a cabo sus actividades una alrededor de la otra - pero mutuamente indiferentes, excepto que se produzca interferencia por parte de alguna de ellas.

El papel y actitud del niño respecto a la pandilla varía - según la edad. El niño de seis años se pasa mayor parte de --- tiempo en el hogar y se orienta hacia los padres a menudo en esta edad los niños solo se acercan a las fronteras de la pandilla y consideran a los niños mayores investidos de gran auto ridad y prestigio.

A los ocho o nueve años, hay un marcado cambio en la actitud del niño, que en un tiempo antes fuera cariñoso y confiden te con sus padres, se vuelve casi un extraño en el núcleo fami liar. Se torna inconsciente, insolente, se niega a bañarse, no cumple sus deberes y sólo espera el momento para poder salir - de su casa y unirse al grupo.

En este punto, el niño está dando un paso más hacia el camino de la madurez porque está declarando su independencia, no sólo de los padres, sino de la autoridad adulta en general.

Este desafío combinado con una intensa unión al grupo, es más fácil de observar en la escuela. La pandilla proporciona la fortaleza y seguridad para medir la resistencia a la autori dad adulta.

A la mitad del período escolar, la separación de sexos se hace evidente y conciente. Por lo menos en presencia de la pand illa, los niños y las niñas se esquivan unos a otros y hablan del sexo opuesto con desprecio.

Para el niño, la pandilla será el lugar donde adquiriera su saber sexual y a diferencia del grupo de niñas, los varones ponen más énfasis en ser capaces de hacer lo que el más valiente puede hacer, tanto en habilidades físicas intelectuales como en coraje y decisión.

El niño necesita a sus padres sobre todo en los momentos en que se vuelve vulnerable; por ejemplo, cuando está enfermo o cuando ha tenido problemas con la pandilla o simplemente cuando desea ser miembro de la familia intercambiando noticias, chistes y confidencias.

En estos años los niños y las niñas siguen intereses separados y líneas opuestas de desarrollo. Independientemente de que existen diferencias en los sexos en cuanto al aspecto genital, las hay en lo que se refiere a las medidas corporales, fuerza, composición orgánica y complexión. Ninguno de los dos sexos es más inteligente que el otro, sin embargo, se ha comprobado que al comienzo de los años escolares, los varones y las niñas manifiestan diferentes tipos de inteligencia. Las niñas por ejemplo, se desenvuelven mejor en el área verbal y los varones en el dominio de los números. Y muestran diferencias en gustos e intereses. A los varones atraen las herramientas, bicicletas, armas, deportes, etc., mientras que a las niñas gustan de jugar con muñecas, cocinar, jugar a la casita, etc.

En cuanto aprenden a leer por sí mismos, los gustos también son diferentes en ambos sexos. Los niños gustan de cuentos de aventuras y las niñas cuentos sobre la casa, la escuela y bastante tempranamente de amor romántico. Aquí podemos notar

la continuidad de la niña en mujer en contraste con la falta de continuidad entre el niño y el hombre.

Las niñas son mucho más sociables que los niños, demuestran mayor interés por las relaciones sociales, más cooperación y mayor generosidad. Por otra parte, tienen mayor facilidad para mentir y engañar siempre y cuando se sientan seguras de no ser descubiertas.

Cuando el niño asiste a la escuela, se estimula su curiosidad en lugar de apagarse y es notable su interés por el aprendizaje. El niño ingresa a la escuela a los seis años aproximadamente, pero entra en el período de operaciones concretas hasta los siete u ocho años, el lograr pensar de manera lógica se produce lentamente, un niño de segundo y tercer grado de primaria aún confunde sus fantasías con la realidad. Aunque el egocentrismo se encuentra en vías de desaparición, todavía presenta notables dificultades. Entra entonces el llamado pensamiento intuitivo caracterizado por una habilidad para formar conceptos con una coordinación lógica y basado en la observación.

A una edad algo mayor el niño puede ya clasificar objetos según tamaño y forma simultáneamente. Hacia el fin de la edad escolar el niño atraviesa por una fase de operaciones formales, que pueden alcanzar el principio de la adolescencia. Para efectuar estas operaciones el niño debe ser capaz de pensar mediante proposiciones utilizando hipótesis y realizando operaciones tomadas de ejemplos concretos, lo cual podrá clasificarse como raciocinio puro.

El niño de edad escolar se defiende a veces contra la an--

giedad con la regresión como se mencionará más adelante. Es -- también esta edad una época de fantasía que ayuda a compensar los sentimientos de insuficiencia e imperfección. También la identificación es útil y se une a la fantasía; el niño se identifica con el héroe o con una persona admirada, pudiendo ser -- el médico o el dentista, se siente tan fuerte como él y por -- consiguiente más seguro ante el futuro y con armas para supe-- rar las deficiencias presentes.

#### 1.6 PATRONES DE COMPORTAMIENTO DEL NIÑO DE ACUERDO A SU NIVEL DE EDAD.

DOS AÑOS.-- El niño deja de ser un bebé y pasa a ser un niño de edad preescolar, siendo ésta una de las etapas más decisivas de su vida, ya que a esta edad empiezan a interesarse por lo que es exterior a su familia y empiezan a disminuir los lazos establecidos con la madre.

Difieren muchísimo en su capacidad de comunicación sobre todo por que existe una diferencia considerable en el desarrollo del vocabulario a esa edad. Según Gesell, a los dos años el vocabulario varía entre doce y mil palabras si el niño tiene un vocabulario limitado, la comunicación será difícil. Por esta razón se puede terminar con éxito el trabajo en algunos niños de dos años, mientras que en otros la cooperación es limitada.

TRES AÑOS.-- Las actitudes de rebeldía y negativismo son poco a poco sustituidas por deseos de cooperación, su conducta motora es más segura con el niño. El odontólogo suele comunicarse y -

razonar con más facilidad durante su experiencia odontológica- tiene un gran deseo de conversar y a menudo disfrutará contando historias al dentista y a su asistente.

Hymes informó que niños de tres años y menos, en situaciones de stress o cuando se les lastima, están fatigados o asustados, automáticamente se vuelven a su madre o sustituto para consuelo, apoyo y seguridad.

Por lo tanto se siente más seguro si se permite que el padre permanezca con ellos hasta que conozcan bien al personal y los procedimientos.

CUATRO AÑOS.- Se presenta este período de inestabilidad y falta de confianza. La conducta parece menos armónica y la eficiencia en la regulación de su aparato motor es variable. Sin embargo, los movimientos son más finos. Su lenguaje se hace más activo y las preguntas de "como" y "porque" son más insistentes.

El niño de cuatro años por lo común escuchará con interés las explicaciones y normalmente responderá bien a las indicaciones verbales.

Los niños de esta edad suelen tener mentes vivaces y ser grandes conversadores, aunque tiendan a exagerar en su conversación.

En algunas situaciones, el niño de esta edad puede tornarse bastante desafiante y puede recurrir al empleo de malas palabras.

En general sin embargo el niño de cuatro años que haya vi-

vido una vida familiar feliz, con un grado normal de educación y disciplina será un paciente odontológico muy cooperativo.

CINCO A SEIS AÑOS.- Ya tiene equilibrio y control motor, miralas cosas de frente, y es sumamente activo.

Ya cuenta con un vocabulario de aproximadamente 2500 palabras, puede identificar objetos simples, diferenciar entre derecho e izquierdo.

A los cinco años el niño ha alcanzado la edad en que está listo para aceptar las actividades en grupos y la experiencia comunitaria. A esta edad la relación personal y social están mejor definidas y el niño no suele sentir temor de dejar al padre en la sala de recepción. Si el niño ha sido bien preparado por sus padres no tendrá temor a experiencias nuevas.

Los niños de este grupo cronológico suelen estar muy orgullosos de sus posesiones y ropas y responden muy bien a los comentarios sobre su aspecto personal lo cual puede ser usado eficazmente para establecer la comunicación con el niño paciente.

A los seis años la mayor parte de los niños se separa de los lazos muy estrechos con la familia. Pero es una época de transición importante y puede aparecer una ansiedad considerable. Gesell se refiere al niño de seis años como un niño combinado. Las manifestaciones tensionales alcanzan un nivel muy elevado en el que se puede incluir estallidos de gritos violentos, rabieta y golpes a los padres.

A esta edad suele haber un claro incremento a las respuestas temerosas. Pero con la debida preparación para la experien

cia odontológica, se puede esperar que el niño de seis años responda de una manera satisfactoria.

SIETE AÑOS.- La actividad ha disminuido, es más prudente. Además en esta edad demuestra gran pudor con respecto a su cuerpo desnudo, se cubre en presencia de familiares y extraños, y sobre todo con el sexo opuesto.

Sabe del embarazo, de donde vienen los niños. Es común el idilio en la escuela, ya habla de matrimonio, pero con la condición que después del matrimonio se tiene que ir a casa.

A esta edad tiene un interés en el significado conceptual e interés por la deducción absoluta con la debida preparación para la experiencia.

OCHO AÑOS.- El niño puede mover con toda capacidad su cuerpo, es atrevido y valiente.

El interés por embarazo tiene mayor importancia para las niñas que para los varones y tratan de informarse tanto en la casa como en la escuela.

El complejo de Edipo, por lo general ha desaparecido y empiezan a fijarse en el sexo opuesto. Es generalmente cooperativo.

NUEVE AÑOS.- Su actividad motora es mayor. A esta edad, es mayor el interés sexual por sus genitales y por el sexo opuesto.- Los sexos están definidos y tratan de no mezclarse, siente gran turbación al estar ambos sexos opuestos cerca.

Es extremadamente independiente, más interesado en sus amigos que en su familia, inquieto pero generalmente tolerable.

DIEZ AÑOS.- Cuando el niño ha rebasado esta edad comienza a alcanzar un alto sentido de cooperación, es flexible, amigable, obedece fácil, honesto, generalmente complace a sus padres y al mundo entero.

Esta es la edad predilecta en la que existe el equilibrio. De esto se puede concluir que el período escolar es considerado como el más feliz de la vida, porque es un período de libertad, el niño empieza a ser autosuficiente e independiente y puede guiarse por sí mismo, explora nuevas áreas de interés y actúa en un mundo de aventuras.

También es importante hacer notar que el período escolar tiene gran influencia sobre el desarrollo físico y psíquico del niño, empieza a formar parte de la sociedad. Forma su propia cultura infantil, se vuelve conciente de la división sexual, aprende a formar conceptos y adopta los patrones característicos de su sexo.

## C A P I T U L O - I I

## ANSIEDAD Y MIEDO:

El miedo y la ansiedad son reacciones elaboradas por la personalidad, basadas en el sentido y el significado. Una situación puede suscitar miedo o ansiedad por que significa peligro, amenaza para la persona aunque en realidad no exista tal.

Lo importante es saber, como lo percibe el hombre y de que manera lo acepta. Sin embargo, en la vida hay ciertas situaciones básicas que tienden a provocar ansiedad en la mayoría de las personas, una de estas situaciones es la visita al médico o al dentista.

El miedo al dentista y la ansiedad que proveca visitarlo, es todavía lo que disuade a muchas personas de visitar al odontólogo para lograr una adecuada prevención.

En la actualidad muchos dentistas están conscientes que la ansiedad y el miedo en consecuencia nos darán un comportamiento mal adaptado lo cual interfiere con un tratamiento dental adecuado.

El odontólogo que entiende estos fundamentos está capacitado para entender al niño y así resolver sus problemas bucodentales.

El miedo se presenta generalmente por una primera experiencia de dolor, pocos miedos son innatos o primarios, o sea, no derivados del dolor, la mayoría son secundarios o derivados del dolor, y la ansiedad se deriva siempre de una experiencia, algunas veces directamente como resultado del dolor, en otras-

ocasiones deriva del miedo mismo.

La percepción del dolor se encuentra en un nivel mental y esta sensación de dolor es acompañada por el ego y sin embargo, no es localizada. Su desarrollo se encuentra generalmente determinado por la formación y deformación de los procesos de maduración mental y de la interacción de estos procesos entre el individuo y sus experiencias dependerá la capacidad de éste para integrar satisfactoriamente las experiencias de dolor. En otras palabras, estos procesos dependerán de algunos tipos de procesos de desarrollo mental fijados y que pudieron ser adquiridos en la infancia.

## 2.1 M I E D O:

El miedo es definido como aprehensión, temor o estado de alarma, el miedo es una respuesta emocional realista, es la reacción a una situación que constituye un peligro o una amenaza real, es algo concreto y sirve por lo general para poner al organismo en estado de alerta, contra posibles peligros que no están todavía claramente definidos. El miedo suscita una reacción de huida.

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

Es también una de las primeras emociones que se experimentan después del nacimiento, aunque la respuesta al sobresalto está presente al nacer y se pueden demostrar antes del nacimiento reacciones reflejas a estímulos. El lactante no está --

conciente de la naturaleza del estímulo que produce miedo. A medida de que el niño crece y aumenta su capacidad mental, toma conciencia de los estímulos que le producen miedo y puede identificarlos individualmente.

El miedo y la ira son respuestas primitivas que se desarrollan para proteger al individuo contra daños y la destrucción propia.

#### VALOR DEL MIEDO.

Contrariamente a lo que en general se cree, dirigido y controlado adecuadamente, el miedo puede ser muy valioso. Puesto que los estímulos que lo producen pueden realmente dañar al niño, el miedo es un mecanismo protector de preservación. La naturaleza misma de esta emoción puede utilizarse para mantener al niño alejado de situaciones peligrosas, ya sea de tipo social o físico, por lo tanto el enfoque del entrenamiento dado por los padres, no deberá tender a eliminar el miedo sino a canalizarlo hacia los peligros que realmente existen.

#### TIPOS DE MIEDO.

La mayoría de los temores evidentes en niños han sido adquiridos objetiva o subjetivamente.

Los temores objetivos son producidos por estimulación física directa de los órganos sensoriales y generalmente no son de origen paterno. Son reacciones a estímulos que se sienten, ven, oyen, huelen o saborean, y son de naturaleza desagradable.

Los temores subjetivos están basados en sentimientos o actitudes que han sido sugeridos a niños por personas que le ro-

dean, sin que el niño los haya experimentado personalmente, ya que un niño a una corta edad es muy sensible a la sugestión.

Los niños tienen un miedo intenso a lo desconocido, Cualquiera experiencia nueva les producirá miedo hasta que obtengan pruebas de que su bienestar no se ve amenazado por ella. Su miedo es un intento de ajustarse a una situación que temen sea dolorosa.

La influencia de los padres es de vital importancia en la actitud del niño hacia la odontología.

## 2.2. ANSIEDAD.

Ansiedad, es definida como aprehensión al peligro acompañada con sentimientos de opresión en el epigastro.

La ansiedad es una respuesta a una situación peligrosa sólo simbólicamente, por lo tanto es intangible, se caracteriza por sentimientos de incertidumbre e impotencia ante una amenaza que no es recibida del todo, o que lo es en una forma vaga e imprecisa.

Fisiológicamente, implica cambios bioquímicos en los que participan el sistema nervioso vegetativo.

La ansiedad es un estado difuso, envolvente, poco preciso; en tanto que el miedo suscita huida, la ansiedad provoca la fijación de la conducta, la inmovilidad.

Cuando en la ansiedad la fuente de peligro es esclarecida, la incertidumbre y también la impotencia y el estado afectivo antes difuso, se torna más preciso y circunscrito, la ansiedad

se transforma en miedo.

La ansiedad estimula las reacciones de defensa y evita, -- por ejemplo, acudir al consultorio dental.

La ansiedad exagera cualquier experiencia dolorosa real, -- la visita al dentista, definitivamente, provocará algún grado de aprehensión o ansiedad en casi todos los niños. Especialmente en niños de edad preescolar, y no sólo por el temor al dentista, dolor, o a lo desconocido, sino a la separación de sus padres.

El profesional deberá recordar que la ansiedad es una respuesta normal y necesaria en muchas situaciones.

Generalmente los niños responden a situaciones tensas por el copiado, que incluye procesos internos y emocionales, así -- como sus respuestas externas o comportamiento y que puedan estimularse por influencias externas o conflictos internos.

El comportamiento externo es la única respuesta que el odontólogo puede valorar. El niño puede responder de tres diferentes maneras:

- a) Dominando activamente la situación.
- b) Aceptando pasivamente la situación.
- c) Demostrando definitivo rechazo.

Todo lo anterior nos lleva a razonar que el tipo de paciente dental que sea el niño, no estará determinado por la propia ansiedad, sino por la forma como copie los temores del medio -- que le rodea.

Muchos niños responden a la visita dental de acuerdo a las características de su edad o madurez emocional y generalmente su comportamiento es bueno. Otros responden con actitudes de abierto rechazo y poca cooperación, debido quizá a que son demasiado pequeños, falta de presencia paternal, temores por sugerencias de amigos o hermanos, experiencias dentales previas no agradables.

En estos casos debemos tener especial cuidado, ya que la madurez emocional del niño, así como su capacidad para resolver situaciones nuevas, usando un comportamiento socialmente aceptable, se puede ver empeorada.

La ansiedad tiene tres formas importantes psicológicas de estudio que son:

a ) Psicoanalítica    b ) de comportamiento    c ) humanística

La forma humanista se considera como la más apropiada para la situación dental. Para los humanistas, la ansiedad tiende a adquirir un significado positivo en vez de asumir una valoración negativa. Ellos ven la ansiedad como una reacción normal hacia el consultorio dental por parte del niño.

En el crecimiento y desarrollo de la personalidad individual, las experiencias de la edad temprana juegan un papel principal y supremo.

Todas las personas adquieren la capacidad de sentir ansiedad como reacción a varias situaciones que combinan estados internos, hechos cognoscitivos y estímulos del ambiente externo.

