8 20/22
3
24

Universidad Autónoma de Guadalajara
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IMPORTANCIA DEL ACONDICIONAMIENTO PSICOLOGICO DEL NIÑO PREESCOLAR DURANTE SU ATENCION DENTAL

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

MARIA DE LA PAZ AGUILAR SANTOS

ASESOR: DR. GUILLERMO HERNANDEZ ORTIZ

GUADALAJARA, JAL. 1989.

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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

Introducción

Capt. I Concepto de Miedo
a) Temores Objetivos.
b) Temores Subjetivos.

Capt. II Características Psicológicas del niño
a) Madurez y Aprendizaje.
b) Influencias Ambientales.

Capt. III Manejo del niño en el consultorio
a) Trato directo al niño.
b) Cooperación y actitud de los padres.

Capt. IV Principios del control mediante la utilización de farmacos.
Conclusiones.
Bibliografía.

INTRODUCCION

La orientación de la conducta de un niño en el consultorio dental es un requisito preliminar para la atención dental completa.

Al odontólogo le resultaría mucho más sencillo el aceptar a cualquier niño, si supiera que un problema de conducta o un estado de ansiedad puede ser diagnosticado sin dificultad y además ser resuelto con facilidad.

Pocos padres comprenden la labor y la desventaja del odontólogo cuando le presentan en el consultorio dental un niño, asustado, ansioso o de hecho oponiéndose al exámen inicial o el tratamiento dental.

Sólo en raras ocasiones el odontólogo tiene la ventaja de observar de cerca el desarrollo psicológico de su pequeño paciente.

Los padres no siempre le dan la importancia debida, a la preparación del niño para la visita al consultorio odontológico. Y esperan que sea el dentista quien se encargue

de dar la atención al niño, aún cuando la conducta del niño sea completamente desfavorable.

No se debe de olvidar, que las primeras impresiones que el niño reciba con respecto al odontólogo, dependerá su comportamiento en tratamientos futuros y más que nada al cuidado de su dentadura.

CAPITULO I

CONCEPTO DE MIEDO

CONCEPTOS INTRODUCTORIOS

Temor:

Comportamiento emocional de tono afectivo desagradable, acompañado de postración y fuga. Reacción de ansiedad que brota de fuente reconocida o amenaza externa real y corresponde en el plano psicológico a la respuesta física del dolor.3

Ansiedad:

Es definible como aprensión de origen sustancialmente desconocida o no reconocida. Es un estado emocional que se originan sus fuentes internas tales como fantasías y espectativas no reales.

El miedo es una de las primeras emociones que se experimentan después del nacimiento, aunque la respuesta al sobresalto esta presente al nacer y se pueden demostrar antes del nacimiento reacciones reflejas a estímulos.4

El miedo representa para el dentista el principal problema de manejo, y es una de las razones por las que la gente descuida el tratamiento dental. Por ésta razón es bueno discutir esta emoción y la manera en que las influencias de los padres y del medio actuán para hacer pacientes infantiles buenos y malos.4

Si el niño, en varias sesiones sucesivas no tiene experiencias desagradables, pierde todo temor y se somete con toda tranquilidad al tratamiento sin necesidad de medidas anestésicas. No sólo es una exigencia psicológica sino también ética, que el profesional debe eliminar el dolor donde quiera que éste se produzca, y más todavía debe esforzarse por no provocarlo.

Más difícil es la lucha contra el temor y la angustia. Con temor reacciona el ser humano frente a un peligro inmediato; con angustia frente a peligros que lo amenazan en el futuro cercano o lejano.

Temor y angustia se condicionan y complementan entre sí. La mayoría de los niños llegan al consultorio con una angustia que intensifica su reacción de temor. El temor

soportado durante el tratamiento aumenta la sensación general de angustia de los niños por el tratamiento odontológico, por todo tratamiento médico y también por muchos otros objetos.4

El objetivo del temor y la angustia es preparar al paciente contra un peligro. No es conveniente que el tratamiento dental provoque estos efectos, ya que su objetivo es el mismo: eliminar el peligro que amenaza al organismo por la lesión de la dentadura.4

a) 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, o se huelen o saborean y son de naturaleza desagradable.

Un niño que ha sido manejado deficientemente por un dentista y se le ha provocado dolor innecesario, desarrollará miedo a tratamientos dentales futuros.

El miedo objetivo puede ser de naturaleza asociativa . Temores dentales pueden asociarse a experiencias no relacionadas. Un olor característico de cierta droga o compuesto químico asociado anteriormente con situaciones

desagradables puede causar temores injustificados.

El miedo a estímulos objetivos puede ser superado sin demasiada dificultad por el niño si se usa lógica y comprensión, siempre que el dolor haya sido experimentado anteriormente. El niño sabe que la intensidad y duración del dolor pueden ser soportados y que ésta situación ha ocurrido anteriormente sin producir daño ulterior.4

b) Temores subjetivos.

Están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridas al niño por personas que le rodean, sin que el niño lo haya experimentado personalmente. Los niños de corta edad son muy sensibles a la sugestión.

La imagen mental que produce miedo permanece en la mente del niño y con la gran imaginación de la infancia, se agranda y vuelve imponente.4

Los niños sienten un miedo intenso a lo desconocido. Cualquier experiencia que sea nueva o desconocida les producirá miedo hasta que obtengan pruebas de que su bienestar no está amenazado.4

Los temores sugestivos también pueden experimentarse por imitación. Un niño que observa miedo en otros puede adquirir temores hacia el mismo objetivo o hecho, tan genuinos como el que está observando en otros. La ansiedad del niño y su comportamiento negativo están directamente relacionados con ansiedades de los padres.4

Generalmente, mientras más tiempo subsistan temores subjetivos en la mente, más se irán agrandando.

Los temores más difíciles de superar y eliminar son los que vienen de tiempo atrás, generalmente subjetivos.4

Aún cuando la influencia de los padres son las más profundas en materia de sugestión, los niños adquieren miedos sugeridos de amigos o compañeros de juegos, inclusive de algunos medios de comunicación como revistas, radio, televisión y otros. La eficacia de éstas influencias

dependerá de la fuerza y repetición de los estímulos y de la sugestibilidad del niño.4

Los temores imaginarios por lo tanto, aumentan con la edad y el desarrollo mental, hasta cierta edad el que la razón prueba que no tienen fundamento.4

MIEDO Y CRECIMIENTO

Se puede enseñar a los padres que la edad es un determinante importante del miedo y modificar la eficiencia del condicionamiento.