Las fuentes principales de ansiedad toman su nombre de la-

naturaleza de los acontecimientos específicos que se anticipan y de la valoración cognoscitiva relacionada con los mismos. Ta les fuentes de ansiedad son:

- a) Frustraciones de acontecimientos esperados.
- b) anticipación de daño físico.
- c) Anticipación de una pérdida de cuidados o de cariño.
- d) Reconocimientos de falta de congruencia entre una norma previamente adquirida y la valoración de una creencia o conducta actual.

Se cree que las diversas combinaciones de estas ansiedades forman en el niño los efectos desagradables más elaborados, ta les como abandono, culpa, vergüenza y ansiedad producida por un conflicto.

Las fuentes de ansiedad producen sus propias reacciones y la psicología ha dado el nombre de "Defensas" a las respuestas cuya intención es reducir y controlar la ansiedad. Estos mecanismos de defensa son procesos de la personalidad cuyo propósito es mantener, a pesar de conflictos y contradicciones, un estado de integración mental, de relativa congruencia interior - que permita al individuo funcionar unitaria y efectivamente an te las diversas situaciones que la vida plantea.

### 2.3 ANSIEDAD MATERNA.

Los factores que llegan a influir en un momento dado en la conducta del niño en el consultorio dental, se deben frecuentemente a experiencias obtenidas por los padres, ya sean agrada-

bles o desagradables a través de sus tratamientos odontológicos que son trasmitidos a los hijos; por lo que la situación ideal es aquella en la que los padres se encuentran libres de aprehensión en relación a la primera cita de su hijo con el dentista, debido a que sus antecedentes de historia dental fueron aceptables.

La ansiedad materna, es decir, el temor o angustia que la madre demuestra ante el tratamiento dental influye determinante en la conducta del niño antes y durante la primera consulta así como la aceptación o el rechazo que éste manifiesta en el futuro.

Según Wright y Alpern, se ha encontrado una gran relación entre la ansiedad materna y el comportamiento no cooperativo del niño en el consultorio dental, sobre todo entre niños de tres y cuatro años de edad.

En el trabajo de Bailey se sugiere una preparación de los padres previa a la cita, comparando los niveles de ansiedad de la madre y el niño, observó que un niño pequeño adquiere una actitud más positiva cuando sus padres han sido preparados para la primera cita con el dentista. Por lo tanto los elementos de sorpresa y la falta de información deben ser eliminados para obtener un mejor comportamiento y disposición del niño hacia el tratamiento. Roberstson y Robertson resume los siguientes factores que influyen en la separación madre e hijo.

- a) Factores que provocan tensión: Ambiente extraño al niño, acompañante inadecuado, empleo del lenguaje poco familiar, dolor y enfermedad.

- b) Factores que pueden reducir la tensión: Acompañante adecuado (familiar), restringir movimientos corporales.
- c) Factores que muestran el estado psicológico del niño: - Su ego, calidad de la relación madre e hijo, fantasía acerca del dolor y la enfermedad.

Se ha discutido mucho sobre la conveniencia o desventaja de la presencia o no de la madre durante el tratamiento dental.

Schwartz se dió cuenta de que los padres transmiten una mayor ansiedad y miedo a sus hijos, por lo que se establece una mejor relación, paciente-dentista cuando éstos no se encuentran; además considera que la asistente deberá transmitir confianza al niño ya que llega a sustituir en un momento dado a la madre durante la visita dental.

Chamber permite a la madre acompañar al niño durante el tratamiento, pero únicamente como estricto observador y no enfrente de su hijo, ya que si siente ansiedad, se la transmitirá, produciendo un efecto contrario al deseado. También se ha llegado a la conclusión de que si la madre es motivada e instruida adecuadamente puede llegar a ser de gran ayuda para lograr establecer una corriente de simpatía entre el niño y el dentista, teniendo siempre en cuenta la edad del paciente.

Massler, opina que la decisión de dejar entrar o no a la madre durante el tratamiento dependerá de lo que sea mejor para ambos. No debemos atenernos a recomendaciones o reglas estrictas como normas generales para todos los casos.

La presencia de los padres dependerá de circunstancias muy

especiales, tales como edad, idioma, dependencia del niño hacia la madre, incapacidad física, mental, etc., pero será el profesional que hará la evaluación según el caso particular.

#### 2.4 PREPARACION DEL NIÑO PARA SU PRIMERA VISITA CON EL DENTISTA.

La visita al odontólogo es para el niño una nueva experiencia que generalmente desencadena tanto nerviosismo como dolor. Esto se debe en la mayoría de los casos a que acuden a consulta cuando la salud bucal es deficiente e incluso existe dolor en un porcentaje elevado.

El odontólogo nunca debe perder su control, ni agotar su paciencia y capacidad de comprensión, hacia la situación en la que se encuentra el paciente. Debe así mismo detectar en forma breve y precisa los factores de angustia, para eliminarlos en seguida.

La mayor parte de los niños reciben información referente al dentista y ambiente del consultorio, aún antes de vivir su propia experiencia. Las más de las veces ese conocimiento es vago y no totalmente apegado a la realidad, ya que en general las personas sienten aversión hacia el tratamiento odontológico. De manera que una vez que se enfrenta a su primera consulta se siente angustiado y atemorizado, por lo que ésta representa en cuanto al dolor físico. En ocasiones el niño se avergüenza de su propio temor, exagerando los dolores soportados para disculparse así mismo, por lo que se enfatiza que la función y objetivo del buen odontólogo es evitar el dolor y no producirlo hasta donde sea posible.

Se recomienda a los padres no utilizar al dentista como un medio de amenaza o castigo para los niños, ni llevarlo sorpresivamente al consultorio. Deberán asistir a las citas con regularidad, ya que el nerviosismo de sus hijos aumenta mientras más se retrase el tratamiento. Por otra parte, debe pensar que para la buena conservación de los dientes, los niños deben soportar ciertas molestias, tampoco hacerles sentir que tienen o que padecen un problema grave en su boca, ya que ésto les provocará una mayor ansiedad y temor. En todo caso, si esto fuera realidad, es recomendable no hacer comentarios negativos al respecto, aunque tampoco engañarlos.

Resumiendo, los factores determinantes de la actitud del niño ante el tratamiento son los siguientes:

1.- Factores favorables:

- a) Medios educativos sobre la salud.
- b) Influencias positivas de los padres u otras personas.
- c) Experiencias agradables en el consultorio, sin dolores, ni molestias.

2.- Factores desfavorables:

- a) Escuchar experiencias desagradables (artículos, programas de radio, dibujos, televisión, negativamente empleados.)
- b) Manifestaciones de abierto rechazo hacia la odontología.
- c) Experiencias personales desfavorables en el consultorio.

La educación de los niños acerca del tratamiento dental, debe contener las siguientes enseñanzas, que serán explicadas de acuerdo a la edad y entendimiento del niño.

- 1.- La higiene de la boca es importante para la conservación - de sus dientes y la salud en general.
- 2.- Dientes sanos y bien conservados, forman parte de la belleza de la cara.
- 3.- Es necesario visitar al dentista para que examine los dientes y los cure, en caso de que estén enfermos; pero lo importante es que los conserve sanos, si aún no se encuentran lesionados.

El niño debe observar por sí mismo el consultorio dental - para que le resulte una visita atractiva y de impresiones agradables; motivará así su interés en sus próximas citas, ya que el aspecto agradable de un lugar causa una impresión bien determinada que puede ser intensa y perdurable.

El primer contacto que el niño obtenga de su primera experiencia, se recomienda sea positiva, agradable e interesante - ya que en cada cita se irá mejorando, pues un solo fracaso en este sentido, puede cambiar su nueva disposición.

De estas primeras impresiones que el niño obtenga del dentista, dependerá en gran parte su futuro comportamiento frente al tratamiento y cuidado de sus dientes; es decir que de la experiencia que obtenga de la primera cita resultará el mejor o peor paciente generalmente.

En lo que respecta al aspecto propiamente psicológico de esta primera visita, se hace incapié en la necesidad para los odontólogos que por primera vez van a conocer a su paciente, - que se proceda a realizar un examen médico, que además de brin

darnos una seguridad, es un motivo de toma de contacto con el niño. Pero además se debe intentar hacer el examen y estudio psicológico.

El niño es visto en compañía de sus padres, para dejarles exponer los motivos de la consulta. Después de este primer contacto conviene escuchar por separado a cada uno de ellos, siempre y cuando la separación no provoque reacciones importantes de pánico o de oposición.

Con el estudio de los antecedentes familiares, podemos ayudarnos a precisar la naturaleza de los lazos familiares y las condiciones de vida del niño, suponiendo así un primer acercamiento psicológico de las personalidades tanto maternas como paternas. Tampoco debemos olvidar las reacciones personales -- del dentista de simpatía y antipatía.

Progresivamente, y luego de cierto tiempo de adaptación, -- al tomar confianza, el niño se vuelve capaz de expresar sus dificultades delante de un adulto que ya no aparece sistemáticamente como un juez.

## 2.5 FACTORES SOCIOCULTURALES.

Cada cultura tiene sus propias cualidades o rasgos así como diferentes religiones, creencias, origen étnico, número de integrantes de la familia, etc. Estos factores difieren de acuerdo al sexo, clase social, cultura, edad, etc.

Estudios realizados en niños educados en diferentes partes del mundo, bajo una gran variedad de circunstancias sociales y físicas, indica que los seres humanos tienen la capacidad de --

adaptarse dentro de ciertos límites a variantes que permiten - que el niño se desarrolle y funcione de manera saludable. Al - investigar el origen de las clases sociales de los padres con - respecto a la conducta de sus hijos, se confirmó que el niño - del que se obtiene mayor cooperación es el que procede de cla - ses sociales media y alta.

La privación absoluta del cuidado materno ha sido estudia - da por gran número de pediatras, psicólogos y otros especialis - tas comprobando que el desarrollo del niño puede ser afectado - física, intelectual emotiva y socialmente por dicha privación. También pueden aparecer síntomas de enfermedades mentales y ff - sicas.

Los padres tienden a emplear su propia educación como un - modelo para educar a sus hijos, este modelo es favorable siem - pre y cuando sean sensatos y se ocupen de su cuidado, por lo - contrario si se desarrollan en medio de privaciones, falta de - cariño, dirección o se encuentran expuestos a rechazos, abusos - físicos o comentarios que les causen daño y provoquen lesiones - psicosociales, será desfavorable.

El dentista y el médico también son símbolo de autoridad y - representan en la memoria inconciente del enfermo una figura - familiar del pasado que podrá hacer daño o herir. Es casi ine - vitable que el dentista reconozca que cuando se encuentre en - su consultorio vestido de blanco, con su instrumento en la ma - no casi siempre despertará en el paciente un sentimiento de an - siedad, basado en parte en su significado simbólico como figu - ra de autoridad.

El hecho incontrovertible de la pequeñez y debilidad del niño en un mundo de adultos poderosos, es la causa más frecuente de angustia en la infancia. Este sentimiento puede dominarse mediante mecanismos de compensación como el logro de la independencia y el dominio.

Para ayudar a los niños a descubrirse así mismos, los adultos también deben estar involucrados en este problema, por lo que ningún conocimiento es más importante para la vida, que el conocimiento de sí mismo.

## 2.6 RELACION CON LOS HERMANOS.

La ciencia social ha considerado a los hermanos como posible fuente de potencial ansiedad y miedo. La mala conducta del niño pequeño en el consultorio puede ser el resultado directo de la influencia del hermano mayor. A este proceso se le conoce como "transmisión de conducta".

Al proceso de reproducir el comportamiento exhibido por un modelo, se le llama "identificación". Como consecuencia de la imitación, el niño piensa, siente y se comporta como su modelo. Esto no sucede sin un conocimiento conciente por parte del niño más pequeño.

La actitud desarrollada por el hermano mayor, es un sistema prefabricado para que el hermano menor aprenda de él.

El niño que nace primero adquiere la conducta de sus padres como modelo, a diferencia de los pequeños que además de tener la de los padres, tienen a sus hermanos mayores.

Al momento en que el niño observa el comportamiento de sus hermanos mayores durante el tratamiento dental, no deberán atemorizarse por la contemplación de éstos; los movimientos que ejecute el especialista deberán ser lentos y la instrucción mínima, debemos recordar también que los ruidos fuertes son desconcertantes para el niño pequeño.

El dentista deberá decidir sobre la conveniencia o inconveniencia de permitirle al niño observar a su hermano así como -- también considerar en ese momento el estado en que se encuentran tanto el niño que observa como al que está aplicando el -- tratamiento.

La presencia de los hermanos mayores parece mejorar la conducta del hermano menor durante las visitas dentales subsiguientes, aunque esto no puede ni debe generalizarse.

## 2.7 FUENTES DE CONDUCTA NO COOPERATIVA.

La falta de cooperación del niño en el consultorio dental puede atribuirse a determinados factores; se mencionarán aquellos en que la familia se encuentre involucrada. :

- 1.- Conducta adquirida.
- 2.- Emplear la visita al dentista, como castigo para el niño.
- 3.- Ansiedad del niño, tanto interna como externa.
- 4.- Discusiones de experiencias odontológicas desagradables -- frente al niño.

Cuando el niño se siente incapaz de sobrellevar y afrontar los problemas que se presentan en su medio ambiente, tales

como actitudes negativas de los padres, vida familiar insatisfactoria, etc., se produjeran cambios durante el desarrollo de su salud emocional y su conducta.

Se ha demostrado que el medio ambiente en el cual se desarrolla el niño va a tener repercusión sobre su comportamiento, así tenemos que la preocupación por problemas tales como pobreza, trabajo inadecuado, relaciones familiares infelices, fricción matrimonial, fatiga, enfermedad, etc., son factores que pueden agotar la capacidad tanto del padre como de la madre de dar algo a los demás.

Por el contrario, si el niño vive en un ambiente en donde hay buena alimentación, alojamiento confortable, cariño, atención y protección de los padres, son factores que van a contribuir en su formación de carácter y convivencia con otras personas.

## C A P I T U L O - III

## RELACION ODONTOLOGO PACIENTE.

La evolución constante y la vida acelerada en la actualidad, han traído como consecuencia, falta de comunicación entre los prestadores de servicios de salud y los pacientes. Un ejemplo es la deshumanización paulatina de la odontología principalmente a nivel hospitalario, por lo que aumenta día a día la necesidad de establecer una adecuada relación odontólogo paciente.

Desde que Freud estableció la importancia de la transferencia y contratransferencia afectiva, observamos que es esencial su conocimiento para obtener un mejor pronóstico en nuestros pequeños pacientes.

## 3.1 TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA.

- a) Transferencia.- Es el conjunto de fuerzas conscientes e inconscientes dirigidas del paciente hacia el médico, pudiendo ser de naturaleza afectiva o agresiva con el análisis de estos impulsos que incluyen actitud, gesticulación y expresión del paciente, el odontólogo se pone en relación con ciertos factores psicológicos del paciente o de sus padres.
- b) Contratransferencia.- Son los impulsos psicológicos empleados por el médico y dirigidos hacia el paciente, pudiendo también ser agresivos o afectivos, dependiendo de la conducta del profesional.

Tanto en la transferencia como en la contratransferencia-

una respuesta adecuada por parte del dentista hará que se establezca un vínculo satisfactorio con los padres.

En ocasiones esta relación interpersonal es difícil de lograr. El dentista debe dar al niño sensación de seguridad para que se sienta que es apreciado, ser paciente, mostrarse calmado y sobre todo tolerante, principalmente cuando el niño muestra impulsos no controlables.

### 3.2 INTRODUCCION DEL NIÑO A LA ODONTOLOGIA.

La base primordial en el manejo exitoso de la introducción es establecer la comunicación con el niño y hacerlo sentir que tanto el profesional como sus colaboradores son sus amigos y - que tienen interés en ayudarlo.

Esto puede lograrse si el niño toma conciencia sobre la importancia de la visita dental, así como la de los diversos procedimientos que se deben realizar.

Deberá mostrarse atención e interés por lo que hace el niño, aunque para el odontólogo no sea importante ni atrayente.- Jamás deberá forzarlo más allá de su capacidad y permitirle -- ciertas satisfacciones a sus deseos, siempre y cuando se encuentre dentro de los límites tolerables.

El dentista puede invitar al niño para que observe por sí mismo el consultorio dental con el fin de que le resulte una visita atractiva y de impresiones agradables, lo cual motivará mayor interés en sus próximas citas.

Es importante que el profesional razone a nivel del niño, - porque éste llega al consultorio con la idea de que se va a --

encontrar un señor o señorita que no lo entiende, a quien no le importará hacerle sufrir. Sin embargo se encuentra con un médico que piensa como él, que juega sus juegos, que platica de sus cosas, su actitud cambiará totalmente. Lograr esta comunicación entre el dentista y el niño, es tal vez lo más difícil, pero también lo más benéfico.

No deben usarse palabras complicadas que el pequeño no comprenda, se deben utilizar palabras sencillas que vayan de acuerdo con su edad. Platicar con él decirle palabras carifiosas y dejar que nos tutee, ésto establecerá una gran confianza en el pequeño.

Cuando el niño es muy pequeño conviene añadir a la conversación un poco de fantasía para darle mayor interés.

Debe evitarse también hablarle como si tuviera menos edad de la real, pues es una ofensa.

Los niños se sienten alagados si los adultos los consideran mayores de lo que son.

El término enojo debe emplearse con mucho cuidado. El dentista por ningún motivo deberá enojarse con el niño, puede aparentar enojo para hacer valer su autoridad y dominar al paciente. Si realmente está enojado puede efectuar maniobras peligrosas para el paciente, como lastimarlo o golpearlo, esto evita que se razone con claridad y se establezca comunicación con el paciente.

El odontólogo no deberá utilizar palabras que inspiren miedo, en ocasiones los temores no son provocados por el tratamiento en sí, sino por el significado de muchas palabras como:

aguja, inyección, taladro, jeringa, etc.