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

La impresión es una forma rígida de aprendizaje incluso se presenta antes del miedo y tiene efectos duraderos.4

El momento adecuado de presentar la adontología al niño es cuando tiene de dos a tres años, es importante tomar en cuenta los estímulos que producen miedo, desde ésta edad hasta la adolesencia.4

Los primeros temores que el niño asocia con la odontología son los producidos por lo inesperado y lo desconocido. A menos que el dolor sea intenso teme más al ruido de los procedimientos dentales que al dolor que lo acompaña.4

Antes de los 4 años de edad

A esta edad los niños se benefician teniendo la presencia de las madres durante el tratamiento dental y si ella es capaz de estar con el niño sin transmitirle sus sentimientos alterados no hay inconveniente en que sea admitida en la sala de operaciones.

Para el niño de muy corta edad, acostumbrado a la actividad y ruido de una familia, puede resultarle extraño y turbador el silencio extremado de la sala de espera. A medida que el niño se familiariza más con el consultorio dental, deberá desaparecer su miedo a lo desconocido.4

A los 4 años de edad

Se llega a la cumbre de los temores y de 4 a 6 años disminuyen gradualmente los temores antiguos como a caerse, al miedo y a los extraños.

El miedo a los extraños cuya intensidad es mayor entre los 2 y 3 años, se pierde al relacionarse con otros extraños.

LOS TEMORES DISMINUYEN

a) Al darse cuenta que no hay nada que temer,

b) Presiones sociales que le fuercen a ocultar su miedo,

c) Imitación social,

d) Guía por parte de los adultos.4

A esta edad el niño está desarrollando miedo a su propia conciencia, que se está formando con la disciplina correctiva de los padres, si la disciplina ha sido defectuosa lo lleva a estados de ansiedad,y a un buen comportamiento si es moderada y justa.4

De los 4 a los 6 años.

El niño entra en conflictos marcados e inestabilidad emocional. El niño se siente presionado entre su yo en evaluación y su deseo de realizar lo que le piden.

La fantasía posee un papel importante en esta etapa, tal vez por ser el mecanismo de protección. Sirve como amortiguador de problemas emocionales.

A esta edad, la válvula de seguridad que es la fantasía es importante, y el dentista puede usarla como instrumento para manejar a los niños de corta edad, además obedecen órdenes con más prontitud que los que tienen 3 años.4

INFLUENCIAS DE LA ANSIEDAD Y EL TEMOR

a) Influencia sobre el odontólogo.

El profesional puede sentir un nivel mayor de ansiedad cuando espera la visita de un niño pequeño.
Los niños pequeños sin saber pueden intimidar a los adultos. Tal vez sea una preocupación por el fracaso que podría suscitarse al concluir el tratamiento dental necesario.

La ansiedad de parte del odontólogo infuirá sobre el grado de seguridad de sí mismo que sea capaz de demostrar y a su vez influirá sobre quienes lo rodean.

b) Influencia sobre el personal.

Las actitudes del personal suelen reflejar la de su empleador. Un odontólogo que confía en sí mismo estimulará a su personal a que confíen en ellos mismos.

Es responsabilidad del odontólogo concentrar al personal y proporcionarles lineamientos firmes y métodos para encarar a los niños y a los padres.5

c) Influencia sobre el niño.

El grado de ansiedad que un niño experimenta estará relacionado con su historia odontológica previa. La ansiedad puede influir sobre la receptibilidad normal del niño y afecta la capacidad para concentrarse en las técnicas comunes de orientación.

El establecer confianza en un paciente sumamente ansioso puede tomarse un largo tiempo. La seguridad del odontólogo y del personal reducirá los niveles de ansiedad.5

d) Influencia de los padres.

La ansiedad en los padres tiene distintas causas, entre ellas experiencia personal previa odontológica, bienestar de su hijo, consideraciones financieras potenciales, sentimientos de culpa por la demora en el tratamiento.

Los padres ansiosos podrían no ser buenos receptivos para las recomendaciones formuladas en ese momento.

La mente infantil siempre está más controlada por impulsos internos y fantasías que la del adulto por lo mismo tienen tendencias a sufrir ansiedad.5

El organismo humano lucha por dirigir su ansiedad y su angustia en otras direcciones y puede manifestarlas hacia el exterior en forma de agresión en el interior en forma de obsesión y aislamiento; o regresión, que es el retorno a un estado más infantil.

En niños normales sólo hay que tomar en cuenta las formas leves de estas reacciones neuróticas.

AGRESION Y CONDUCTA DESAFIANTE

Este tipo de reacción es fácilmente reconocida. Los niños pueden pasar facilmente a las manos, sin embargo casi siempre domina la agresividad verbal, que suele ser más tosca y torpe que la que se emplea en edades posteriores.2

Cuando un niño le dice al dentista que es un tonto o malo, lo que realmente quiere expresar es su temor o su miedo.

El niño también proyecta su agresividad en diálogos con sus compañeros de juegos, refiriéndoles sus experiencias, que generalmente exagera, elevando así su propio yo.2

En niños pequeños especialmente entre 1 año y medio y 4 años de edad, la agresión puede manifestarse por desafío o bien por obstinación al intentar mantener el yo, y ambas actividades suelen adquirir formas rígidas y agresivas, lo que al adulto le parecen ilógicas y como son caprichosas y poco duraderas, es mejor casi siempre pasarlas por alto de algún modo, en vez de tratar de suprimirlas.2

OBSESION

Las respuestas de introversión son un poco más dificiles de reconocer. En la ansiedad y el temor se dá una respuesta de aislamiento del mundo en derredor y una preocupación con fantasías que dominan la mente constantemente como resultado común.

En los casos graves puede parecer difícil establecer contacto con los pacientes, lo que impide el primer contacto con la odontología. En éstos casos podría aconsejarse la premedicación con sedantes, para disminuir el aislamiento del paciente y ayudar a que exprese sus problemas y así superarlos.2

Sin embargo hay que tomar en cuenta que, aún con la premedicación el resultado sigue dependiendo de los esfuerzos personales del odontólogo para establecer contacto con el niño y aliviar su temor y ansiedad.

REGRESION

Son reacciones en las que el niño sufre un retroceso en su madurez, comportándose en una forma más infantil que lo normal. Un ejemplo claro, sería que se succione el dedo, cuando éste hábito ya había sido abandonado tiempo atrás.

Estas reacciones son importantes señales de alarma para tratar de descubrir que es lo que atemoriza al niño.6

CAPITULO II

CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DEL NIÑO

a) MADUREZ Y APRENDIZAJE

Las Teorías del aprendizaje y psicología infantil han evolucionado según las distintas escuelas. Hoy en día dominan las teorías cognositivas, que valoran la interrelación que existen entre las influencias externas y el desarrollo interno.

Existen los factores que gobiernan la conducta del niño: su madurez, rasgos de personalidad y su ambiente. los dos primeros factores pueden estar sometidos a interferencias y demandas externas en las que intervenga el adulto, mientras que el ambiente es variable y esta sometido, hasta cierto punto a nuestro control.6

MADUREZ

Es la expresión de como el crecimiento y el desarrollo han capacitado al niño para alcanzar diversas metas o conocimientos.

La madurez se alcanza en forma gradual. Los talentos humanos se adquieren mediante el desarrollo progresivo o gradiente de maduración.6

El aspecto más importante del desarrollo es el concepto de habilidad o destreza. De este modo, el desarrollo debe preceder al aprendizaje; ésto es, ciertas habilidades cognositivas deben estar funcionando antes de que el apredizaje pueda tener lugar.1

La comprensión de la etapa de desarrollo del niño puede facilitar el objetivo de la modificación de la conducta hacia el manejo del paciente. Si no tenemos una apreciación del desarrollo mental y físico apropiado a la edad del niño, la modificación de la conducta es simplemente una aplicación de las técnicas empleadas bajo las bases de prueba y error.1

DETERMINANTES DEL DESARROLLO

Con la exposición al ambiente, el niño aprende a comportarse en concordancia con su madurez. El dentista que trabaja con niños, debe comprender el desarrollo para valorar la interacción que el niño ofrece a través de la maduración

y las experiencias y que el mismo dentista ofrece a través de las influencias ambientales.

Las formas en que el niño puede percibir y reaccionar al ambiente son innatos y cambian con la edad. Finalmente, el niño desarrolla nuevas habilidades, utilizando los modos básicos de experiencia del ambiente.1

AREAS PRINCIPALES DE DESARROLLO:

a) DESARROLLO MOTOR: Aumento en el control y la coordinación muscular.

b) DESARROLLO COGNOSITIVO: Pensamiento, conceptualización y razonamiento.

c) DESARROLLO DE LA PERCEPCION: Integración de las impresiones de los sentidos como el oído y la vista.

d) DESARROLLO SOCIAL Y DE LA PERSONALIDAD: Vías habituales de comportamiento con otros.

e) DESARROLLO DEL LENGUAJE: Progreso de las destrezas del lenguaje.

El área menos comprendida y más importante para los dentistas es el que abarca el conocimiento de la forma en que el niño piensa y como reacciona ante una situación a menudo llena de tensiones.

El niño nace con varios reflejos como llorar, moverse, aferramiento, y de éstos desarrolla un conjunto de conductas que lo capacitan para adaptarse al mundo.1

Piaget ha propuesto un modelo de desarrollo infantil que describe el área de la percepción y el conocimiento y la forma en que el niño piensa.

Piaget menciona tres etapas principales que describen el desarrollo cognositivo desde la etapa refleja hasta la etapa en que resuelve problemas complejos:

1) período moto-sensorial (0-2 años),
2) período operacional concreto (2-12 años),
3) período operacional formal (3-17 años).

PERIODO MOTO-SENSORIAL (INFANCIA) 0-2 AÑOS

Las actividades moto-sensoriales del niño están aumentando, caracterizadas por su necesidad de actuar físicamente en el ambiente. La información es retenida principalmente en término de acciones; aprende a caminar, a correr, subir y bajar escaleras. Utiliza medios externos de comprensión, realiza combinaciones mentales por prueba y error para desarrollar representaciones mentales en ellas no tiene el concepto de la permanencia del objeto.

PERIODO CONCRETO (2-12 AÑOS)

Puede dividirse en dos secciones: a) preoperacional (2-6 años) y b) operacional (6-13 años).

PREOPERACIONAL: El niño más pequeño de éste grupo presenta los problemas más difíciles del manejo para el clínico; pues el niño desarrolla la capacidad para codificar información en términos de acciones, así como visual y simbólicamente, lo que permite la fantasía del niño.

El niño ha desarrollado alguna comprensión del lenguaje y puede conversar, pero tiende a actuar de manera egocéntrica; es decir, piensa que sus ideas no son diferentes a las de los demás y no tiene cronología en sus relatos y puede comenzar en medio o al final.

A los cuatro años de edad aproximadamente, el niño escucha a otros a expresar sus pensamientos, pero los comprende en forma ideosincrática y cree que tiene el cuadro claro de una situación. Un ejemplo, es que el niño piensa que las personas que están o aparecen en la pantalla de la televisión pueden verlo a él como él los ve a ellos.

El niño además es animístico y ésto ayuda al clínico porque acelera casi cualquier explicación razonable. Estas

conductas cognositivas en combinación con una escasa duración de atención, pueden frustrar al clínico, sobre todo cuando desea comprensión del niño.1

PERFILES DE MADURACION EN PREESCOLARES Y SU UTILIDAD EN LA ODONTOLOGIA

DOS AÑOS DE EDAD

El niño aún muestra dependencia de su madre y posee dificultad para establecer relaciones interpersonales. Sus experiencias las obtiene por medio del tacto, la manipulación y el movimiento de manos. Sus habilidades motoras son toscas y un poco incoordinadas.

A esta edad se necesita tiempo para adaptarse a situaciones nuevas. No puede esperarse respuestas a órdenes y preguntas directas. Posee falta de concentración considerando ésto, puede conseguirse su cooperación.