Engañar al niño puede acarrear las mismas consecuencias — que regañarlo e incluso peores, pues si se le dijo que no le dolería y le duele o de pronto sangra sin que se le haya advertido, puede ser presa del miedo impidiendo o dificultando al máximo el tratamiento.

Es preferible advertirle que quizá moleste un poco, que — puede sangrar un poco y que no hay razón para asustarse, o que va a sentir un pellizquito y después el labio gordito.

### 3.3 ACTITUD DEL NIÑO HACIA LA ODONTOLOGIA.

La actitud podemos definirla como "la prontitud o tendencia a actuar o reaccionar ante elementos internos o externos — de acuerdo con el conocimiento que el individuo tenga de los e lementos". La actitud que presenta un niño dependerá de la interpretación que le de a cada situación emocional.

La actitud de los niños hacia la odontología es grandemente formada por el significado emocional del evento hacia ellos y variará de acuerdo a la etapa de desarrollo emocional que — presenten. Doctor Mac Dermot.

Investigaciones recientes demuestran que las actitudes más positivas son:

- Observar en un espejo cuando el dentista trabaje.
- Tener una señal para indicarle que se detenga.
- Que le digan que él o ella han sido buenos pacientes.
- Recibir un regalo post-operatorio.

Lo que les disgusta:

- Tener que esperar mucho tiempo.
- Un área de espera poco atractiva.
- El olor del consultorio.
- El aliento del dentista.
- Los rollos de algodón.
- El desgaste de sus dientes.
- La luz en los ojos.
- Que se le mienta acerca del dolor en algún procedimiento.
- Ser motivo de burla.
- Regaños por parte del dentista.
- Ser comparado con otros niños.
- Reportes sin halagos o cumplidos delante de los padres.

#### 3.4 LLANTO EN EL CONSULTORIO DENTAL.

Es muy común que se presente en el consultorio casos de niños que lloran mientras están sentados en el sillón dental. Sin embargo, el llanto no tiene el mismo significado en todos los casos por lo que los dentistas debemos aprender a diferenciar entre los cuatro tipos de llanto, con el fin de poder responder y tratar adecuadamente al paciente infantil.

Los cuatro tipos de llanto infantil según Elsbach son:

- a) Llanto obstinado.
- b) Llanto temeroso.
- c) Llanto de dolor o herida.
- d) Llanto compensatorio.

##### a) Llanto obstinado:

El niño que lanza una rabieta o llora haciendo berrinche,-

utiliza su temperamento para frustrar el tratamiento dental.-- Este llanto es lanzado en tono alto y caracterizado al gemido de una sirena.

Esta forma de reacción representa la respuesta externa del niño a su ansiedad hacia el tratamiento dental. La actitud bélica del niño debe controlarse antes de que progrese el tratamiento.

b) Llanto temeroso:

El llanto de temor es comunmente acompañado por un torrente de lágrimas y sollozos convulsivos e interrupciones del aliento.

Este tipo de llanto lo emite el pequeño que ha sido atrapado por la ansiedad y abrumado por ella.

Es responsabilidad del dentista inspirar confianza en el niño temeroso.

c) Llanto de herida o dolor:

Este llanto es generalmente fuerte, sin embargo, puede acompañarse por un ligero lloriqueo.

La primera indicación para saber que el pequeño ha sido lastimado puede ser una sola lágrima saliendo de la esquina del ojo y rodando por la mejilla.

Este llanto es identificado rápidamente por que el niño indica que se le está lastimando.

Muchos niños pueden sentir dolor pero a su vez controlarlo, así que el dentista puede ignorar el problema. Cuando se reco-

nozca que el niño tiene dolor, el procedimiento dental debe ser detenido hasta controlar la molestia.

#### d) Llanto compensatorio:

No es precisamente un llanto, sino un sonido que el niño emite para silenciar la pieza de mano. Generalmente este sonido es monótono y zumbante y aunque para el dentista puede ser molesto, es la manera como el niño compete con lo que le molesta.

El dentista debe reconocer el llanto compensatorio como una estrategia que el pequeño ha desarrollado para afrontar la ansiedad que experimenta y por lo tanto no debe detenerlo.

### 3.5 PAPEL DEL ODONTOLOGO.

Es importante que el odontólogo tenga un adecuado conocimiento sobre la conducta infantil, y su comprensión, solo así podrá lograr el control del pequeño y a su vez orientarlo e introducirlo hacia la odontología.

Con frecuencia la conducta de los niños se desvía de un esquema fijo, por lo que las reacciones de uno y otro diferirán. El odontólogo deberá estar capacitado para afrontar estas variaciones y lograr un adecuado control de cualquier situación que se le llegue a presentar.

Cabe subrayar que el profesional debe aprender a enmascarar sus reacciones ante una determinada circunstancia, y crear una atmósfera de comprensión para el pequeño paciente lo cual será de gran beneficio para ambos.

La atención del dentista debe estar dirigida completamente hacia el pequeño. No lo debe dejar solo en el sillón dental,

y si existe la necesidad de que el odontólogo salga del cuarto operatorio, el pequeño deberá quedar acompañado por el asistente.

El profesional debe hacer comprender al niño que es su amigo y trata de ayudarlo, así también que la autoridad es el dentista, esto sirve para que preste toda su colaboración.

Cuando el pequeño por fin comprende que si acude al dentista es por que lo necesita y que él sabe como curarlo y evitarle dolor o quitarle alguna molestia dental, lo más probable es que obedezca las instrucciones.

El dentista debe realizar el tratamiento con destreza, rapidez y provocar el menor dolor posible. El pequeño puede notar facilmente la ineficacia del odontólogo desde la primera visita, debido que son muy observadores, quizá más que los adultos.

Algunos autores recomiendan que el dentista vista con ropa de colores y diseños modernos, por último, debe hacer notar a sus pacientes que los cuidados de su boca no dependen solamente del dentista sino que debe ser un esfuerzo conjunto entre el profesional y el paciente.

La responsabilidad del odontólogo es detectar lo más precozmente posible, la aparición de cualquier problema dental, y comunicárselo de inmediato al paciente o a sus padres, utilizar medidas preventivas, y al iniciar el tratamiento aplicar todos sus conocimientos.

Por su parte el paciente debe confiar en el dentista proporcionándole toda la información posible, seguir sus indica-

giones, y estar en la mejor disposición de cooperar durante el tratamiento.

## C A P I T U L O - I V

## TECNICAS EN MANEJO DE CONDUCTA.

Dentro de los factores que pueden llegar a modificar la conducta, se considera el empleo o no de reforzamientos que pueden llegar a aumentar en un momento dado la frecuencia de la conducta deseada.

Estas se clasifican en diferentes clases como son:

- a) Positivas.- Dentro de este grupo se encuentran las siguientes acciones: caricias, palabras de elogio y sobre todo atención e interés por el niño.
- b) Simbólicos.- Se encuentran representados por objetos materiales con los cuales el niño fortalece su comportamiento.

El castigo es ocasionalmente necesario y por definición podría ser una causa que disminuyera o eliminara la conducta original.

Rosenberg da su punto de vista con respecto a los reforzadores o castigos. Nos dice que podemos aprender a emplear los instrumentos de la psicología, particularmente aquellos concierne a la modificación de la conducta humana.

En este estudio concuerda con el punto de vista de Berenie y Ripa, respecto a la definición de reforzador y castigo, sin embargo, concluye diciendo que un reforzador no es necesariamente un premio, así como un castigo no es necesariamente doloroso.

El reforzamiento inmediato identifica la conducta deseada. Debido a la complejidad de la misma y el nivel de capacidad -- del niño. No es real esperar un comportamiento satisfactorio -- inmediato. Tanto las críticas como el regaño pueden llegar a -- emplearse como reforzadores para llamar la atención del pacien -- te.

Se recomienda que la recompensa material sea dada al final de su visita.

#### 4.1 TECNICAS DE PERSUACION.

Uno de los aspectos básicos de la terapéutica de sosten, -- es la importancia de la actitud y de los modales del dentista. Es posible evitar un gran número de aberraciones de la percep -- ción, si el dentista demuestra calor, amistad y tranquilidad -- en el trato de su paciente.

La persuasión, es un procedimiento activo que nos es de mu -- cha utilidad en el manejo del niño, ya que nos ayuda a lograr -- un mutuo entendimiento entre el dentista y el paciente sobre -- lo que se está hablando, o sea el establecimiento de la comuni -- cación, que es uno de los principales objetivos que se preten -- den obtener. Para lograr la comunicación verbal, nos podemos -- valer de preguntas con respecto a su persona o medio ambiente; -- sin embargo, la comunicación no solamente significa conversa -- ción, sino efectuar acciones como caricias de mejillas, cabe -- llos, etc., que pueden conducir al niño a dar su aprobación y -- aceptación del odontólogo, el cual deberá aceptar al paciente -- no solamente cuando demuestra buen comportamiento, sino cuando -- también es rebelde y agresivo.

El dentista puede ser infinitamente útil cuando dedica el tiempo suficiente para conquistar la confianza de su paciente, para ello ha de acercarse con consideración y una seguridad hábil.

#### 4.2 TECNICA DE "DECIR, MOSTRAR Y HACER"

Descrita por Addels, cuyo procedimiento es el siguiente:

Se deberá explicar al niño cómo y porqué se van a emplear los aparatos con los cuales va a tener contacto, como el aparato de Rayos X, la lámpara dental, algunos instrumentos, etc., - se le darán a entender los procedimientos que se realizarán, - en un lenguaje claro, de acuerdo a la edad y talento como sea necesario, hasta que el niño quede enterado de lo que será el procedimiento, evitando cualquier comentario que pudiera ser - mal interpretado o que alarme al paciente, provocándole temor y desconfianza. Se debe explicar claramente el procedimiento - que se llevará a cabo en el tratamiento que se va a realizar.

Se debe evitar sorprender al niño con ruidos que le son -- desconocidos, así como gestos y alguna otra manifestación ya -- que se podría perder la relación o simpatía lograda entre el -- dentista y el niño.

La administración de anestésico local juega un papel muy -- importante en la práctica diaria, por lo que debemos de tener -- en cuenta los siguientes detalles: Los niños se deben tratar -- individualmente según edad y mentalidad. Se le dará una expli -- cación del empleo de la anestesia y de los efectos que ésta va a producir, nunca se le mentirá acerca de la molestia o dolor.

Es importante el empleo del anestésico tópico en el sitio donde se haga la punción, por lo menos un minuto antes de su aplicación, para lograr un mínimo de dolor y angustia.

Es primordial evitar que el pequeño observe como se prepara la jeringa, ésto, se lleva a cabo distrayendo al paciente - con pláticas amenas sobre temas completamente ajenos a la odontología, por lo que debemos evitar el silencio.

Existen dos tipos de caricias:

- a) Positivas: que se dan verbalmente por medio de frases, palabras de aceptación, de estímulo, sonrisas o caricia física, por el contacto y la proximidad.
- b) Negativas: como amenaza con acciones físicas, gestos, etc.

En caso de que el dentista emplee constantemente las caricias negativas para adquirir un comportamiento determinado, deberá considerar las consecuencias que ésto puede ocasionar.

Se deberá establecer ante todo, una mutua simpatía antes de iniciar el tratamiento para que de este modo, muchas órdenes sean más tarde efectivas.

Elementos importantes para lograr la comunicación en el consultorio dental representado de la siguiente manera:

- El dentista será trasmisor.
- El consultorio, el medio.
- El Paciente, el receptor.

El trasmisor prepara la información para ser transmitida, después el mensaje será recibido y descifrado; el trasmisor --

espera que el receptor lo acepte y lo interprete sin distorsionarlo.

Ya que el consultorio es el medio en el cual proyectamos nuestra comunicación, éste, deberá ser tranquilo, para que el niño nos preste atención. La sala de espera deberá ser agradable, luminosa, con muebles atractivos para el niño, así como juguetes, flores, etc., manteniendo todo en buen estado, recordando que un lugar decorado de esta manera, causa una impresión bien determinada, que puede ser muy intensa y perdurable.

El odontólogo deberá asegurarse de que su transmisión sea interesante, informativa, amigable, confidencial y sincera.

Debe tener paciencia pero hacer sentir su autoridad, tener suficiente habilidad para trabajar rápido y suavemente, debe comprender el carácter del paciente y conocer su temperamento para adaptarse a sus reacciones. Esta postura, unida a la habilidad técnica, asegura al paciente un cuidado excelente de la boca y procura al dentista el éxito además de la satisfacción de haber atendido a las necesidades del paciente.

Reinices de los principios de Ginoo, los cuales son aplicados a la situación dental:

- 1.- Reconocer la experiencia del niño de lo que ha visto u oído.
- 2.- Otorgar elogios únicamente por los esfuerzos que realiza y no por su carácter o personalidad.
- 3.- Ofrecer opciones alternativas a los niños de lo que será su tratamiento. Siempre y cuando todas estas alternativas-

sean favorables al dentista.

4.- Los niños necesitan ser complacidos, en las relaciones humanas, no solamente las técnicas nos ayudan, sino también las personas que las emplean.

Es conveniente que los niños sepan que son complacidos; debemos recordar que son susceptibles a captar nuestros verdaderos sentimientos.

Las recompensas otorgadas tanto por el dentista como por sus padres no deben darse como soborno para que el niño deje tratarse, ni tampoco como un premio por los sufrimientos padecidos.

Debemos estar seguros que la recompensa es oportunamente otorgada y que el pequeño también lo entienda de ese modo.

#### 4. 3 CONTROL DE VOZ.

Se ha reconocido y valorado la importancia que tiene al tono de voz que el dentista emplea al dirigirse a su paciente; por lo que un cambio en el volumen, firmeza y suavidad de ésta nos ayudará a obtener la atención del niño, que es el objetivo primordial tanto del control de voz como de todas las técnicas que se emplean en el consultorio.

El control de voz es más efectivo cuando se emplea en conjunción con la comunicación, que es un intercambio de experiencias comunes, cuyo propósito es un mejor acercamiento con los pacientes. No debemos olvidar que el significado del mensaje que se trasmite al niño puede ser interpretado de diferente manera por él. Se recomienda que nos lo repita con sus propias -

palabras.

Es muy importante no dejar de mantener una actitud confiada, así como un tono de voz fuerte y firme cuando se ordene al niño hacer algo, de manera que el mensaje resulte eficaz.

Concluyendo, el dentista debe modular y adaptar su voz al expresarse, proyectando una imagen de confianza, paciencia, -- comprensión, autoridad y sinceridad al niño, para lograr un me jo r acercamiento de acuerdo al caso.

#### 4.4 TECNICA DE MANO SOBRE BOCA Y NARIZ.

Es una de las técnicas que suscita más controversias en -- cuanto a su aplicación en el manejo del niño difícil.

Descripción de la técnica de levitas:

Colocar la mano sobre la boca del paciente cubriendo la na riz (en caso necesario), con la cara muy cerca de la suya y se le dice directamente al oído "si quieres que retire mi mano, -- deberás dejar de llorar y escucharme, solo quiero ver tus dien tes".

Después de pocos segundos se vuelve a repetir lo mismo y -- se le añade: ¿Estás listo para que te quiete la mano?. Si el -- niño asiente con la cabeza, se retirará la mano.

Si una vez llevado a cabo ésto, el niño continúa gritando, se repetirá la acción cuantas veces sea necesario, hasta lo--- grar el objetivo deseado.

Mientras el pequeño se repone, se entablará una conversa-- ción con el objeto de distraer su atención, hablándole de te--

mas totalmente ajenos a su conducta o al consultorio.

Una vez realizado el tratamiento de esta cita y antes de -- que el niño salga del consultorio, se le pedirá que nos haga -- dos favores, uno, que se le quiere ver otra vez y el otro, que les diga a sus padres que se ha portado bien.

Se enfatiza que la técnica nunca deberá ser empleada como un castigo y que se llevará a la práctica en niños saludables y mayores de tres años, contraindicándose en niños con retraso mental o muy pequeños. Sin embargo, su aplicación no es reco--mendable en conjunción con medicamentos sedativos previos.

Los tipos de conducta no deseados indican el empleo de este procedimiento en los casos siguientes: histeria, berrinche, desafío, descontrol emocional importante.

El principal objetivo de esta técnica es obtener el con---trol del paciente para que nos preste atención y nos escuche,--estableciendo así una comunicación, objetivo que puede lograrse al modular el tono de voz con autoridad haciéndole entender que es el profesional quien realizará el trabajo y que él es -- el único que determinará cuando se hará. Una vez obtenido el -- control del paciente nos permitirá ver sus dientes así como -- realizar los procedimientos necesarios en el caso.

Levitas ha sugerido, que las dificultades a menudo pueden producir problemas de conducta, por lo que la técnica puede -- ser discutida por anticipado con los padres, los cuales antes del tratamiento, llenan, firman y dan su consentimiento para -- que se proceda a realizar todos los servicios dentales necesarios.

Cuando esto no ha tenido resultados favorables y la conducta del niño continúa sin control, se hará uso de ella.

#### 4.5 MODELAJE.

La técnica de modelaje empleada en el consultorio dental, es un procedimiento que tiene como finalidad mostrar una conducta apropiada ante el paciente, logrando una reducción de miedo y ansiedad.

Este se encontrará como observador, mirando el comportamiento del modelo durante el tratamiento, que puede encontrarse presente (vivo) o firmado (simbólico), obteniendo los mismo resultado de éxito en las dos formas. Con la técnica de modelaje se ha logrado obtener tres finalidades:

- a) Adquirir una nueva conducta.
- b) Eliminar el miedo que se encuentra asociado con el estímulo.
- c) Obtener la atención del paciente.

Adelson llevó a la práctica un estudio en el cual se demostró que gracias al film se pueden lograr cambios en el comportamiento del paciente temeroso de los dentistas.

Sawtell explica que un niño es capaz de aprender patrones de conducta aprovechando la susceptibilidad al modelaje e imitación, con el empleo de la técnica mencionada, modificación de conducta, etc., que provoca la estimulación cooperativa del niño, así como el mejoramiento de la higiene bucal en el futuro.

Todas estas técnicas serán empleadas en el momento en que-

el paciente entra al consultorio dental con un comportamiento inadecuado.

en la práctica privada debemos considerar el tiempo que se encuentran en la sala de espera, antes de ser atendidos, ya -- que pueden encontrarse influenciados por la ansiedad materna.

El modelaje vendría a beneficiarlos con un mínimo esfuerzo.

Una vez que se ha decidido aprovechar el modelo, se deberá elegir de preferencia niños de la misma edad y sexo.

#### 4.6 DESENSITIZACION. (desensibilización)

Los terapeutas del comportamiento han encontrado que la -- desensitización sistemática es una de las formas más efectivas de reducir la falta de cooperación y ansiedad.

Se considera como un medio favorable para reducir la ansiedad del niño, comportamiento inadecuado, temor intenso, fobia hacia el tratamiento dental, que como consecuencia tratará de eludir por todos los medios, no cooperando adecuadamente y provocando una situación que influirá sobre la salud, tanto física como psicológica. Una de las aplicaciones de la desensitización es enseñar al paciente como llegar a la máxima relajación.

Aprovechando este estado de relajación, se describen al paciente imágenes y situaciones que provocan la conducta aversiva. Las escenas o situaciones son presentadas al paciente en forma gradual, de la que cause menos a la que cause mayor ansiedad.

El paciente refiere cuales son las cosas que más le provocan miedo, después el profesional las acomoda en una forma --

graduada mediante jerarquías y se describe una por una de menor a mayor al provocar ansiedad y se continúa así hasta lograr que la ansiedad sea mínima.

Otra manera de obtener éxito, es utilizando situaciones de la vida real, logrando resultados con menos citas.

La técnica es efectiva en conductas con gran espectro de fobias.

Wolpe sugirió que la desensitización sistemática es exitosa porque al paciente se le hace sustituir una respuesta emocional apropiada (relajación) por una respuesta inapropiada (ansiedad).

También utilizó el término "inhibición recíproca" para describir el proceso como una persona experimentando ansiedad, asociado esto con algunos estímulos, ya sean hechos de experiencias o bien respuestas que inhiben ansiedad a los mismos estímulos.

En esta forma la promoción del estímulo de ansiedad combinado con la relajación muscular, puede ayudar a reducir la ansiedad.

Todo hace parecer que las técnicas de sensitización sistemática clásica, logrando la relajación profunda y presentando situaciones imaginarias, son usadas únicamente en pacientes con más alto índice de ansiedad en la práctica odontológica.

Los doctores Zurilla y Wolpe, sugieren que la desensitización sistemática puede usarse similar a la técnica de Addelston la cual es decir, mostrar, realizar.

Los clínicos frecuentemente utilizan esta técnica al tratar las fobias que se encuentran asociadas a la idea o sugerencia de dolor anticipado en algunos tratamientos.

El número de citas para lograr una verdadera desensitización dependerá de la fobia o ansiedad que presenta y los adelantos que muestre.

#### 4.7 TECNICAS DEL RIDICULO.

Esta técnica consiste en tomar una actitud de burla hacia el niño, con el fin de avergonzarlo para que adopte un buen -- comportamiento. Aunque muchos dentistas utilizan este método, pierden su tiempo por la poca efectividad y alta peligrosidad, pues cuando el niño se sienta en el sillón dental, por lo general desea ganarse la aprobación del dentista, pero el miedo -- llega a ser tan grande que hace imposible su buen comportamiento.

En consecuencia, si se le avergüenza poniendolo en ridículo, podemos producir frustración y resentimiento.

## C A P I T U L O - V

### DIAGNOSTICO Y PLANEACION DEL TRATAMIENTO PARA PACIENTES INFANTES.

Después de examinar a conciencia, de diagnosticar ponderadamente y de trazar un plan de tratamiento adecuado, se logrará el mejor servicio dental para niños.

#### 5.1 EXAMEN DEL NIÑO.

Existen tres tipos de citas para examen que pueden considerarse normales:

Llamadas de urgencia; de recordatorio; para examen completo.

El examen de urgencia está generalmente limitado al emplazamiento de la herida y se diseña básicamente para llegar a un diagnóstico inmediato que lleve tratamiento rápido y a la eliminación de la queja principal.

El examen periódico o de recordatorio es una sesión de continuación, después de una sesión inicial de examen completo.

su meta es ponderar los cambios que han ocurrido desde que se terminó el tratamiento anterior, este examen se realiza en la mayoría de los casos cada cuatro o seis meses.

#### DISEÑO DE UN EXAMEN COMPLETO

##### 1.- Historia del caso.

a) Queja principal del paciente.

b) Historia prenatal, natal, posnatal y de infancia.

## 2.- Examen clínico.

- a) Apreciación general del paciente.
- b) Examen bucal detallado.
- c) Exámenes suplementarios y pruebas especiales.

## 3.- Diagnóstico.

- a) Resumen de todas las anomalías, su naturaleza, etiología e importancia.

## 5.2 HISTORIAL DEL PACIENTE.

El historial de un paciente de odontopediatría puede dividirse en: Estadísticas vitales, historia de los padres, historia prenatal y natal e historia posnatal y de lactancia.

Las estadísticas vitales son esenciales para el registro del consultorio. De esta información el odontólogo obtiene una visión del nivel social de la familia. El médico del niño debe ser anotado para poder consultarle en algún caso de urgencia futura, o para obtener información médica adicional cuando se necesite. Se registra la queja principal con las palabras de la madre del niño. Esto puede ser un problema agudo o solo un deseo de atención rutinaria.

La historia de los padres proporciona alguna indicación del desarrollo hereditario del paciente. Está diseñada también para informar al dentista sobre el valor que los padres conceden a sus propios dientes, puesto que la actitud de los padres hacia la odontología puede reflejarse en el miedo del niño y -

en los deseos de los padres con relación a los servicios dentales.

Las historias prenatal y natal nos proporcionan indicaciones sobre el origen del color, forma y estructura anormal de unidades dentales temporales y permanentes. El dentista observa los efectos de las drogas y trastornos metabólicos que ocurrieron durante las etapas formativas de los órganos dentales. El historial posnatal y de lactancia revisa los sistemas vitales del paciente. También registra información tal como tratamientos preventivos previos de caries dentales, trastornos del desarrollo con importancia dental, alergia, costumbres nerviosas y el comportamiento del niño y su actitud en relación con el medio.

La duración y enfoque de la historia dependen de las circunstancias que rodean a cada caso. En situaciones de urgencia, la historia se limita generalmente a puntos esenciales en relación con el mal que aqueja al niño actualmente y también a la presencia o ausencia de enfermedades generales que tengan importancia en el tratamiento inmediato. En casos no urgentes, es de gran valor realizar un cuestionario para historial que se aplicará personalmente a cada paciente o en su defecto a los padres, cuando el paciente es muy pequeño o no tiene la información requerida.

### 5.3 EXAMEN CLINICO.

El examen clínico del niño se realiza con una secuencia lógica y ordenada de observaciones y de procedimientos lo ---

cual se va a llevar a cabo de una manera sonriente y amable.-- Generalmente un enfoque sistemático nos proporciona una información más completa sobre alguna enfermedad no detectada y -- los procesos de ésta que un método de examen desordenado.

En casos de urgencia el examen dará énfasis al lugar de -- la queja y enumerará los auxilios para el diagnóstico (por ejemplo, radiografías) que sean necesarias para llevar a cabo un diagnóstico inmediato. En exámenes de este tipo no hay procedimientos rutinarios o modelos fijos; las circunstancias -- del momento y la cooperación del niño determinan el curso a -- seguir. Sin embargo, deberá efectuarse un examen completo después del alivio de la afección de urgencia.

El examen completo deberá ser una evaluación a conciencia; el diseño siguiente nos muestra el alcance de este examen.

#### 5.4 DISEÑO DE UN EXAMEN CLINICO. ODONTOPEDIATRICO.

1.- Perspectiva general del paciente.

2.- Examen de la cabeza y cuello.

Tamaño, forma de la cabeza

piel y pelo.

inflamación facial y asimétrica

articulación temporomandibular

oídos

Ojos

nariz

cuello

### 3.- Examen de la cavidad oral.

aliento

labios, mucosa labial, bucal

saliva

tejido gingival y espacio sublingual

paladar

faringe y amígdalas

dientes.

### 4.- Fonación, deglución y musculatura peribucal:

Posiciones de la lengua durante la fonación

balbuceos y ceseos anteriores o laterales.

forma de la lengua en posición de descanso

acción mentalis en el momento de tragar.

posición de los labios en descanso.

## 5.5. PERSPECTIVA GENERAL.

### ESTATURA.

Se observará al paciente para valorar si es muy alto o -- muy bajo para su edad.

Para propósitos prácticos, se puede clasificar al niño en una de tres categorías: Estatura normal para su edad, demasiado alto o demasiado pequeño.

La comprensión de la estatura requiere conocimientos prácticos de crecimientos lineales. Esto incluye las características de crecimientos en varios períodos de edades y efectos de herencia, medio, nutrición, enfermedad, anomalías del desarrollo y secreciones endócrinas.

## ANDAR.

El niño es observado en el momento en que entra al consultorio, pudiéndose apreciar rápidamente su manera de andar, y ver si es normal o afectado.

Probablemente, el andar anormal más común es el de un niño enfermo, que camina con inseguridad debido a su debilidad. Otros tipos de andar son, los de tipo inseguro hemipléjico, tambaleante, de balancea y atáxico.

Cuando se observa este tipo de andar en el niño, habrá que hacer una valoración cuidadosa. Puede interrogarse a la madre sobre cualquier cambio reciente que haya observado en el andar del niño.

## LENGUAJE.

El desarrollo del lenguaje depende de la capacidad que tiene uno de producir sonidos que ha escuchado; por ejemplo, los niños muy pequeños con problemas de audición graves pueden tener un desarrollo de lenguaje lento.

Entre las edades de 21 y 24 meses, los niños empiezan a usar frases. Entre los dos y tres años generalmente empiezan a hablar oraciones consideradas normales, en cuanto a la edad en que pueden ocurrir estas etapas. La observación que se establezca entre el niño y el odontólogo, ayudará a hacer una estimación informal de su lenguaje.

Tipos de trastorno del lenguaje:

1) Afasia.

- 2) Lenguaje retardado
- 3) Tartamudeo
- 4) Trastornos articulatorios del lenguaje.

La afasia motriz es rara y generalmente denota pérdida de lenguaje como resultado de algún daño del sistema nervioso central, se considera retraso en el lenguaje, cuando el niño no habla cuando llega a los tres años.

Algunas causas de retraso en el lenguaje son:

Pérdida de la audición, retraso intelectual, retraso de desarrollo general, enfermedades graves prolongadas, defectos sensoriales, falta de motivación y estimulación inadecuada del médico.

El tartamudeo o lenguaje repetitivo, ocurre casi en todos los niños antes de ir al colegio, siendo éste más común en los niños que en las niñas. La tensión psicológica es muy importante en el desarrollo y la persistencia de este problema.

La omisión, inserción y distorsión son trastornos articulatorios del lenguaje que se consideran importantes.

Algunos de los defectos de articulación del lenguaje ocurren dentro de los trámites del desarrollo normal. Sin embargo, los niños con parálisis cerebral, lesión neurológica central, paladar hendido o mal oclusión a menudo tienen dificultades articulatorias. La parálisis de los músculos laringeos y faringeos por ejemplo, parálisis cerebral, puede alterar la calidad del lenguaje y producir voz de sonido nasal. Una voz ronca puede deberse a haber cantado o gritado en exceso, a sinusitis a-

guda o crónica, a cuerpos extraños en la laringe, laringitis, papilomas de la laringe, parálisis, sarampión o en niños con desarrollo sexual precoz.

#### MANOS.

Cuando el odontólogo toma las manos de los niños entre las suyas, no solamente se establece una comunicación cálida, sino que se tiene la oportunidad de apreciar su salud general. Sintiendo normales en la mayoría de los casos, pero de cuando en cuando podrá observarse sensación de temperatura elevada. Las manos son una de las pocas áreas del cuerpo del niño que el dentista puede observar normalmente.

Aquí pueden observarse toda clase de lesiones primarias y secundarias de la piel, tales como máculas, pápulas, vesículas, úlceras, costras y escamas.

Los factores causales que provocan estos trastornos tales como enfermedades oxantematosas, deficiencias vitamínicas, hormonales y del desarrollo.

Se tomará en consideración el número de forma y el tamaño de los dedos de los niños. Las uñas pueden estar mordidas, cortas, como resultado de su ansiedad y tensión.

#### TEMPERATURA.

La fiebre o elevación de la temperatura en momento de descanso es uno de los síntomas más comunes experimentados por los niños.

Puede existir una elevación temporal de temperatura des---

pués de comer, de hacer ejercicio o cuando el medio no lleva al enfriamiento corporal.

No se puede considerar normal una lectura única de temperatura para todos los niños en todos los momentos.

Los abscesos dentales o las enfermedades gingivales agudas, y también algunas infecciones respiratorias y bucales dan como resultado estados febriles en el niño.

No se pueden diagnosticar enfermedades específicas tan solo por la presencia de fiebre, sin embargo, el grado de fiebre, su patrón y la reacción del niño, son a menudo factores que indican cierta patología.

#### EXAMEN DE LA CABEZA Y EL CUELLO.

Después del examen general, se enfoca automáticamente la atención en la cabeza del niño y particularmente en la cavidad bucal.

Tamaño y forma de la cabeza.

El tamaño de la cabeza del niño puede ser normal, demasiado grande, demasiado pequeña.

La macrocefalia se debe frecuentemente a trastornos de desarrollo o traumatizantes. La microcefalia puede deberse a trastornos de crecimiento, enfermedades o traumas que afectan al sistema nervioso. Las formas anormales de la cabeza pueden ser causadas por el cierre prematuro de las suturas, interferencia del crecimiento de los huesos craneales o presiones anormales dentro del cráneo.

Antes de realizar un juicio sobre el tamaño de la cabeza, se deberá considerar la cabeza de los padres y de los hermanos. Esto puede evitar confusión en el odontólogo.

#### PELO Y PIEL.

La alopecia o pérdida de cabello se puede considerar observar en pacientes de corta edad.

Una de las calvicies más comunes es una área pequeña, discreta y redondeada, rodeada de una línea endurecida e inflamada y que generalmente lleva a diagnosticar empeine.

En el caso raro del niño que tiene displasia ectodermal congénita, el pelo puede estar ausente o ser muy escaso, delgado y de color claro.

Esto se ve más a menudo en niños que en niñas. Existen otros desequilibrios hormonales que pueden ocasionar la pérdida del cabello, mientras que la administración de medicación hormonal puede causar hirsutismo o crecimiento excesivo del cabello.

La piel de la cara, al igual que la de las manos, puede observarse para detectar señales de enfermedad. Fadiendose encontrar lesiones primarias y secundarias.

La salud general del niño es reflejada en su cara.

#### INFLAMACION FACIAL Y ASIMETRIA.

La asimetría facial puede ser fisiológica o patológica. Los dos lados de una cara normal no son exactamente iguales. Se ha demostrado que los hábitos del lactante en el momento de

dormir, especialmente en los niños que nacieron antes de su término normal, afectan la forma de la cara de una manera permanente. Se puede producir asimetría facial patológica por presiones intrauterinas anormales, parálisis de los nervios craneales, -- displasia fibrosa y trastornos del desarrollo familiar. Las infecciones ya sean de origen bacteriano o viral y el traumatismo, son en general las causas principales de inflamación facial en los niños.

Se debe prestar importancia a todo agrandamiento unilateral en la cara del niño, que no produce dolor y que crece lentamente sin ningún agente evidente que lo cause. Se deberá enviar al paciente con su pediatra, puesto que la neoplasia presenta un patrón como éste.

#### Articulación temporomandibular.

Métodos valiosos de diagnóstico para discernir limitaciones en el movimiento, subluxación, dislocación o desviaciones mandibulares.

- 1.- De pie frente al niño, en la mejor posición que permita la silla dental, el odontólogo puede colocar las manos ligeramente sobre las mejillas del niño en el área de la articulación temporomandibular. Hará que el niño abra y cierre la boca lentamente, y entonces desde céntrica cerrada, ordenará que se mueva en excursiones laterales, pidiéndole que -- "mastique lentamente sobre sus dientes posteriores".
- 2.- Con una pieza de hilo de cuarenta y cinco centímetros se hará presión contra su cara en la línea media que une la fren

te, la punta de la nariz y la punta de la barbilla. Haré que el niño abra y cierre la boca lentamente y muestre los dientes al realizar este movimiento.

Estos dos métodos tan sencillos mostrarán las discrepancias de la unión temporomandibular y también los desequilibrios musculares y desviaciones anatómicas desde la línea media. Debe palparse suavemente inflamación y enrojecimiento sobre la región de la articulación para determinar el grado de firmeza y extensión.

#### OÍDOS.

El odontólogo deberá estar consciente de cualquier deficiencia de audición en el paciente infantil.

La observación del meato auditivo externo puede revelar cierta secreción. Generalmente la queja principal será un dolor en la cavidad oral que se irradia al oído; ésto necesita un examen a conciencia de los órganos dentales.

El odontólogo debe ser capaz de determinar si el dolor referido originado en la dentadura, es la posible causa del dolor de oídos. Si al hacer un examen radiológico clínico no se encuentra problema dental alguno, deberá enviarse al niño a un especialista para que le realice un estudio concienzudo del oído.