Existen cambios rápidos de humor, y los niños se cansan pronto; por lo que hay que tomar un tiempo considerablemente rápido y eficaz en el tratamiento odontológico.

El proceso de maduración no es gradualmente uniforme.6

A los dos años y medio, el desarrollo es muy rápido. Ejercita sus habilidades recién adquiridas, pero no las controla, por lo que sus papás confunden su conducta con inquietud y difícil de tratar.6

TRES AÑOS DE EDAD

Su estado emocional es más estable y razonable. Trata de ser agradable, adaptarse y cooperar, y muestra curiosidad sobre el medio que le rodea.

APRENDIZAJE Y COMPORTAMIENTO

El niño entre más pequeño es menor el número de experiencias que ha aprendido y mayor la responsabilidad del odontólogo para enseñarle a comportarse. Es probable que en la primera visita dental el niño no sea capaz de comprender la experiencia hasta que esté activamente involucrado; más aún si el niño es menor de tres años de edad, su desarrollo (maduración) no le permitirá formularse un cuadro, que le permita prepararse para enfrentar la nueva experiencia. Por lo que todo odontólogo que trate con niños debe enseñar al

paciente lo necesario para que se comporte correctamente en el consultorio y durante el tratamiento.

La teoría del aprendizaje social, aclarará muchas de estas situaciones.

Primero, la teoría sugiere que la mayoría de las conductas de las personas son aprendidas de otras personas, por ejemplo, enseñamos la forma de hablar o actuar.

Segundo, la teoría establece que las conductas aprendidas pueden conservarse, lo que respalda el uso de un enfoque preventivo en el manejo de la conducta. Ejemplo, a menudo el paciente aprende que mantener la cabeza sin movimiento es una necesidad siempre que se anestesie.

Por otra parte, ciertos patrones aprendidos de conducta, pueden cambiarse, como los berrinches en situaciones extrañas, este componente de la teoría predice que muchas conductas son capaces de ser desaprendidas, hecho que no se asocia demasiado con la intervención en el manejo de la conducta. Si el niño se resiste a la administración de anestesia y el odontólogo interviene, el paciente infantil pronto aprenderá la conducta apropiada a seguir. Pero si no hay intervención o no tiene éxito, el niño puede enseñar al

dentista, que él no es controlable y provocar una reacción frustante en el médico o forzarlo a utilizar técnicas alternativas innecesarias.

Las reacciones de un niño son con frecuencia el producto directo de sus sentimientos y no están disfrazadas por mecanismos de defensa y experiencia previa.

Es importante que el dentista sea capaz de definir la conducta apropiada o inapropiada antes de que pueda reforzarla o cambiarla.

El dentista que trabaja con niños debe estar consciente de algunos principios básicos de las dinámicas conductuales operantes:

antecedentes-->conducta-->consecuencia(s).

Un acontecimiento que antecede, a menudo reconocido como un estímulo, provoca una conducta particular o una combinación de conductas, que a su vez conducen a una consecuencia o consecuencias particulares. Esta es la percepción y la integración del estímulo o estímulos, antecedentes, los cuales son moderados por la condición de desarrollo del niño, las experiencias previas y el temperamento básico.

Las conductas resultantes pueden ser motoras (físicas), afectivas (emocional) o cognositivas (intelectual). La consecuencia es un acontecimiento o respuesta que el niño comprende que es para reforzar o castigar. Como resultado las consecuencias a menudo determinan las formas en que el niño se comportará al recibir el mismo estímulo o uno similar. Ejemplo:

(a) aguja mostrada

(b) llanto resistencias

(c) interrupción en el procedimiento de inyección.

Sin embargo, éste es el momento en que el dentista puede manejar y enseñar al niño mediante el control de las consecuencias. Por ejemplo, el odontólogo puede elegir entre ignorar el llanto, decirle al niño que deje de mover la cabeza y reconocer amablemente lo asustado que parece el paciente; o ignorar todas las conductas de falta de cooperación del niño, sujetarlo físicamente y alabar al niño en el momento en que el paciente haga un intento por controlarse a sí mismo.

Los refuerzos ayudan a que el aprendizaje se realice con más rapidez y por lo tanto, debe ser algo que el niño identifica como para ser dado a consecuencia de su conducta.

El refuerzo positivo es un término técnico sinónimo burdo de "recompensa". Un refuerzo positivo es cualquier evento (consecuencia) que sigue una respuesta dada que incrementa la probabilidad de una recurrencia de esa respuesta (o conducta).

El refuerzo positivo más utilizado es social, a menudo en forma de elogios. Aunque pueden utilizarse monedas o recompensas tangibles.

Los refuerzos sean positivos o negativos intentan aumentar la frecuencia de una conducta deseada. En caso contrario, si se intenta reducir la frecuencia o extinguir la conducta no deseada se puede emplear el castigo.

El castigo puede acarrear la presentación de refuerzos negativos como mostrar autoridad, hablar a gritos, sujetar al niño, pero en cada caso el intento es terminar con rapidez una conducta intolerable. El castigo puede emplearse también, con el retiro de un refuerzo positivo, como hacer que los padres salgan de la habitación.

Técnicas que con más frecuencia se utilizan en el manejo de la conducta infantil-premiar, ignorar y castigar. Premiar,

como todo refuerzo positivo, requiere un tiempo razonable para que sea eficaz. Sin embargo, esta técnica tiene los resultados más duraderos.

Castigar, actúa más rápido con las conductas indeseables pero no permite al niño comportarse mejor a menos que el refuerzo negativo sea seguido por un refuerzo positivo.

Para acelerar el proceso de aprendizaje y también debido a que la atención del niño puede ser corta, es necesario premiar inmediatamente y cada vez que se realice una conducta deseada. Una vez que el niño aprende la conducta deseada, el refuerzo intermitente mantendrá la conducta.

b) INFLUENCIAS AMBIENTALES

Todo ser humano al vivir en comunidad, recibe aportaciones o influencias de sus semejantes, algunas veces positivas, otras negativas.

En el caso de los niños estas influencias, son más acentuadas, debido a su baja capacidad, de razonamiento e intelectualidad, por su escasa edad y por consiguiente falta de criterio propio al afrontar ciertas situaciones.