#### OJOS.

La observación de los ojos en el niño deberá de incluir aparte de la dificultad que tenga para ver o si usa lentes, la

acción de los párpados, presencia o ausencia de inflamación, hinchazón o irritación alrededor del ojo, costras o lesiones de párpados, presencia o ausencia de conjuntivitis, defectos de iris y lagrimeo anormal.

Algunas enfermedades generales pueden producir cambios en los tejidos oculares y bucales. Los defectos de la cavidad bucal en su desarrollo pueden tener su contrapartida en el ojo. Frecuentemente, los niños con infección respiratoria alta, sinusitis crónica y alergia, tienen cierta hinchazón en los párpados y en los tejidos periorbitales.

En general, el odontólogo deberá observar y conocer cualquier anomalía en la estructura del ojo y en los tejidos que le rodean. Deberá descartar cualquier afección bucal como factor etiológico y enviar al paciente a un oculista que realice un examen completo.

#### NERIZ.

Debido a su localización prominente cualquier anomalía de tamaño, forma o color de la nariz atrae automáticamente la atención hacia dicho órgano. El odontólogo a menudo observa drenaje nasal en los niños lo cual indica infección respiratoria superior. Pueden ser evidentes cicatrices en la nariz, lo que indica alguna reparación quirúrgica de una anomalía del desarrollo a traumatismo. Algunas enfermedades infecciosas pueden dejar su huella en la nariz, como por ejemplo, la nariz de silla de montar, característica de sífilis congénita. A causa de la gran proximidad de la nariz con la cavidad del maxilar superior puede alterar la forma, el tamaño y el color de la nariz.

La extensión de quistes o tumores desde dentro de la cavidad bucal y particularmente el maxilar superior, pueden hacer intrusión en los conductos nasales.

#### CUELLO.

El examen del cuello se hace por observación y por palpación. A medida que el odontólogo observa asimetría facial del niño, también observa cualquier configuración anormal del cuello. La piel del cuello está sujeta a todas las lesiones epidérmicas primarias y secundarias, y también a las cicatrices de reparación quirúrgica.

En el curso del examen, el odontólogo deberá mantenerse en pie detrás del niño y pasar de manera natural los dedos sobre la región parótida, bajo el cuerpo de la mandíbula, hacia las regiones submaxilares y sublinguales, y desde ahí palpar los triángulos del cuello. Frecuentemente se presenta agrandamiento de ganglios linfáticos submaxilares y ésto puede asociarse con amígdalas inflamadas infectadas y con infección respiratoria crónica.

Los ganglios palpables también pueden deberse a drenaje de infección bucal o neoplasmas.

Puesto que las enfermedades exantematosas existen en los niños y es muy probable que las glándulas salivales se vean afectadas, el dentista deberá estar conciente de cualquier agrandamiento o sensación de hipersensibilidad de estos órganos.

## 5.6 EXAMEN DE LA CAVIDAD BUCAL.

La cavidad bucal es la meta del examen para diagnóstico. - La apreciación general y diagnósticos sistemáticos de la cabeza y el cuello sirven de introducción a la cavidad bucal del niño. El odontólogo evitará cualquier tendencia a enfocar su atención directamente en los órganos dentales, descuidando así otras áreas.

"El odontólogo que realiza un buen diagnóstico, cuenta las cavidades en último lugar, no primero".

### ALIENTO.

El aliento de un niño sano es generalmente agradable e incluso dulce.

Halitosis, puede ser atribuible a causas locales o generales. Los factores locales incluyen: higiene bucal inadecuada, presencia de sangre en la boca o alientos volátiles de fuerte olor. Los factores generales pueden incluir deshidratación, sinusitis, hipertrofia e infección del tejido adenoides, crecimientos malignos, tracto digestivo superior, fiebre tifoidea y otras infecciones entéricas y trastornos gastrointestinales. - La acidosis generalmente produce olor a acetona en el aliento. Frecuentemente los niños que sufren elevaciones de temperatura, tienen un aliento fétido característico.

### LABIOS, MUCOSA LABIAL Y BUCAL.

Los labios son la entrada a la cavidad bucal y el dentista no descuidará esta zona en su apremio por examinar los órganos

dentales. Después de observar tamaño, forma, color y textura de la superficie, se palparán usando el dedo pulgar e índice. Con frecuencia se ven en los labios úlceras, vesículas, fisuras, costras.

Los labios protegen los dientes de traumas, y por lo tanto, es lugar frecuente de contusión en los niños. Reacciones nutricionales alérgicas pueden causar cambios dramáticos en los labios. Pueden ser evidentes cicatrices, a consecuencia de intervenciones quirúrgicas que se hicieron para corregir anomalías del desarrollo o traumas pasados. Cualquier inflamación o masa en los labios se palpará entre el pulgar y el índice para observar el tamaño y la consistencia. A medida que se retraen los labios, se podrá observar la mucosidad labial. Cualquier lesión o cambio de color o de consistencia de la membrana mucosa será evaluada cuidadosamente. Al proseguir dentro de la boca, puede observarse la mucosa bucal teniendo en cuenta los puntos de referencia anatómicos normales que se encuentran en el área.

El más visible de éstos es la papila en el orificio del conducto de Stensen, desde la glándula parótida. Esta papila puede estar inflamada o agrandada y al comienzo del sarampión puede verse rodeada de pequeños puntos azulados y blanquecinos rodeados de rojo. También pueden palpase las inflamaciones en las mejillas. Las lesiones más comunes que se observan en la mucosa labial o bucal de los niños, son las que se asocian con virus de herpes simple.

Estas pueden ser relativamente benignas, con pequeñas úlce

ras dolorosas y pueden ser más generalizadas, extendiéndose al tejido gingival y al paladar, produciendo tejido gingival demasiado sensitivodoloroso y múltiples úlceras poco profundas. -- Con una afección de este tipo hay una historia de algún trastorno congénito.

Normalmente la mucosa labial y la bucal, son de color rosa do. Sin embargo, la melanina puede causar una pigmentación fisiológica normal de color pardo, observado con mayor frecuencia en la raza negra.

#### SALIVA.

La calidad de la saliva puede ser muy delgada, normal o ex tremadamente viscosa.

Las glándulas salivales sublinguales y submaxilares también pueden volverse hipersensibles, inflamadas y pueden tener secreciones alteradas cuando existen infecciones generales.

#### TEJIDO GINGIVAL.

Después de examinar la mucosa labial y bucal, el odontólogo observará el tejido gingival y las uniones gingivales. El frenilla labial situado en la línea media del maxilar superior e inferior puede ser responsable de un espaciamiento anormal entre las incisiones centrales. El color, el tamaño, la forma y la consistencia y la fragilidad capilar de la encía se tomarán en cuenta.

El color rojo, e inflamación pueden deberse al empaquetamiento de alimentos por la falta de cepillado o la mala técnica

ca del mismo.

El odontólogo debe estar consciente de que el tejido gingival reacciona con mucha sensibilidad a cambios metabólicos y nutricionales, a ciertas drogas y a trastornos del desarrollo. Cuando hacen erupción los dientes, el tejido gingival que los rodea se inflama y se vuelve doloroso. Estas áreas frecuentemente se ven traumatizadas por los órganos dentarios opuestos. Las fístulas en tejido gingival acompañado de dolor y movilidad del diente, generalmente son producidas por abscesos.

Aunque en los niños no son muy comunes las estomatitis auténticas, puede existir una afección similar, pero más benigna. La combinación de una higiene bucal inadecuada, desnutrición y malestar general puede contribuir a la gravedad de esta enfermedad.

#### LENGUA Y ESPACIO SUBLINGUAL.

Se pide al niño que extienda la lengua de manera que se pueda observar su forma, tamaño, color y movimiento. El agrandamiento patológico de la lengua se debe al cretinismo o mongolismo o también puede asociarse con un quiste o neoplasma.

Una descamación de las papilas superficiales asociada con cambios de color y sensibilidad puede deberse a cierta avitaminosis, anemia o trastornos por tensión. Si el frenillo lingual es anormalmente corto, puede evitar que la punta de la lengua se incline hacia adelante.

Este frenillo puede ser la causa de ciertos defectos de fonación. También examinará cuidadosamente el dorso de la len-

gua y palpará para observar si existe alguna patología.

La superficie de la lengua es relativamente suave y deslizante.

La sequedad de la lengua puede ocasionarse por la deshidratación o respiración bucal.

El piso de la boca es muy importante, ya que se pueden presentar úlceras o inflamaciones que por su elevación podrá producir defectos en la fonación.

Los conductos de las glándulas salivales submaxilares y sublinguales y las glándulas salivales menores se pueden obtener, por causa de un quiste de retención o rúnula.

#### PALADAR.

La cabeza del niño deberá ser inclinada ligeramente hacia atrás para poder observar directamente la forma, el color y la presencia de cualquier tipo de lesión en el paladar blando y en el duro. La consistencia de las deformidades o inflamaciones se investigará con cuidado por medio de la palpación. Las cicatrices en el paladar pueden ser evidencia de traumas pasados o de intervenciones quirúrgicas que se hicieron para reparar anomalías del desarrollo. Cambios de color pueden ser causados por neoplasmas, enfermedades infecciosas y sistémicas, traumas o agentes químicos.

#### FARINGE Y AMIGDALAS.

El área de faringe y amígdalas, se debe examinar deprimiendo la lengua con un espejo de mano o con una espátula, para ob

servar cualquier cambio de color, úlceras o inflamación. Es aconsejable que el dentista sugiera que el niño sea examinado por su médico, si considera que sus amígdalas y faringe están gravemente infectadas y pueden ser causa contribuyente de mala salud.

## DIENTES.

Deben hacerse observaciones básicas de la dentadura en general antes de formular diagnóstico sobre los órganos dentales en forma individual. Esto incluye el número de dientes y su tamaño, color, oclusión y malformaciones.

Número de dientes.- Raramente ve el odontólogo un niño que sufre ausencia completa de dientes (anodoncia). En algunos trastornos del desarrollo, la anodoncia parcial o la oligodoncia es un factor diagnóstico. La ausencia de piezas únicas, es mucho más importante en dentaduras permanentes que en las primarias. A excepción de los terceros molares el segundo premolar inferior y los incisivos laterales superiores son los órganos dentales que faltan más a menudo. Esta afección frecuentemente es hereditaria y el odontólogo puede probar esto, sin necesidad de ayuda externa, interrogando cuidadosamente a los padres.

Los dientes de más (supernumerarios) se observan con mayor frecuencia en la línea media del maxilar superior, pero pueden aparecer en cualquier parte y en cualquier arco.

La erupción retrazada o precoz puede deberse a ciertos trastornos hormonales y del desarrollo, los cuales provocarán-

una desorganización de los patrones normales de erupción de la dentadura.

**Tamaño de los dientes.**— Es raro encontrar macrodoncia (--- dientes demasiado grandes) o microdoncia (dientes demasiado pequeños) auténtica. La herencia desempeña un papel importante en la predeterminación del tamaño de los dientes.

**Color de los dientes.**— La tinción anormal de los dientes de los niños puede dividirse en dos tipos: Extrínseca e intrínseca.

La tinción extrínseca puede deberse a bacterias cromogénicas, que pueden invadir depósitos de materia alba y cálculo, causando una gama de colores en los dientes de los niños.

El cambio de color generalizado del esmalte y la dentina se debe a factores intrínsecos tales como discracia sanguínea, amelogénesis imperfecta, dentinogénesis imperfecta, resorción interna y drogas, tales como la serie de tetraciclina.

**Malformaciones de los dientes.**— Lesiones físicas e hipoplasia del esmalte, son las causas más comunes de dientes mal formados.

Adicionalmente, los dientes pueden estar dilacerados, empujados, germinados, fusionados en forma de clavo, causa de trastornos hereditarios, sistemáticos y del desarrollo. Se han dado términos especiales a muchas de estas anomalías, tales como dens in dente, incisivo de Hutchinson, coronaria bífida, hipoplasia de Turner y molar en forma de frambuesa.

La caries es la causa principal de destrucción de tejidos-

dentales. Es deber del odontólogo detectar este proceso patológico en sus etapas más tempranas por medios clínicos y radiográficos.

## 5.7 METODO PARA DIAGNOSTICAR.

### RECOPIACION DE HECHOS.

Existen ciertos signos patognomónicos que pueden llevar a decisiones tempranas de diagnóstico. Por ejemplo, inflamación muy obvia y drenaje, pueden asociarse con un primer molar altamente cariogénico; sin embargo, deberán recogerse y relacionarse sistemáticamente todos los hechos que se refieren a la historia del niño.

A menudo, es necesario que el odontólogo diagnostique antes de que todos los hechos hayan sido recogidos, para evitar que el proceso de la enfermedad siga su curso.

### EVALUACION DE HECHOS.

Debe haber evaluación crítica de los hechos recogidos correlación al cuadro general y a la queja principal. Frecuentemente, los padres dan deficientemente el historial.

En ese caso los signos y síntomas clínicos que el dentista observa por sí mismo tienen más fuerza que los hechos declarados.

### FORMULACION DEL DIAGNOSTICO.

El historial, el examen clínico y las pruebas de laboratorio, proporcionarán los hechos esenciales necesarios para llegar a un diagnóstico. De los hechos recogidos, se pueden suge-

rir varios procesos patógenos. Siempre existe la posibilidad de que haya más de una enfermedad al mismo tiempo.

Sin embargo, generalmente el examinador puede dividir los hechos para identificar una entidad patógena que podrá tratarse adecuadamente. En casos poco corrientes es necesario a veces consultar a especialistas o médicos generales antes de poder llegar a un diagnóstico final y prescribir un plan de tratamiento.

Un niño febril con inflamación facial unilateral y varios dientes cariogénicos puede sufrir un absceso alveolar agudo, parotiditis o ambas cosas. El historial, investigaciones radiográficas y exámenes clínicos a conciencia, ayudarán al odontólogo a formular su diagnóstico.

#### 5.8 PLANEACION DEL TRATAMIENTO.

El tratamiento odontológico acertado se basa en diagnóstico exacto y cuidadosa planeación del tratamiento. Deben evaluarse tres consideraciones antes de llevar a cabo cualquier tratamiento: Urgencia, secuencia y resultados probables. Una secuencia bien organizada del tratamiento evita muchos falsos comienzos, repetición de tratamientos y pérdida de tiempo energía y dinero.

#### ESBOZO DE PLANEACION DEL TRATAMIENTO ODONTOPEDIATRICO.

##### 1.- Tratamiento médico

a) Envío a un médico general.

##### 2.- Tratamiento general.

a) Premedicación

b) Terapéutica para infección bucal.

3.- Tratamiento preparatorio.

a) Profilaxia bucal.

b) Control de caries.

c) Consulta con ortodontista.

d) Curugía bucal.

e) Terapéutica de endodoncia.

4.- Tratamiento correctivo.

a) Operatoria dental.

b) Prótesis dental.

c) Terapéutica de ortodoncia.

5.- Exámenes por recordatorio periódicos y tratamiento de mantenimiento.

#### PLAN IDEAL DE TRATAMIENTO.

##### TRATAMIENTO MEDICO.

A veces el niño ha estado bajo cuidados de especialistas - médicos (psiquiatras, oftalmólogo, cirujano plástico, otolarinólogo, cardiólogo, etc.). Cuando el historial y el examen sugieren que existe un problema médico, el odontólogo deberá consultar al médico del niño para asegurarse de la salud y seguridad de éste, durante el tratamiento.

##### TRATAMIENTO SISTEMICO.

Frecuentemente es necesario premedicar aprensivos, espásmi

gos o con problemas cardiacos. Esta premedicación deberá hacer se después de consultar con el médico del niño. Las dosis exactas de todas las drogas que se han de usar, deberán incluirse en el plan de tratamiento.

La quimioterapia general puede causar cambios en los tejidos bucales, que hace más difíciles los trabajos de restauración y a veces imposible.

Como en el caso de los niños que toman fenil hidantoina sédica que desarrolla un tejido gingival altamente hipertrófico. Este problema deberá discutirse con el médico, con la esperanza de que se haga alguna sustitución de drogas que pueda eliminar el problema y se prosiga el tratamiento odontológico.

#### TRATAMIENTO PREOPERATORIO.

Después de que establece el estado médico y el régimen de premedicación del niño, deberá limpiarse sus dientes a fondo. Esto da al odontólogo la oportunidad de enseñarle a cepillar los dientes y otros elementos de cuidados en casa.

El tratamiento de afecciones inflamatorias agudas, tales como absesos alveolares, úlceras traumáticas, gingivostomatitis herpética y algún caso de gingivitis necrosante puede generalmente posponerse, esperando resultados favorables de drogas o tratamiento quirúrgico.

Si se sigue de cerca la profilaxia, deberá hacerse una evaluación de la susceptibilidad del niño a la caries. Si se evidencia caries activa, la madre del niño deberá ser cuidadosa--

mente interrogada sobre su dieta. Si usa el enfoque adecuado, el odontólogo podrá ofrecer a los padres una oportunidad interesante y retadora de reducir las caries del niño.

Existen varios medios como los fluoruros sistemáticos o tópicos, sustituciones en la dieta y comidas más regulares, sin comer entre horas. Estas medidas pueden instituirse conjuntamente con la eliminación de caries y colocación de restauraciones permanentes o temporales.

#### TRATAMIENTO DE CORRECCION.

Solo después de que se han iniciado las fases médicas y preparatorias, podrá empezarse el tratamiento correctivo final. La consecuencia sigue siendo importante, incluso en esta fase del plan de tratamiento. Por ejemplo, todas las caries deberán eliminarse y pulirse las restauraciones antes de iniciar cuidados de ortodoncia.

Cuando se está dando tratamiento correctivo al paciente infantil, el odontólogo tiene la oportunidad de observar los resultados de la instrucción en la higiene bucal que le dió en las visitas iniciales. Al terminar el tratamiento, el profesional concienzudo dará la fecha determinada para la próxima visita del paciente. El intervalo puede variar de tres meses (en casos raros de caries extremadamente activos) a seis meses (para el niño normal).

#### PLANES ALTERNATIVOS DE TRATAMIENTO.

Existe un plan ideal de tratamiento para cada niño. Debe--

rá presentarse a los padres usando modelos, radiografías y otros medios que pueda tener preparados el odontólogo.

En esta etapa, existe una tremenda capacidad para poder educar al paciente, lo que es un reto continuo para todo dentista consciente.

#### REVISIONES DE UN PLAN DE TRATAMIENTO.

Una vez que se aprueba el plan de tratamiento, cualquier revisión o alteración que sea necesario deberá ser explicada a los padres y anotada en los registros del niño.

Los padres aceptarán mejor un cambio de tratamiento, si el odontólogo se toma el tiempo de explicarles la causa de este nuevo tipo de acción.

Las revisiones de planes de tratamiento deben ser previstas en casos de denticiones mixtas y cuando el patrón de crecimiento del niño tiene probabilidad de ser poco corriente, o cuando los niños sufren impedimentos graves o falta de armonía del esqueleto.

## C A P I T U L O - V I

## PREMEDICACION.

El tratamiento de un pequeño angustiado y emocionalmente perturbado; puede constituir uno de los mayores problemas en la práctica del dentista. El empleo prudente y juicioso de la premedicación, puede ser valioso en estos casos.

Sin embargo, considerando que las drogas no deben ser sustitutos para lograr el acercamiento fundamental no farmacológico del manejo de la conducta, sino más bien intentar que sean coadyuvantes para que sirvan al dentista como un medio para poder brindar el tratamiento adecuado a los niños que presenten comportamiento difícil.

La resistencia a la tensión nerviosa es diferente en cada paciente y si el dentista no logra conquistar la confianza del paciente y entablar una adecuada comunicación para inhibir la ansiedad que presenta el niño, si se han agotado los recursos que proporcionan las técnicas de manejo psicológicas o el niño sufre perturbaciones mental severa, como último recurso podría utilizarse la premedicación o anestesia general según el caso.

No estamos de acuerdo en la administración de manera sistemática de un sedante o un narcótico a todos y cada uno de los pacientes con problemas de conducta y que solo requieran anestesia local para una operación corta y relativamente sencilla. La premedicación es aplicable en los casos de cirugía bucal -- prolongada o difícil.

Los propósitos más importantes de la premedicación son:

- a) Mitigar la aprehensión, ansiedad o miedo.
- b) Elevar el umbral del dolor.
- c) Controlar la secreción de las glándulas salivales y mucosas.
- d) Contrarrestar el efecto tóxico de los anestésicos locales.
- e) Controlar los trastornos motores.

#### Sedantes:

Existen varias drogas que producen efectos sedantes, entre ellos se encuentran las benzodiazepinas, meprobamato y similares, derivados de las fenotiacinas, del propano y del difenilmetano.

#### Benzodiazepinas:

Pertenece a la serie de compuestos denominados productos - contra la ansiedad, empleados generalmente en forma innecesaria contra la nerviosidad y la tensión en individuos normales o neuróticos. Estas drogas se llaman "tranquilizantes menores" término que según Goth, debe abandonarse, porque puede relacionarse con los antipsicóticos o "tranquilizantes mayores".

Quizá la benzodiazepina más utilizada en odontología sea - el diazepam; al igual que el oxazepam y el clorhidrato del clor diazepóxido, se utilizan contra la ansiedad y poseen acción relajante del músculo esquelético de tipo central.

La farmacología de las benzodiazepinas fundamentalmente es

similar a la de los barbitúricos, excepto que en algunas pruebas, pueden lograr efectos sin provocar acción sedante ni ataxia excesiva.

Evitan las convulsiones causadas por la estriquina, en este sentido, son similares a los barbitúricos y muy diferentes de las fenotiacinas que no son anticonvulsivas.

Las benzodiazepinas no presentan efectos secundarios extrapiramidales o neurovegetativos de importancia. Su popularidad probablemente dependa de dos factores entre ellas y los barbitúricos:

- a) No tienen tanta tendencia a producir tolerancia.
- b) son mucho más seguras cuando se toman en grandes dosis.

Los efectos adversos producidos por las benzodiazepinas incluyen: somnolencia, ataxia, síncope, excitación paradójica, náuseas y modificaciones de lo líbido. Cuando se aplica por vía parenteral, como el diazepam, debe utilizarse con precaución en pacientes que al mismo tiempo consumen medicamentos como barbitúricos, alcohol, drogas antihipertensivas, anticonvulsivos u otras que depriman el sistema nervioso central.

La semidesintegración del clordiazepóxido en el cuerpo se presenta a las 24 horas. El diazepam también es de acción prolongada; uno de sus metabolitos es el oxacepam.

Como antes mencionamos, dentro de las benzodiazepinas, la más utilizada es el diazepam, por lo cual ampliaremos algunos aspectos sobre esta droga.

**Diazepam:**

Nombres comerciales: Valium, Valium 10, Diazepam, Diazepam 10.

**Composición: Diazepam.**

Es considerado como agente sedativo, su característica como droga antiansiedad lo ha hecho popular en su empleo para pacientes aprehensivos, así como para niños con problemas de conducta en el consultorio. Se debe tomar precauciones cuando se administre en pacientes con anomalías cardiovasculares o - que han sufrido procesos mentales subnormales no controlados.

Hay incompatibilidad con otras drogas del tipo de la meperidina o el pentobarbital.

**Indicaciones:**

En todos los casos en que la tensión, ansiedad, irritabilidad exagerada, rasgos hipocondríacos y depresivos dominan el - cuadro clínico.

En los trastornos del sueño de cualquier gravedad, con excepción de los de origen doloroso. Por su acción antitensional induce al sueño pero no lo fuerza como un barbitúrico.

Posee una clara acción miorelajante en los estados espásticos de origen nervioso central. Facilita el parto normal.

**Contraindicaciones:**

Insuficiencia hepática y renal, discracias sanguíneas, embarazo personas que manejan vehículos o aparatos de precisión.

Reacciones secundarias: Somnolencia, mareos, parestesia,--

vómito, hipotensión. Cuando se administra por vía intravenosa, ésta debe ser aplicada lentamente, pues puede ocasionar depresión circulatoria o respiratoria, produciéndose el efecto una hora después de su aplicación.

**Administración:** Oral, intravenosa e intramuscular.

**Posología:** Para lograr un efecto tranquilizante se recomiendan las siguientes dosis:

1 a 5 años. 0.5 mg. 4 veces al día.

6 a 12 años. 1.0 mg. 4 veces al día.

Con efectos sedativos:

1 a 5 años. 4 mg. antes de ir a dormir.

6 a 12 años. 8 mg. antes de ir a dormir.

## 6.2 MEPROBAMATO.

Pertenece, al igual que las benzodiazepinas al grupo de medicamentos contra la ansiedad. El meprobamato fue sintetizado después de estudios sobre medicamentos del tipo de la mefenesina. Estos estudios indicaron que este relajante muscular central, tenía propiedades sedantes y tranquilizantes.

La administración bucal de meprobamato en dosis pequeñas, (400mg) tiene efectos muy ligeros; solo causa leve acción sedante. La dosis mayor tiende a producir cierta somnolencia y disminución del espasmo muscular, sin inferir el tono propioceptivo normal. Estos efectos suelen sentirse agradables, como el efecto producido por el alcohol o los barbitúricos. En dosis suficientemente elevada la droga produce ataxia.

En opinión de farmacólogos clínicos, los sedantes relajantes musculares como el meprobamato aunque ofrecidos como tranquilizantes, debieran considerarse simplemente sedantes no específicos de acción similar a los barbitúricos. En realidad, - en la práctica clínica, es difícil, sino imposible diferenciar entre ambas sustancias.

Utilizándolo en dosis suficientemente grandes, no solamente produce somnolencia y ataxia, sino también adicción. Pueden observarse síntomas graves de supresión caracterizados por temblores musculares e incluso convulsiones si se suspende brusca mente el medicamento.

El meprobamato se prescribe como sedante en el día y como hipnótico en el tratamiento del insomnio. Reduce las convulsiones provocadas por la estriquina. También es un anticonvulsivo bastante potente, por lo cual muchos médicos lo utilizan en el tratamiento de pequeños males epilécticos.

A pesar de su falta de especificidad se emplea mucho.

Su efecto sedante ligero y ausencia de acciones neurovegetativas y extrapiramidales, los hace muy atractivos para los - médicos, dentistas y psiquiatras.

Meprobamato.

Nombres comerciales: Miltown, Equanil, Apascil.

En México no se adquieren tanto el Equanil, como el Miltown.

**Composición:** Meprobamato.

**Indicaciones:** en todos aquellos estados de contracturas -- musculares y estados nerviosos, donde se requiera un sedante -- que no perturbe la conciencia; carece de acción hipnótica, pero al colocar al paciente en estado de tranquilidad favorece -- el sueño y como coadyuvante en el tratamiento del alcoholismo, la experiencia clínica es muy favorable.

**Contraindicaciones:** Enfermos con tendencias suicidas y -- alergias.

**Reacciones secundarias:** Escalofríos, Trombocitopenia, somnolencia, diplopia, shock, dependencia.

**Administración:** Oral.

**Posología:**

Adultos: 3 a 6 comprimidos al día.

Se aconseja solo utilizarlo en niños mayores de 12 años.

En niños menores de 12 años, es difícil dosificar por la -- presentación.

**Medicamentos antipsicóticos.**

### 6.3 FENOTIACINA.

El desarrollo de los medicamentos antipsicóticos provino -- de investigaciones sobre antihistamínicos. El prototipo de los medicamentos antipsicóticos es la fenotiacina y sus derivados. Las fenotiacinas, principalmente la clorpromacina son los medicamentos más usados en psiquiatría.

En conjunto, estas drogas se caracterizan por su acción -- calmante sobre los psicóticos, sin acción sedante excesiva, -- los efectos extrapiramidales y su extraordinaria propiedad de no provocar dependencia.

La mayor parte de estos medicamentos tienen indicaciones -- como antieméticos y algunos se emplean en contra del prurito, -- y el tratamiento del parkinsonismo.

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

En dosis elevadas puede producir efectos secundarios tóxicos notables, como el parkinsonismo.

Los derivados fenotiacínicos difieren en cuanto a potencia, no difieren netamente en cuanto a eficacia.

Las fenotiacinas alifáticas como la clorpromacina y promacina, ejercen sedante notable.

Además de sus efectos antipsicóticos, los derivados de la fenotiacina son extrapiramidales, o sea que administrados a -- grandes dosis pueden causar efectos como temblor, rigidez, acinesia, máscara facial y salivación.

Las drogas que se emplean contra el parkinsonismo como la difenhidramina (benadryl) alivian los efectos extrapiramidales.

Las fenotiacinas, principalmente la clorpromacina tiene efectos de tipo antipínico que se manifiesta por síntomas --

como boca seca, estreñimiento, retención de orina y parálisis de la acomodación, por otra parte, las fenotiacinas no suelen provocar dilatación de la pupila ni taquicardia. Puede producirse una hipotensión intensa después de la administración parenteral de las fenotiacinas.

En cuanto a sus efectos antieméticos, las fenotiacinas en general son más eficaces para evitar el vómito causado por agentes químicos que contra el vómito por cinetosis. Pueden también causar efectos endócrinos, como retraso de la menstruación, crear amenorrea y aumento de peso, generalmente se cree que estas acciones las ejercen sobre el hipotálamo.

#### Cloropromacina.

Nombres comerciales: Cloropromacin AMSA, Sedapron.

Composición: Cloropromacina.

Indicaciones: Sedante nervioso, neuropléjico, distonias -- neurovegetativas, neurosis, psicosis, inquietud, insomnio.

Contraindicaciones: Insuficiencia hepática y/o renal, discracias sanguíneas, embarazo, personas que manejen vehículos o máquinas que requieran atención constante.

Reacciones secundarias: Somnolencia, apatía, agitación paradójica, resequead de boca, mareos, parestesias, náuseas, vómito, hipotensión, reaccion extrapiramidal.

Dosis: Cloropromacin AMSA. Adultos 25 a 75 mg./24 horas.

No usarse en niños menores de 12 años.

Sedapron: Elixir. Niños mayores de 12 años; 2 o 3 cucharas-

ditas cafeteras al día.

Grageas: 2 a 4 grageas al día.

#### 6.4 PROMETACINA.

Prometazina:

Nombre comercial: Fenergan, Dolo Buscapina.

En el mercado nacional no se encuentra el fenergan, la bibliografía del diccionario de especialidades farmacéuticas, -- nos remite el Dolo Buscapina, la cual es una asociación de --- hioscina, novaminsulfona y clorhidrato de prometazina.

Derivados de la fenotiacina, se usaba como sedante preoperatorio en la década de los cincuentas, con amplio empleo en o dontopediatría, se recomendaban de 2 a 35 mg. asociado con meperidina (Demerol) y la clorpromacina (torazina).

Indicaciones: Vómito postoperatorio, antiemético, sedante. preparación para exploraciones y cirugía menor.

Contraindicaciones: Insuficiencia renal y/o hepática, hipertrofia prostática con retención de orina, intoxicación o abuso del alcohol o psicofarmacos e hipnóticos, alergias.

Reacciones secundarias: Depresor respiratorio, se han reportado casos de hipotensión, hiperexcitabilidad y pesadillas - en niños a los cuales se les administraron 75 a 125 mg. de la droga.

Dosis: Según Mc Donald. Aconseja en niños aprehensivos en dosis de 12.5 a 25 mg. Su empleo principal es la comedicación con otras drogas. En niños fuertemente aprehensivos con edad -

de tres años se aconseja el uso de 25 mg. de prometazina con - 7.5 g. de hidrato de cloral.

El uso de 12.5 a 25 mg. de prometazina para niños mayores, media hora antes de la cita.

#### Antihistamínicos sedantes:

Se ha introducido muchas sustancias para el tratamiento de la ansiedad y diversas reacciones psiconeuróticas, pero el problema de determinar su eficacia terapéutica es muy difícil. No se sabe si las sustancias de este grupo son mejores que un placebo o poseen ventajas sobre los fármacos antiguos y bien conocidos como el fenobarbital.

En el mercado hay ahora muchos sedantes no barbitúricos -- que se prescriben con la etiqueta de "tranquilizantes" pero su superioridad sobre los barbitúricos es dudosa. Dentro de este grupo los más característicos son el clorhidrato de buclizina- y el clorhidrato de hidroxizina.

Los antihistamínicos producen un efecto sedante sobre el S.N.C. diferente del de los barbitúricos y otros sedantes hipnóticos. El efecto sedante de los antihistamínicos no es agradable. Además, si la dosis de antihistamínico aumenta, la sedación es substituida por irritabilidad, llegando incluso a convulsiones. La dosis tóxica tiende a producir excitación en el niño.

#### 6.5 HIDROXICINA.

La estructura química de la hidroxicina según Goth, es muy similar a la de algunos antihistamínicos.

El medicamento produce somnolencia y se ha introducido enterapéutica como tranquilizante, con actividad antihistamínica y antiemética. Además de sus acciones antihistamínicas tiene ligera acción de tipo atropínico y también ligero efecto bloqueador adrenérgico. No ha logrado ser tan utilizada como los demás tranquilizantes; su posición exacta en la psicofarmacología todavía es difícil de establecer.

#### Hidroxicina.

Nombres comerciales: Atarax, Vistaril.

Composición: Clorhidrato de hidroxicina.

Se deriva de difenil-metano, su presentación es en grageas y jarabe. El Vistaril es conocido como salpomoato de hidroxizina.

Indicaciones: Nerviosismos, intranquilidad, irritabilidad, ansiedad, estados de angustia, cardiopatías emocionales, trastornos gástricos de origen emotivo.

Es sedativo, antihistamínico, antiespasmódico, antiemético y ligeramente anticolinérgico.

Se absorbe por el tracto gastrointestinal y sus efectos se manifiestan en 30 minutos, se degrada en el hígado y se excreta por la orina en grandes cantidades.

Contraindicaciones: Miastenia y lasitud.

Reacciones secundarias: A dosis elevadas produce somnolencia.

La hidroxicina, no induce a un verdadero sueño, por lo que

constituye una ventaja para la odontopediatría.

No se han manifestado reacciones nocivas, solo estados prolongados de somnolencia.

Se aconseja como medicación preoperatoria en niños ancio--sos, hiperactivos o hiperquinéticos.

Dosis: Se indica de 20 a 30 mg. tomados oralmente 45 min.-- antes de la cita.

Si la presentación es un jarabe, la dosis recomendable es-- una cucharadita cafetera.

Para niños muy pequeños también se aconseja la suspensión-- de vistaril a 25 mg. antes de la cita.

Ya que la hidroxicina no es un depresivo respiratorio, puede ser empleado como complemento de óxido nitroso e hipnóticos.

Medicamentos hipnóticos:

Diversas drogas pueden producir un estado de depresión del sistema nervioso central parecido al sueño natural. Estos productos se denominan hipnóticos. En dosis menores muchos de estos medicamentos pueden producir un estado de somnolencia; utilizados en esta forma, se denominan sedantes. Utilizados en -- grandes dosis los hipnóticos pueden producir anestesia, intoxicación y muerte.

Los hipnóticos son útiles en combinación con analgésicos -- en procesos dolorosos y como complemento de la anestesia.

Los hipnóticos más importantes son los barbitúricos, introducidos en la terapéutica en 1903. Utilizados adecuadamente -- son medicamentos muy eficaces y seguros.

bromuro, analgésicos, alcaloides de la belladona, vitaminas, - antibióticos, etc.