Es de suma importancia que las influencias ambientales, sean encausadas adecuadamente, para que el niño aprenda a valorar y sobrellevar con eficiencia las situaciones cotidianas y las nuevas experiencias a que deba enfrentarse con la mayor cooperación posible.

Factores determinantes de la actitud del niño ante el tratamiento dental:

I. FACTORES FAVORABLES.

a) Medios educativos sobre la salud.

b) Influencias positivas de los padres u otras personas.

c) Buenas experiencias personales en el consultorio.

II. FACTORES DESFAVORABLES.

a) Haber escuchado experiencias desfavorables ajenas.

b) Manifestaciones de abierto rechazo de los padres u otras personas.

c) experiencias desfavorables propias en el consultorio dental.5

MEDIOS EDUCATIVOS SOBRE SALUD

El niño recibe informacion importante y relativamente favorable del tratamiento odontológico, ya sea de sus padres, de dentistas, a través de la televisión, radio y propaganda; esta información debe ser más reforzada para influenciar con

mayor potencia en la conducta del niño.

INFLUENCIAS POSITIVAS DE LOS PADRES U OTRAS PERSONAS

La influencia de los padres sobre la visión del niño respecto a la odontología es un factor primordial. Si no fueron inculcadas en el hogar, puede ser difícil establecer pautas de conductas correctas en el consultorio odontológico.2

Si el niño no siente capacidad para confiar, y en la unidad familiar existe problemas con este respecto, entonces podría resultar problemático ganarse la confianza del niño en el consultorio dental.2

La educación de los niños para el tratamiento odontológico debe comenzar con la educación apropiada de los adultos, pues estos últimos son los que tratan directamente con los pequeños y su influencia positiva es de gran ayuda para estimular su buena conducta en el consultorio dental.

Los adultos deben adoptar un criterio en el cual puedan evaluar realmente lo positivo y lo negativo; pensar que por la conservación de los dientes y con ello de la salud, bien

vale la pena tolerar alguna molestia. Si los padres no están convencidos realmente de los beneficios del tratamiento odontológico, serán vanos sus esfuerzos para educar a sus hijos.5

Los padres deben interesarse un poco más en los conocimientos odontológicos, para cooperar en la educación y el esclarecimiento ante las interrogativas del niño dando respuestas acertadas.

Asimismo debe darse la misma información a los padres y a los niños, aunque la forma de expresarla a los pequeños debe ser de acuerdo a su edad.

ALGUNAS ENSEÑANZAS ELEMENTALES Y SENCILLAS SON LAS SIGUIENTES:

1. La higiene bucal es importante para la conservación de la dentadura y de la salud general.
2. La dentadura sana y bien conservada es uno de los factores más importantes para la belleza de la cara.
3. Es imprescindible la visita regular al dentista, quien examina los dientes y restaura los daños.
4. La eliminación oportuna de lesiones pequeñas puede hacerse prácticamente sin dolor, ni complicación

alguna.

5. El examen odontológico requiere poco tiempo.5

RELACIONES CON HERMANOS

La influencia puede ser positiva o negativa, cuando otros niños de la familia han sido tratados positivamente, se tendrá buena influencia.

Es conveniente que los hermanos se observen entre sí durante el tratamiento, siempre y cuando se tenga pocas dudas de la efectividad de este objetivo, para reducir los niveles de ansiedad.2

INFLUENCIA DE OTROS NIÑOS

Es mayor aún el potencial de aliento o ansiedad influenciable por parte de los amigos, que de los hermanos, y se verá reflejada con la conducta de niño en el consultorio dental. Inclusive se puede observar un cambio en la conducta del niño de una cita a otra por este tipo de influencia. Debe hacerse un esfuerzo para recuperar los niveles de confianza anteriores.2

INFLUENCIAS ESCOLARES

No se puede determinar el grado de influencia por parte de la escuela en la conducta de los ninos, y sí, es necesario tomarla en cuenta para evaluar la conducta del niño y la cooperación que pueda ofrecernos.2

BUENAS EXPERIENCIAS PESONALES EN EL CONSULTORIO

Con el primer contacto, el niño obtiene su primera experiencia, ya sea para colaborar con interés o resistirse al tratamiento, una nueva experiencia que con cada nueva sesión se irá moldeando. Pues un solo fracaso puede convertir la buena experiencia en su contraria.5

Es muy importante idear un ambiente cómodo y familiar en el consultorio dental, para que el niño se sienta bien y disminuya los niveles de ansiedad.

De preferencia debe crearse un área específica para ellos, una sala de juegos donde el niño se distraiga a la hora de espera y no tenga que estar precisamente en contacto con la atención dental de otros pacientes; y sus padres puedan permanecer en la sala de espera tranquilamente, leyendo alguna revista y sin ser perturbados. Es de gran ayuda esta área porque también facilitará el abandonar el lado de sus padres.

La decoración apropiada del consultorio servirá como distracción para el niño y lo tranquilizará, existe una gran variedad de objetos infantiles, que pueden servir para este objetivo, animales rellenos, títeres de guante, posters, móviles.

Asimismo utilizar colores cálidos que atraen al niño, música de fondo adecuada, reducir sonidos que puedan alterar al niño, mediante el uso de alfombras.2

EXPERIENCIAS DESFAVORABLES AJENAS

Todos los niños reciben informaciones sobre el tratamiento odontológico, mucho antes de que pise por primera vez un consultorio.

Estas experiencias trasmitidas indirectamente son por lo general desfavorables porque la mayoría de la gente tiene miedo al tratamiento odontológico. Más tarde sienten verguenza de su miedo y exageran los dolores soportados para disculparse de su propio temor.

Además a la gente le encanta hablar de enfermedades y sus tratamientos, y dada a la frecuencia de los dolores dentales, es un tema muy común.

Los adultos muchas veces no se dan cuenta de que los niños los escuchan y con mucha atención.