El fenobarbital, amobarbital, pentobarbital sódico, seco--barbital y el tiopental sódico, son los que se usan más comun--mente.

Los barbitúricos tienen muchos usos y pocos efectos secun--darios, que generalmente se producen con altas dosis. Comunmen--te se usan para preparar niños pocos manejables. Los barbitúri--cos tienen un amplio margen de seguridad, por lo que son exce--lentes para sedar pacientes ambulatorios, puesto que la dosis--no hipnótica es de tres a seis veces mayor que la dosis sedan--te.

Generalmente los barbitúricos de acción corta, como seco--barbital, pentobarbital y amobarbital son los preferidos, tam--bién es común el fenobarbital.

#### Secobarbital.

Es un sedante e hipnótico, cuya acción comienza rápidamen--te y tiene corta duración.

#### 6.6. SECOBARBITAL.

Nombre comercial: Seconal sódico.

Composición: Secobarbital sódico.

Indicaciones: Este medicamento es principalmente útil en - obstetricia, neuropsiquiatría y odontología o cuando se requie--ra una acción sedante o hipnótica rápida.

Se usa por vía oral para tratamiento del insomnio y para -

sedación en el preoperatorio.

Puede dar lugar al hábito y dependencia. Deberá usarse con cuidado en enfermos con insuficiencia hepática, dado que pueden ocurrir prolongación de los efectos.

Contraindicaciones: Excepto en casos de urgencia, los barbitúricos no deben emplearse en personas que se saben tienen o fácilmente pueden desarrollar dependencia a los medicamentos sedantes hipnóticos.

No debe administrarse barbitúricos a enfermos con antecedentes de porfiria.

Reacciones secundarias: Puede haber manifestaciones de idiosincrasia en forma de excitación, malestar general o dolor. En algunos enfermos ocurren reacciones de hipersensibilidad, especialmente en aquellos con asma, urticaria y edema angioneurótico.

Dosis: 60 a 100 mg. antes de la cita.

#### 6.7 HIDRATO DE CLORAL.

Es un hipnótico antiguo pero todavía muy útil.

Se prescribe frecuentemente a personas de edad, que pueden presentar reacciones de idiosincrasia a los barbitúricos. Meta-bólicamente se alteran los tejidos produciendo tricloroetanol.

Causa cierta irritación gástrica en solución concentrada. Cuando se diluye con algún adulterante es menos irritante, pero todavía no es tan cómodo de tomar como los barbitúricos. Produce sueño tranquilizador generalmente de 4 a 8 horas.

La toxicidad del hidrato de cloral es baja, pero aumenta por la administración simultánea de alcohol. La dosis mortal de medicamento es muy variable probablemente se halle entre los 3 y 30 gramos. Aunque las dosis ordinarias de hipnóticos no tienen efecto adverso demostrable sobre el corazón, las dosis excesivas pueden afectar el músculo cardiaco; debe evitarse en pacientes con enfermedad del corazón.

El principal inconveniente del hidrato de cloral en comparación con los barbitúricos es la irritación gástrica y su olor característico.

El hidrato de cloral al igual que los barbitúricos tiene su margen de seguridad. Se usa más a menudo en dosis hipnóticas de menos de 1.0 gramos para niños de edad preescolar. Produce menos efecto en dosis seguras para niños mayores que necesitan sedación para tratamiento dental.

Hidrato de cloral.

Nombre comercial: Noctec.

Composición: hidrato de cloral.

En dosis terapéuticas, el agente casi no tiene acción depresora en la respiración ni en la presión sanguínea, tiene un leve efecto analgésico. Es absorbido por el tracto gastrointestinal cuando es administrado por vía oral.

Precauciones: El hidrato de cloral puede antagonizar con los efectos anticoagulantes de las drogas en forma de elixir, produce irritación gástrica, náusea y vómito. No se debe emplear en pacientes con gastritis, aunque este efecto puede ser

reducido administrándolo en forma de cápsulas.

**Contraindicaciones:** En enfermos con deficiencias hepáticas o renales.

Es de acción rápida, de 20 a 30 minutos y la recuperación se realiza sin incidentes generalmente, no produce dolor de cabeza. Se prepara en soluciones de distintos sabores, para que el niño escoja uno en especial, también puede ser administrado en cápsulas suaves de distintos sabores.

**Dosis:** Las dosis aconsejables son de 500 a 700 mg. para los niños de dos a cuatro años de edad con un peso de 11 a 22 kg. de cuatro a siete años de edad 750 a 900 mg. por un peso de 22 a 31 kg., de siete años de edad o más, de 1000 a 1500 mg., por un peso de 31 kg.

Si el tratamiento trata de prolongarse, se prescribirá una segunda dosis, que será la mitad de la original, para mantener un efecto sedativo. Con las otras drogas el hidrato de cloral se puede utilizar como comedicación con hidroxicina y como premedicación para óxido nitroso.

#### **Analgésicos narcóticos.**

El alivio del dolores uno de los grandes objetivos de la medicina, las drogas con acción predominantemente supresoras del dolor, se denominan analgésicos y suelen clasificarse en narcóticos y no narcóticos. Los analgésicos narcóticos incluyen los alcaloides del opio y productos sintéticos similares.

Desde hace mucho tiempo el opio ha sido utilizado por el hombre, se ha logrado modificar las estructuras del opio crean-

do drogas similares. Aunque la morfina sigue siendo todavía un analgésico narcótico muy importante, algunas de las drogas sintéticas constituyen adiciones muy bienvenidas en la terapéutica.

El opio se obtiene del exudado lechoso por una incisión hecha en las cápsulas inmaduras de la adormidera, *Papaver somniferum*. Químicamente se dividen en dos clases: derivados del fenantreno y de la bencilisoquinolina.

La morfina es el alcaloide fenentrenico más importante -- del opio. Entre los derivados sintéticos parecidos al opio, la meperidina y la alfaprodina son las más utilizadas en odontología.

Estos compuestos, igual que la mayor parte de los analgésicos narcóticos, ejercen sus principales acciones farmacológicas en el S.N.C. A pesar de su poco parecido estructural con la morfina. En dosis terapéuticas produce analgesia, sedación, euforia, depresión respiratoria y otros efectos en el sistema nervioso central, parecidos a los de la morfina. A pesar de las -- cualidades que se les atribuyen parece que son tan depresoras -- de la respiración como la morfina, cuando se comparan en dosis igualmente analgésicas.

Son ligeramente menos sedantes que la morfina, pero no -- tienen una acción neta diferente sobre el tubo digestivo o vías biliares y sobre la musculatura lisa bronquial.

## 6.8 MEPERIDINA.

Nombre comercial: Lorfan, Demerol, Narcón.

Composición: Meperidina.

Narcótico introducido en 1939; droga de potente poder analgésico, se considera más efectivo que la codeína y tiene más o menos la efectividad que la morfina.

La meperidina se metaboliza en el hígado a las 6 hs., causa midriasis, hipotensión postural, sedación y euforia.

Indicaciones: Su acción preponderante es la que afecta al sistema nervioso central y los órganos formados por músculos de fibra lisa; tiende a producir menos espasmos de músculo liso, - menos estreñimiento y menos depresión del reflejo tusígeno, que dosis equianalgesicas de morfina. Las propiedades terapéuticas - principales de la meperidina son la actividad analgésica y la - sedante.

Contraindicaciones: Hipersensibilidad a la meperidina.

Reacciones secundarias: Excepcionalmente, depresiones respiratorias, y en grado menor depresión circulatoria, paro respiratorio, shock y paro cardíaco.

Las más frecuentes son ofuscación mental, mareo, sedación, náusea, vómito y transpiración.

Puede provocar depresión respiratoria, náusea y vómito, - el mayor efecto se obtienen a la hora de administrarlo, no debe emplearse en niños con padecimientos de obstrucción pulmonar - crónica con difusión hepática. Su principal efecto clínico es - la somnolencia. Puede presentarse también Xerostomía.

Dosis: Para premedicación y si se usa como comedicación, - se administran 2.5 g. de soconal y 25 mg. de meperidina, para - un niño de tres años con peso de 11 kg.

Después de una hora, si el efecto no es el deseado, se -- puede administrar otra dosis de  $3/4$  g. de seconal y 12 mg. de meperidina. El efecto nocivo de la droga se puede disminuir con el uso de la comedicación, ya que potencializa la acción de la meperidina. Esta potencialización, permite al dentista emplear menos narcótico y obtener de esta manera el efecto sedativo deseado.

Puede administrarse por vía intramuscular, intravenosa, - subcutánea y oral.

#### Meperidina:

18 mg. en niños entre 3 y 4 años de edad.

25 mg. en niños entre 5 y 6 años de edad.

37 mg. en niños entre 7 y 8 años de edad.

50 mg. en niños entre 9 y 12 años de edad.

La meperidina es una ayuda efectiva para el manejo del comportamiento del niño, se indica principalmente en niños de 8 años de edad que demostraron un comportamiento violento.

#### 6.9 ALFAPRODINA.

Nombre comercial: Nisentil.

Composición: Alfaprodina.

Cuando se administra por vía subcutánea, su efecto puede presentarse a los 5 o 10 minutos. La droga es metabolizada en el hígado, desapareciendo su efecto a las dos horas, por lo que se le emplea para procedimientos cortos en la odontopediatría.

Indicaciones: Para niños entre 3 y 6 años de edad y de dos años y medio, dosis mínima. No produce una sedación profunda, por lo que el paciente no se encuentra completamente dormido.

La droga no es efectiva en los casos de problemas severos de conducta.

Dosis: El nivel de dosificación se calcula en 0.5 mg./lb. de peso. En niños cuyo peso es de 13 kg. (30 lb.) la dosificación será de 15 mg.

El nisental puede contribuir a obtener la cooperación del niño en el consultorio dental. Se encuentra muy indicada en pre escolares.

Los tranquilizantes, sedantes, analgésicos y a veces otras drogas se usan en combinación, para tratar de proporcionar una medicación equilibrada, con alguna droga presente para afectar a la percepción del dolor para el paciente, sus reacciones de miedo e incluso para reducir la salivación y promover la euforia.

Existe una enorme variedad de técnicas, agentes drogas y criterios sobre el tratamiento de la sedación en los niños. El dentista que quiere hacer buen uso de la información se ve asediado por el problema de tratar de decir por donde va a empezar. Finn aconseja que lo mejor sería usar una sola droga para 40 o 50 pacientes, de esta manera puede dominarse la variabilidad de dosificación y respuesta del paciente. Es posible que la experiencia más valiosa venga de este enfoque que ésto resulte mejor que utilizar un gran número de drogas. Además finn aconseja que se lleven registros.

## C A P I T U L O - V I I

## OXIDO NITROSO.

## 7.1 GENERALIDADES

La analgesia por óxido nitroso puede ser un método seguro y eficaz para disminuir la aprehensión 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 analgesia de óxido nitroso disminuye la espasticidad muscular y los movimientos no coordinados del paralítico mental y disminuye la tensión física y las molestias, logrando de esta manera que el paciente soporte períodos de tratamiento más largos.

Los factores principales para emplear con éxito el procedimiento son: consideración cuidadosa y manejar la introducción a analgésica de óxido nitroso, así como su administración inicial en niños impedidos.

Es esencial, paciencia y comprensión al administrar por primera vez el anestésico. Debe concedérsele tiempo al niño para que se ajuste a esta experiencia. Deberá mostrársele como se emplea la máscara y puede hacerse correr el juego de gases sobre las manos y mejillas del niño, antes de colocar la máscara.

Si existe resistencia, se puede controlar con suave restricción física y un flujo de óxido nitroso al 50 % directamente hacia la zona de los orificios nasales. Esta mezcla se puede producir efectos ligeramente eufóricos y relajar al paciente para-

permitir la colocación de la máscara.

Después de lo anterior, deberá reducirse la concentración de óxido nítrico al nivel apropiado, generalmente un flujo de 10 a 15 %.

Cuando se administra con 20 % de oxígeno por lo menos, el óxido nítrico no es un gas suficientemente poderoso para producir en la mayor parte de casos la anestesia quirúrgica. Por lo tanto, suele usarse en combinación con otras drogas, como el tiopental. El tiempo de inducción y salida son muy breves.

A menos que se produzca hipoxia durante la anestesia de óxido nítrico, no hay depresión respiratoria, circulatoria, ni defunciones renales o hepáticas. El óxido nítrico se acercaría en mucho a la anestesia ideal si produjera relajación muscular y tuviera potencia suficiente.

## C A P I T U L O - VIII

## ANESTESIA GENERAL.

Desde el punto de vista psicológico, la reacción del niño - ante el acto terapéutico anestesia-cirugía, es básicamente de - ansiedad y temor, ya que ignoran o tienen ideas distorcionadas - de lo que realmente va a suceder.

Entre más pequeño es el niño, más inmaduro en su " yo " y - por lo tanto, su conocimiento y control de la realidad es confu - so, e igualmente sus reacciones defensivas para manejar la an - siedad son más primitivas. Los síntomas pueden aparecer en el - pre o postoperatorio, aún días o semanas después y consiste en:

Lactantes y preescolares: inquietud, llanto, nerviosismo, - trastornos de sueño, mayor apego a la madre, temores a la obscu - ridad y al médico, agresividad, conducta regresiva, irritabili - dad, succión de los dedos, uniofagia, masturbación, trastornos de alimentación, enuresis, etc.

Escolares y adolescentes: Tics, fobias, obsesión, hipocon - dria.

Es conveniente recordar que el acto anestésico quirúrgico - va asociado a otros eventos y contribuyen a hacerlo emocional - mente más traumático y que son:

- a) El padecimiento en sí. Según sus características le pue - den ocasionar dolor, invalidez o distorsión de su esque - ma corporal.
- b) La hospitalización. De su medio familiar es llevado a un ambiente extraño, entre equipo y gentes desconocidas, --

donde se le asigna un número de cama y expediente y se le impone un reglamento que puede observar.

- c) El acto quirúrgico. Debe ser para el niño un procedimiento que no le produzca, no le aumente el temor o la ansiedad, ya que el niño debe estar previamente premedicado y no tiene porqué alguna alteración emocional. El caso contrario, si el niño llega al quirófano con un mal manejo de premedicación, se presentarán situaciones muy desagradables para todos, pero principalmente para el niño.

La preparación adecuada del niño que va a recibir anestesia general es la siguiente:

Para un niño sin problemas emocionales previos, basta una explicación honesta, detallada y en términos que él comprenda.

Lo que padece, porqué lo padece y aclarándole que él no es responsable de su problema. Se le explicarán los procedimientos que se le harán; las sensaciones o molestias que experimentará en el pre y post operatorio y asegurándole que despertará en forma normal. Puede ser conveniente mostrarle el equipo y sitio donde será operado.

Ofrecerle la oportunidad de llevar al hospital objeto o juguete que lo ligue con su hogar y establecer una relación amistosa con el anestesista, cirujano y enfermera, que en cierta forma son figuras que substituyen a sus padres.

Se considera delicado realizar un tratamiento dental bajo anestesia general en el consultorio privado, ya que en un momento dado, no se cuenta con el equipo necesario en estos casos de emergencia.

## 8.1 INDICACIONES PARA ANESTESIA GENERAL.

Según el Dr. Finn, los niños que pertenezcan a alguna de estas categorías usualmente requerirán de anestesia general:

- a) El niño no cooperativo, que se resiste al tratamiento a pesar de haberse intentado los procedimientos de manejo comunes.
- b) El niño retardado mental cuyo impedimento sea tan grave que dificulte toda comunicación entre odontólogo y paciente.
- c) El niño con trastornos de la hemostasia que requieran tratamiento dental extenso.
- d) El niño afectado de trastornos del S.N.C. que se manifiesten por movimientos involuntarios y extremos.
- e) El niño con grave cardiopatía congénita, incapaz de tolerar la excitación y cansancio provocados por extenso tratamiento dental.

## 8.2 PROCEDIMIENTOS PRE-OPERATORIOS.

Cuando el tratamiento dental de un niño requiere hospitalización y anestesia general, la mejor manera de lograr la cooperación de sus padres, es orientarlos respecto al programa planeado para su hijo y las responsabilidades que tienen en su hospitalización. En la revisión o chequeo general de salud del niño, toma papel muy importante el médico pediatra. Después de examinar al niño deberá enviar una confirmación escrita, afirmando la ausencia de contraindicaciones a la anestesia general. Deberán requerido exámenes de laboratorio.

Después de haberse admitido al paciente en el hospital, el odontólogo deberá discutir los planes de tratamiento con el anestesiólogo, quien determinará el límite de tolerancia de cada paciente al anestésico general; tomando ésto por guía el odontólogo puede establecer un rígido programa para el tratamiento.

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

En anestesia pediátrica el Fluotano (halotano) ha ganado gran aceptación por su calidad poco irritante, su no inflamabilidad y el despertar rápido de los pacientes sometidos a él.

### 8.3 PROCEDIMIENTOS EN EL QUIROFANO.

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 y materiales dentales.

Deberá tenerse gran cuidado de evitar que sangre o cualquier otro tipo de desecho, penetre en la garganta del paciente. Después de anestesiar completamente, se deberá colocar un apósito de gasa húmeda sobre la abertura faríngea a través del área de las amígdalas y debajo de la lengua.

Para extraerlos, la extremidad del apósito de la garganta con un hilo firmemente atado a él, deberá extraer de la cavidad bucal.

El empleo de equipo de aspiración facilita el procedimiento

dental de niños anestesiados. En caso necesario puede utilizarse un instrumento para mantener abierta la boca.

Para realizar cualquier tratamiento restauratorio en pacientes anestesiados, el empleo del dique de hule proporciona al odontólogo campo seco y mejor visibilidad y sirve de ayuda para el apósito de gasa, para evitar la entrada de desechos en la garganta del paciente.

Antes de extracciones u otro tratamiento quirúrgico, deberá terminarse todos los tratamientos restaurativos, al realizar ésto, deberá limpiarse la boca, sustituir el apósito de la garganta con gasa nueva e iniciarse después los procedimientos quirúrgicos.

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

Después de ésto, se puede retirar el apósito de la garganta del niño y enviarlo a la sala de recuperación.

Antes de enviar al niño a casa deberá programarse una cita para examinar postoperatoriamente al paciente en el curso de -- las dos semanas siguientes.

En esta visita deberá hacerse ver a los padres la importancia de cuidar apropiadamente al niño en casa y la necesidad de que éste reduzca su consumo de alimentos cariogénos, como medio para evitar en lo posible las molestias de otro tratamiento dental de este tipo.

#### 8.4 MEDICACION PRELIMINAR.

Para administrar la premedicación es preferible emplear la vía intravenosa y deberá administrarse 5 min. antes de principiar la anestesia.

Además de los propios anestésicos, se utiliza un gran número de medicamentos, antes de las intervenciones quirúrgicas y durante las mismas. Los productos administrados como medicaciones preanestésicas, tienen algunas indicaciones definidas aunque también inconvenientes netos.

Las justificaciones para utilizar medicación preanestésica o complemento anestésicos, son los siguientes:

- a) Disminuir la ansiedad.
- b) Aumentar la eficacia de un anestésico incompleto.
- c) Disminuir la cantidad de anestésico necesario.
- d) Para antagonizar o evitar acciones indeseables en los anestésicos.

Entre los complementos más frecuentes de utilizar se encuentra la morfina, otros narcóticos, sedantes, hipnóticos y agentes contra la ansiedad, fenotiacinas y antieméticos que no son fenotiacínicos relajantes musculares esqueléticos, medicamentos anticolinérgicos, antiaritmicos y vasopresores.

Los inconvenientes de la premedicación anestésica son:

- a) La morfina y otros narcóticos tienden a prolongar el estado anestésico y pueden provocar constricción bronquial en otros individuos susceptibles.

- b) Los barbitúricos pueden contribuir a la excitación postoperatoria, ya que no tienen propiedades analgésicas.
- c) La atropina, sobre todo la utilizada en la intervención y con ciclopropano, puede causar muchas arritmias y lentitud pasajera del corazón.

A pesar de estos inconvenientes, está justificado el empleo de un número limitado de medicaciones preanestésicas bien seleccionadas.

#### 8. 5 SELECCION E INDUCCION DEL ANESTESICO.

Tanto el metoxital sódico (prebital) como el tiopental sódico (pentotal) son fármacos excelentes que pueden utilizarse solos o en combinación con uno de los múltiples compuestos anestésicos inhalantes.

Pueden utilizarse para lograr una inducción rápida y agradable, también pueden ser utilizadas con óxido nítrico para operaciones relativamente leves.

Aunque se ha exaltado las cualidades del metohexital y otros barbitúricos sobre el tiopental, se pretende que éstos tienen un tiempo de despertar más breve. Empero hasta hoy ningún medicamento ha demostrado poseer ventajas suficientes sobre el tiopental para sustituirlo en la clínica.

Para hacer la inyección se escoge una vena del antebrazo y se punciona, entonces se fija la cinta al brazo con cinta adhesiva y se inmoviliza el brazo.

Se logran resultados óptimos con una solución de metohexital sódico al 0.1% inyectado a razón de 15 mg. por seg. Esta dosis proporciona un nivel óptimo de anestesia de trabajo.

El niño turbulento de 7 años que no soporta una tensión excesiva y que no coopera, necesita una inducción de 20 mg., lo cual será suficiente para una anestesia completa.

## CONCLUSIONES

Dada la importancia que tiene la atención de pacientes infantiles dentro de la odontología general, en esta tesis se le da mayor importancia al aspecto psicológico, ya que el desconocimiento de dicha ciencia nos lleva a manejar a los pacientes infantiles de una manera inadecuada.

Por lo anterior debemos considerar la importancia de crear conciencia sobre la relevancia que tiene el aplicar todos los conocimientos y los medios que estén a nuestro alcance para brindar el mejor tratamiento a los pequeños pacientes, para quienes debemos tener comprensión, comunicación y respeto.

El propósito del manejo adecuado de los pacientes infantiles nos dará como resultado en el futuro, pacientes psicológicamente estables con respecto al tratamiento odontológico.

## PROPUESTAS.

Es fundamental que el Cirujano Dentista durante su vida profesional, continúe un proceso de aprendizaje y actualización en cuanto a sus conocimientos científicos, ya que son necesarios para que su criterio clínico sea más acertado y brinde una mejor atención a sus pacientes.

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

- Addelston H.; Your child's first visit to his Dentist; --  
Journal New Jersey Dental Association; Vol 42 Feb. 1971.
- Academia Mexicana de Pediatría; Psicología del Niño, Mé--  
xico. Ed. Nestle. 1968; pp. 559-563.
- Atterbun; Recognition of Psychological disorders indental  
patients. Dent Sure. 1977 feb; 53 (2) pp. 55-58.
- Beaver H. A. et al.; Management of young patient. J. Mich.  
Dent Assoc. 1976 feb. 58 (2) pp. 73-80.
- Berenie J.; The usu of behavior modification techniques to  
Successfully manage the child dental patient.  
J.A.D.A. Vol 94. pp. 329-334; feb,1977.
- Bijou Sidney, et al; Psicología del desarrollo infantil. Ed.  
Trillas 1969. pp. 33, 41, 42, 96.
- Brandli W. E. et. al.; Education in preventive pediatric --  
dentistry. A.S.D.C. J. Dent Child. 1979 May-jun 46 (3) pp.-  
200-204.
- Brauer John C.; Odontología para niños. Buenos Aires. Ed.  
Mundi. 1959. pp. 22-38.
- Brown J. P. et al.; Childhood fear and anxiety states inre-  
lation to dental tratment. Aust. Dent J. 1979 Aug; 24 (4).  
pp. 256-259.
- Chambers David W.; Behavior Management techniques for pedia-  
tric Dentist: an embarrassment of riches; Journal Dental  
Child; Vol. 44. pp. 30-34 Jan-Feb. 1977.

- Chambers David; Communicating with young dental patient; - J.A.D.A. Vol. 93. pp. 793-799; oct. 1976.
- Chambers Davis; Management the anxietys of young dental - patient; J. Dent. Child; Vol. 37 pp. 363-370; sep-oct;1970
- Ciment Selma; Material Audiovisual para Educación Odonto- pediátrica. Rev. Odont. Moderno. 1979 Jun-Jul. pp. 9-18.
- Corah N.L. et al; The use of relaxation. J. Dent. Res 1979. mar;98 (3) 390-394.
- Corah N.L. et al.; Psychologycal stress reduction during - dental procedures. J. Dent. Res. 1979 apr. 58 (4) pp.1347-1351.
- Corah N.L. et al.; Assesment of a dental scale. J. Am Dent Assoc. 1978. nov; pp. 816-819.
- Craig William; Hand over mouth technique. J. of dentistry- for children. 1971, Nov. Dec. pp. 387-389.
- Duarte A. C.; Diccionario Odontológico. Buenos Aires. Ed. Mundi. 1964.
- Eichenbaum Irving W.; "Triad of Concern". Journal Dent. - chil. Vol. 44; pp 194-201. may-june. 1977.
- Evans R. I.; Social Psychologic perspective in motivating changes in eating behavior. Journal American Diet Assoc.- 1978 apr: 72 (4) pp. 378-383.
- Falkner Frank; Desarrollo humano. España. Ed. Salvat. 1969. pp. 38-349.

- Figge M. Some factors in the etiology of maternal rejection  
College studies in social work. 1932. pp. 237-243.
- Finn S. B.; Odontología pediátrica. México. Ed. Interamericana. 1976. pp. 1-9, 14-39, 63-81, 101-117.
- Foley W. J. Stress from many sources effects your health -  
and well being. Dent Stud. 55 (8) may. 1977. pp. 34-35.
- Fuentes Servín P. Factores psicológicos que influyen en la  
odontología infantil, Rev. A.D.M. Vol. XXX. No. 6. Nov-Dic;  
1972.
- Fragoso Picón M. Psychology Applied to Pedodontics. Rev.  
A.D.M. 1979. Jul-Aug: 36 (4) pp. 376-392.
- Friedman Morus; Como agilizar el tratamiento en niños. Rev.  
Odont. Moderno. 1973; Jun. Vol. I; No. 6. pp. 41-47.
- Geller Ehrenwald; El consultorio ideal al alcance de la mano.  
Rev. Odont. Moderno 1973. Feb. Vol. I No. 4. pp. 24-35.
- Gershen; Maternal influence on the behavior patterns of ---  
children in the dental situation. J. Am. Dent. Assoc. 1977.  
Oct; 46 (9) pp. 17-21.
- Gesell A; El niño de 1 a 4 años. Buenos Aires. Ed. Paidós.  
1967.
- Gesell A; El niño de 5 a 10 años. Buenos Aires. Ed. Paidós.  
1971.
- Godman and Gillman; Bases farmacológicas de la terapéutica.  
México. Ed. Interamericana: 1975. pp. 40-63, 75-146, 194-222,  
513-521.

- Goth A. *Farmacología Médica*. México. Ed. Interamericana. 8a. Edic. 1977. pp. 267-287.
- Craig W.; Hand over mouth technique. *J. Dent. Child*. Vol. 38 nov-dec. 1971. pp. 387-389.
- Green R. V. et al; Preparing the preschool child for a visit to dentist. *J. Dent*. Sep. 1977; 5 (3) pp. 231-236.
- Guerra S.; Desensitization as a therapy of conditioner and psychological control in the phobic. *Rev. A.D.M.* Jan-Feb -- 1974. 31 (1) pp. 27-39.
- Hill Frederick; A preventive programme for the dental management frightened children. *J. Dent. Child*; Vol. 43, sep-oct. 1976. pp. 30-34.
- Issues Davis; The dentist's role in child abuse and neglect. *A.S.D.C. J. Dent. Child*; 46 (3) 1979. pp. 185-192.
- Johnson A.; Maternal anxiety and child behavior. *J. Dent. -- Child*. march-apr. 1969; pp. 13-18.
- Johnson A.; Behavior modification technique and maternal anxiety. *J. Dent. for child*. july-aug. 1973. pp. 20-24.
- Johnson J.B.; Stress reactions of groups to the child dental patients. *J. Dent Research*. 1979. Jul; 58 (7) pp. 1664-1671.
- Katz Simon; *Odontología preventiva en acción*. Buenos Aires.-- Ed. Panamericana, S. A., 1975. pp. 24-33, 399-431, 435-444.
- Kenedy D.B.; *Operatoria dental en pediatría*. México. Ed. Médica Panamericana. 1974. pp. 11.

- Kenner Leo M.O.; Child psychiatry, Carlies Thomas Publisher. 1966. pp. 74-81.
- Kenneth D. Snander.; Handbook of clinial pedodontics; the C. V. Mosby Company; St. Louis. 1980.
- Keys J., et al.; Detecting and teating dental phobic chil---dren. Part. L. Detection. AISIDIC! J. Dent. Child, 1978. Jul-aug: 45 (4) pp. 296-300.
- Keys J. et al.; Detecting and treating dental phobic chil---dren. Part II tratment. A.S.D.C. J. Dent. Child. 1978. Jul-aug. 45. (4). pp. 301-305.
- Klorman R.; Predecting the child's in cooperative. J. Dent. Child. 1978. Jan-feb: 45 (1). pp. 62-67.
- Kruger Gustav O.; Tratado de Cirugía Bucal. México. Ed. Interamericana 1978; pp. 1-2, 25-26, 40-50, 97-99.
- Lefer León; Manifestaciones bucales de la tensión psíquica. Medicina de postgrado. 3 (10) oct. 1975. pp. 41-48.
- Klorman R., et al.; A forther assesment of predictors of the child's behavior in dental treatment. J. Dent-Research. 1979 Dec. 58 (12). pp. 2338-2343.
- Leaner Michael H.; Clínicas Odontológicas de Norteamérica. - Ed. Interamericana. 1973; pp. 35-50.
- Levitas Theodore.; Home-hand over mounth exercise. J. Dent - for child. Vol. 41., May-june. 1974. pp. 178-182.
- Lindsay S. J. Psychological research in behavior management. Apex. 1978. Dec: 10 (2). pp. 2-5.

- Lisagor M.S.; The role of the pedodontics in the multiple-producere approach to general anesthesia for children: report of cases. A.S.D.C. J. Dent Child. 1978 nov-dec: 45 (6). pp.-465-468.
- Lowental V.; Dental anxiety-etiology considerations. Isr. J. Dent med. 1978. jan:27 (1). pp. 13-4, 13-5.
- Malacs, R. E. Child abuse its relation ship to pedodontics a survey. A.S.D.C. J. Dent. Child. 1979. may-june: 46 (3) pp.-193-194.
- Mc. Donald R. E.; Odontología para el niño y el adolescente. Buenos Aires. Ed. Mundi. 1957. pp. 1-6, 25-35.
- Marks H. S.; The genesis of fear and anxiety in uoung dental patients A.S.D.C. J. Dent. Chil. 1978. Jul-aug: 45 (4). pp.-306-309.
- Massler M.; Psychology in dentistry for children. U.S.A. Dental Clinics of North America. Oral habits. 1962. pp. 22-132.
- Martínez Herrera J. M.; Manejo del Paciente Infantil en Odontología. Rev. A.D.M. 1980. May-Jun: Vol. 38 No. 3. pp. 146-148.
- Melamed B. G. et al.; Effects of films modelig on the reduction of anxiety-related behavior in individuals varying in -level of previous experience in the Stress situation J. Consult. Clin. Psychological. 1978. dec: pp. 1357-1367.
- Morris Alvin L.; Las Especialidades Odontológicas en la Prágtica General. España. Ed. Labor. 1974. pp. 179.

- Neiburger E. J.; Child response to suggestion. Study of age sex time and inconulevels during dental care. A.S.D.C. 1978 sep-oct: 45 (5). pp. 396-402.
- Nume R. D. Jr.; Remote site trining in dental education. -- 1978. nov:16 (7) pp. 6-7.
- Paddon J. M. et al.; Stress relaxation studies as dental ma  
terials. J. Dent. 1978. dec; 6 (4). pp. 321-326.
- Pardinás Felipe.; Metodología Técnica de Investigación en -  
Ciencias Sociales. México. Ed. XXI 1977. pp. 3-12, 32-38.
- Parkin S. F.; Fear in dentistry. Apex. 1977. dec: 9 (3) pp.  
13.16.
- Peinado Algabe .; Paidología. México. Ed. Porrúa. 1958. pp.  
3-5.
- Piaget J.; Psicología de la Inteligencia. Buenos Aires. Ed.  
Psique. 1964. pp. 15-35.
- Piaget J.; Psicología y Pedagogía. Barcelona. Ed. Ariel. 19  
80. pp. 34-45, 157-173, 174-208.
- Pruhs R. J., et al; A Psychological rationale for the use of  
nitrous oxide. Psychosedation for children. J. Dent. Child.-  
1978. jan-feb: 45 (1). pp. 56-61.
- Quellette P. L.; Psychological ramifications of facial chan  
ge in relation and orthognathic surgery. J. Oral Surgery, -  
1978. oct: 36: (10). pp. 787-790.
- Read Wright G. Z.; Behavior management in dentistry for chil  
dren. W.B. Saunders Co. Philadelphia; Chapter 5.

- Rojas Soriano R.; Guía para Realizar Investigaciones Sociales. México. U.N.A.M. 1979. pp. 11-95.
- Roote S. Apsychological approach to child development-and - the management of behavior. Dental Health. (Lond.) feb: 17 - (1). pp. 5-7, 13.
- Rosemberga Howard M.; Modification for the child dental patient. J. Dent. Child. Vol. 41. march-apr., 1974. pp. 31-34.
- Roskin G.; Dental anxiety-a psychiatric approach. New York state Dent. J. 1979. may: 45 (5). pp. 234.
- Rotberg Saúl.; Tratamiento dental del niño menor de tres años. Rev. A.D.M., 1976 jul-ago: Vol. XXXIII No. 4.
- Santos O. M.; El Sistema a "cuatro manos" evita su desgaste físico y aumenta sus ingresos. Rev. Odont. Moderno. 1972. - julio. pp. 11-15.
- Sawtell R., et al.; The effects of five preoperator methods-upon child behavior during the first dental visit. J. Dent. For child. Vol. 41. sep-oct, 1974. pp. 367-375.
- Schweiser H. L. et al.; Psychotechnique applied to pedodontics. Rev. Circ. Argent. Odont. sep-dec, 1979: 41 (3-4). -- pp. 5-8- (Spa).
- Schwartz Robert; Sistemas Administrativos para la Comunicación con los pacientes Dentales. (Traducción) Dr. Juan Torres R. Rev. Odont. Moderno. ago-sep. 1980. pp. 10-16.
- Smith G. L.; The influence of a course in psychology on --- attitudes of dental students. J. Dent. Assoc. S. A.; pp. 106 -107, 392-397.

- Standish M. F. Propedéutica Odontológica. México. 2a. Edición. Ed. Interamericana 1973. pp. 16-37, 93-102, 106-107, 392-397.
- Tiano F.; Psychological problems of handicapped children J. Pedodontics. (Fra.) 1976: 10, pp. 203-206.
- Torres Larios Carlos.; Curso Odontología Pediátrica. Rev. Odont. Moderno. 1978. abril-mayo: 4 (5). pp. 9-24.
- Venham LL., et al.; Personality factors effecting the preschool child's response to dental stress. J. Dent. Research. 1979. nov: 58 (11). pp. 2346-2351.
- Venham LL. et al.; Child repring variables effecting the preschool child's response to dental stress. J. Dent. Research. 1979. nov:58. (11). pp. 2342-2345.