Aun cuando comprendan solo parcialmente, les quedan grabados el tono emocional de la descripción de los hechos. Tal narración sugestiva muchas veces es suficiente para influir sobre el niño desfavorablemente, tal vez para toda la vida.5

Más problemático aún, es el resultado cuando los niños intercambian sus impresiones entre sí. Sus narraciones son adornadas a veces con detalles fantásticos de modo que las torturas del tratamiento dental adquieren contornos terroríficos en la mente del niño todavía no tratado.5

MANIFESTACION DE ABIERTO RECHAZO DE LOS PADRES U OTRAS PERSONAS

La actitud y la atención que muestran los padres o personas cercanas a los niños, influirán en la conducta del paciente pediátrico en el consultorio dental, pues los niños tienden a reflejar sus emociones reprimidas en presencia de extraños o ante experiencias nuevas.

INFRAESTIMULACION

Es un ambiente negativo creado por aquellos padres que no pueden cumplir requisitos óptimos para la educación de sus hijos, debido a su propia inmadurez, incapacidad o conflictos personales. Estos niños se sienten aislados y son recelosos hacia los adultos. Otra atracción de ellos sería a tratar de llamar la atención de cualquier forma, pues ellos sienten que es mejor ser ignorados completamente.6

SOBREPROTECCION

Es un ambiente que con mayor frecuencia se encuentra en los hijos únicos, muy esperados y deseados, enfermos o con padres o tutores de edad avanzada.

Estos niños pueden tener una conducta indeseable y costumbre a no responder a demanda alguna. Sus padres por lo general adoptan la actitud de eliminar todo obstáculo que se le pueda presentar al niño, por lo que el niño cree que siempre tiene razón para ganar en toda situación.

Tanto en los niños infraestimulados como sobreprotegidos, su comportamiento es similar y ambos son casos problemáticos

y de comunicación difícil, por lo que es importante reconocer las causas y enfocar un buen acercamiento con el niño.6

El objetivo de la educación no debe ser solo el desarrollo de sus cualidades y su personalidad, sino su integración en la red social enseñáandole a considerar a los demás.

Los niños necesitan amor, cuidado, sentir seguridad, ternura y ser estimulados emocional e intelectualmente.6

CAPITULO III
MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO

a) TRATO DIRECTO: AL NIÑO

Los niños por lo general son más vulnerables psíquicamente; por no tener suficiente voluntad para soportar cualquier molestia, y no suelen comprender porqué tienen que soportarla.5

Desde que el niño entra en el consultorio dental, debe ponerse atención a él, si el odontólogo se ocupa de hablar con sus padres, entonces el asistente debe encargarse del niño, puede dirigir su atención hacia objetos o partes de la unidad, como jeringa triple o elevar y bajar el sillón, pues el niño simpre siente curiosidad y debe ser aprovechada, ésto ayudará a relajarlo y disminuir su ansiedad.

Es importante que el dentista mantenga una conversación continua y entretenida con el pequeño paciente, y no debe ser interrumpida, ni siquiera cuando el odontólogo necesite de su máxima concentración en un paso determinado del tratamiento, pues con frecuencia el dentista guarda silencio,

justo en el momento en que más tiene que distraer la atención del niño.5

Se puede lograr la distracción del pequeño charlando a cerca de sus amigos, objetos que le interesan en fin cualquier tema que sea de su interés y acorde a su edad.

El dentista debe interesarse en ciertos aspectos de la vida del niño, ésto lo impresionará en citas sucesivas, cuando sirvan como comentarios y el niño sienta que existe un gran interés por su persona.5

Además las conversaciones con niños pequeños pueden ser útiles para el odontólogo pues así llegan a conocer el amplio campo de intereses infantiles y adquirir experiencias y complementarlo con sus conocimientos teóricos, para así aplicarlos a sus próximos pacientes.

La actitud del dentista, debe ser entretenida, agradable, paciente, e indulgente, haciendo sentir siempre su autoridad. Si a ésto se le suma habilidad, un trabajo rápido y suave, se tendrá mayor éxito.

Es necesario comprender el carácter del niño y conocer su temperamento para que el odontólogo adapte sus procedimientos adecuadamente.5

Es conveniente dirigirse a los niños a su mismo nivel en palabras e ideas. No tiene ningún caso utilizar palabras que el niño no pueda comprender.

Si el niño es muy pequeño, un poco de fantasía dará mayor interés a la charla.

Cuando los niños son mayorcitos será conveniente tratarlos como si fueran un poco más grandes ésto les halaga.4

USO ADECUADO DE PALABRAS QUE INSPIRAN MIEDO

En muchos de los temores subjetivos, observaremos que se incrementan más por el uso de alguna palabra atemorizante.

Cuando se trata con pequeños es conveniente usar hasta donde sea posible palabras substitutivas, que ellos conocen y usan diariamente de acuerdo con su edad. El odontólogo puede seleccionarlas usando su imaginación y creatividad. Un ejemplo sería que en vez de usar la palabra inyección o

anestesia podría usarse "un piquetito de mosco sentirás al colocarte substancia como agua en tus encías". El niño sabe que un piquete de mosco no es tan doloroso como para angustiarse demasiado, de la misma manera se puede explicar el procedimiento operatorio a seguir amortiguando así el miedo.

No se trata de engañar al niño, sino de usar su fantasía para que comprenda de una manera sencilla los procedimientos dentales que se harán en su boca.

El niño deberá ser informado acerca de su atención futura dependiendo de su nivel de comprensión, esto servirá para desvanecer cualquier temor preconcebido y comenzar a ganar su confianza.4

ALABANZAS, RECOMPENSAS Y CASTIGO

En el aprendizaje la recompensa y el castigo son importantes. Entre las recompensas que el niño busca es el ser aceptado por el dentista. El reconocer su conducta ejemplar, enfluirá en su buen camportamiento, pues tratará de mantener su buena imagen que él mismo ha logrado.

Es conveniente que se alabe el comportamiento del niño

más no propiamente al niño, pués favorecerá el condicionamiento de su conducta en el consultorio dental.

El premiar como todos los refuerzos positivos requiere un tiempo razonable para que funcione eficazmente.

Sin embargo con este tipo de técnicas del condicionamiento podemos obtener resultados un poco más duraderos.

Se pueden utilizar diferentes tipos de recompensas entre ellas están los regalos; darle al pequeño algún regalo por su buena conducta servirá como estímulo para su buen comportamiento.4

Existe una gran variedad de regalos que se pueden utilizar entre ellos están los pequeños objetos, juguetes, estrellitas de papel.

Debe aclararse que las recompensas que den los dentistas o los padres no debe darse como soborno para que el niño se deje tratar o como consuelo por los sufrimientos padecidos.5

COMPORTAMIENTO DEL DENTISTA EN PRESENCIA DEL NIÑO

1.- Informarse sobre el niño.

Sobre todo aquello que le agrade o desagrade, como sus colecciones, personajes favoritos, etc.

2.- Describir el tratamiento que vaya a realizar.

Dar una explicación sencilla y directa del tratamiento y sus razones. El odontólogo no debe mostrarse confundido ni vacilante ni mentir, porque el niño tarde o temprano descubrirá las situaciones y adquirirá desconfianza.

3.- Mostrar el equipo e instrumentos.

Enseñar al pequeño el funcionamiento del sillón dental y demás accesorios y diversos instrumentos. Permitir al niño relacionarse con el equipo, que cuestione sus propias dudas, ésto ayudará para que él obtenga mayor confianza y su nivel de ansiedad disminuya.6

4.- Realizar una operación simulada en caso necesario.

Para el preescolar, adaptarse al ambiente del consultorio dental, así como permitir que exploren su cavidad bucal es una prueba difícil. Por lo que en la primera cita es bueno hacerla breve y realizar tratamiento sencillo.

5.- Presentar el plan de tratamiento para la sesión y

llevarla a cabo.

Debe decirsele al niño lo que se le va ha hacer en el tratamiento del día de la visita, sin prometerle mucho. Y además los padres no deben prometer lo que se le va ha hacer al niño y colocar al dentista en una situación difícil.

6.- Trabajar con tranquilidad.

Evitar los movimientos bruscos que alteren al niño y no producir ruidos con los instrumentos, pues el niño es muy sensible a todo ésto.

7.- Distraer e interesar al niño.

Lo más importante de la conversación no es tanto lo que se dice sino como se dice, es decir el tono que se utilice.

8.- Periodo adecuado del tratamiento, incluyendo descansos.

Los niños en edad preescolar; es mejor atenderlos por la mañana, porque se encuentran más despiertos. La visita debe ser corta y con pautas.

9.- Demostrar que los logros del niño se valoran.

No solo con palabras de aceptación se cumple esta norma, sino también con refuerzos positivos y recompensas.6

PROGRAMACION DE SESIONES

La hora adecuada para atender preescolares es por la mañana, sobre todo si los niños, tienen ciertas costumbres, como dormir siesta por la tarde, ya que atenderlos por la tarde produce disturbios en su conducta.2

El tiempo que debe durar cada sesión, está determinada por el tiempo de tratamiento a realizar, inclusive una sesión puede durar hasta 45 minutos o más y el niño soportarla muy bien.2

Sin embargo, hay que considerar a los niños cuya cooperación sea limitada cuando se planifica su tratamiento deberá ser más breve.

Deben organizarse bien las sesiones, de tal modo que se reduzcan al mínimo las sesiones en número, para limitar así la aplicación de anestésicos y trabajar por cuadrantes cuando sea posible.2

b) COOPERACION Y ACTITUD DE LOS PADRES

CONSIDERACIONES PATERNAS.

La apariencia de un consultorio dental influye en los padres positiva o negativamente. Desde la decoración, y limpieza del consultorio, hasta el aspecto y vestimenta del dentista. Las actitudes que tome el dentista y su personal influirán para reforzar o disminuir estas impresiones, negativas o positivas.2

Los estímulos olfatorios y auditivos también son percibidos por los padres y pueden afectarlos, manifestando ansiedad y ésto a la vez puede ser transmitido a los niños, de manera inconsciente.

Es conveniente disponer de una música suave y agradable para relajar el estado de ánimo de los padres o acompañantes de los niños y además ayudar a disminuir la tensión que producen los instrumentos operatorios y rotatorios, el uso

de un revistero de gustos variados, pueden ser de gran utilidad.

El plan de tratamiento, es otra consideración que se debe tomar en cuenta, porque dependiendo de su buena planificación dependerá el éxito del tratamiento en gran parte. Se debe tomar en cuenta factores como los tipos de tratamiento que se necesiten realizar, considerar el número de citas requeridas, y hacer una estimación o presupuesto de los honorarios.

La confianza que los padres tengan hacia el odontólogo y viceversa, favorecerá para que el tratamiento sea llevado a cabo en su totalidad.

PRESENCIA DE LOS PADRES EN LA CONSULTA DENTAL

El hecho del que los padres puedan permanecer en la consulta durante el tratamiento, concierne al dentista, al niño y a los padres, por lo que existe controversia a este respecto.

Lo que sí es indudable es que en niños pequeños de dos y tres años siempre es conveniente aceptar a los padres en la consulta dental, para que el niño se sienta más seguro, sobre todo en las primeras visitas.

responsable. En segundo término, los errores cometidos por un odontólogo a menudo le son ocultados por la naturaleza estoica del paciente adulto o por que deja de concurrir, mientras que los efectos de los errores en el niño no sólo tienen que ser enfrentados inmediatamente, sino a menudo tienen que ser enfrentados subsiguientemente, cuando el paciente regresa contra su voluntad. Por esto, no podemos tratar a los niños como a los adultos; la situación es fundamentalmente diferente y, por lo tanto, exige un enfoque muy distinto.

Uno de los factores más importantes en el manejo es entender el punto de vista del paciente. Si un niño no se siente feliz, nuestros esfuerzos deben dirigirse a encontrar la causa de esa infelicidad y corregirla si es posible.

Si un odontólogo está tratando a un niño de buen comportamiento, agradable, entonces automáticamente gustará de él y querrá hacer todo lo que pueda por él. El niño rápidamente percibe esto y reacciona favorablemente; los sentimientos provocados son buenos, productivos. Si el odontólogo se enfrenta con un niño grosero de mala conducta, incontrolado, instintivamente siente disgusto por él, provocando mayor falta de cooperación del paciente, y los sentimientos provocados frenan de inmediato el progreso.

CAPITULO IV
PRINCIPIOS DEL CONTROL MEDIANTE LA UTILIZACION DE FARMACOS

En el tratamiento dental los procedimientos dolorosos devengan un papel importante, junto con el temor y la ansiedad.

Es importante tomar en cuenta que las respuestas que los niños proyectan son variables de unos a otros, y dependerá del grado de aprehensión que tengan y de su edad.

El dolor provoca temor y ansiedad, pero también el temor y la ansiedad, aumentan el umbral doloroso.

Si logramos crear un ambiente de confiabilidad y tranquilidad, en la consulta dental y se encausa adecuadamente y con prudencia, la capacidad de sugestión del niño, entonces obtendremos una disminución en las molestias dentales.

Métodos para controlar el dolor

1) Enfoque psicológico y premedicación.

Se trata de influir en las actitudes del paciente.

responsable de obtener la cooperación necesaria del niño para realizar un tratamiento óptimo.6

Características al elegir un sedante

a) Preparado con periodo de latencia medio o corto.

b) Amplitud terapeútica suficiente.

c) Duración adecuada.

d) Eliminación rápida.6

FACTORES QUE DETERMINAN LAS DOSIS MEDICAMENTOSAS EN NIÑOS

La dosis que se seleccione debe evitar el adormecimiento del niño, porque si no, interferirá reduciendo más la cooperación del niño.6

1) La edad del niño. Cuanto mayor sea el niño, mayor requerimiento de la dosis para adquirir el efecto clínico deseable.

2) Peso del niño. Es un factor principal que suele utilizarse en la determinación de la dosis medicamentosa pediátrica y se utiliza medidas en miligramos por kilogramo de peso corporal.

Aunque actualmente se está utilizando también la

superficie corporal como guía más confiable para establecer la dósis.

3) Actitud mental del niño.

Cuanto mayor sea el grado de ansiedad o temor, mayor requerimiento de dosis se necesitarán.

4) Nivel de sedación deseado.

Esto dependerá de cada odontólogo, según su criterio y la sedación óptima que se desee, pues algunos quieren evitar movimientos no convenientes durante el tratamiento y otros desean una sedación en la que puedan trabajar en un ambiente relajado, aunque haya movimientos o conversación ocasional de parte del paciente.

5) Actividad física del niño.

Si un niño es tranquilo, aun cuando su ansiedad es elevada, necesitará poca dosis, caso contrario en un niño cuya hiperactividad cause respuestas exageradas y la dosis requerida tenga que ser mayor.

inquietud e irritación, con una siesta después del tratamiento será suficiente.6

Si la premedicación produce efectos inversos como excitación en lugar de sedación, deberá suspenderse el medicamento, cambiarlo por otro, modificar la dosis y posponer la cita.6

Sedación profunda

Se utiliza cuando existen dificultades para administrar anestesia general en una sesión, cuando el niño muestra escasa cooperación y hay necesidad de realizar un tratamiento largo en un periodo corto de tiempo, un ejemplo sería, múltiples exodoncias.

Es obvio que no se espera cooperación activa del niño en este caso.5

Anestesia local

Es la eliminación del dolor en la región de la intervención. En esencia consiste en la interrupción de la conductividad de nervios sensibles o exclusión de órganos sensibles terminales.

Formas en las que se puede lograr la anestesia local.

1) Por sustancias químicas.

2) Por presión mecánica.

3) Por electricidad.

4) Por frío.

Se clasifican por punto de interrupción en:

a) Anestesia superficial.

b) Anestesia infiltrativa.

c) Anestesia por conducción.5

Anestesia superficial

Es el tipo de anestésico que se aplica en forma de spray o tópicamente y su objetivo es ser aplicado antes de la anestesia infiltrativa para reducir la sensación de aguja al penetrar sobre los tejidos blandos bucales.

El anestésico en forma de spray debe usarse adecuadamente de lo contrario al aplicarlo en la lengua u otra área adyacente provocaría mal sabor y predispondría para la inyección. Por lo que debe ser colocada sólo sobre la superficie de la zona donde se vaya a realizar la punción en forma de tópico.

Existen limitaciones en el paciente infantil debido a su etapa de desarrollo, en lo que se refiere a la cantidad y complejidad de información asimilada. Esto quiere decir que el odontólogo deberá hablar con el niño a su nivel y no discutir las explicaciones, ni tampoco dialogar con él utilizando terminología no comprensible para el niño.

En cuanto a la explicación de la inyección debe ser expresada positiva y específicamente. Y de preferencia, el odontólogo debe ser la fuente de información en lugar de ser el padre. Este diálogo entre el paciente y el dentista no debe ser de tiempo alargado, pues se pierde el interés del niño y comienza una conducta relacionada con la ansiedad.

Algunas veces los niños utilizan preguntas o conversaciones como técnicas dilatorias que interfieren en el proceso del tratamiento; ésto se debe evitar y solo se debe hablar del asunto a tratar específicamente.

El momento adecuado en que se debe administrar la inyección es el lapso en que el paciente muestre su mayor cooperación.

En niños muy pequeños se debe utilizar algún elemento de

fantasía; como el protector de aguja simulando el procedimiento y que el niño sienta lo inofensivo de la inyección.

Es conveniente distraer al niño en el momento de la aplicación del anestésico, un ejemplo sería hacer que respire profundamente, ésto también tiene un efecto fisiológico.

Hay que preparar al pequeño diciéndole los efectos que sentirá una vez aplicada la anestesia, adormecimiento, hormigueo e hinchazón de los tejidos blandos. Y advertirle que no se lesione los tejidos anestesiados una vez terminada la atención dental.

Otra distracción sería, la manipulación continua de la mejilla, inclusive ocasionarle algunos piquetitos, aparte que le va a distraer, los piquetitos al causar dolor, evitará percibir el dolor de la inyección.

En momentos como éste en el que se necesita de toda la cooperación posible del pequeño paciente, para la aplicación de la anestesia, es oportuno reforzar y elogiar la conducta positiva que muestre el niño, ésto ayudará a motivar las pautas de conductas posteriores.

Una vez introducida la aguja en los tejidos blandos, se

tres niveles: los dos primeros condicionan una analgesia relativa y el tercero, una analgesia casi total. El dentista debe tratar de mantener al paciente en el estadio I; nivel 2 que corresponde al plano de analgesia retenida.

CARACTERISTICAS DEL ESTADIO I EN LA SEDACION CON OXIDO NITROSO.

NIVEL I.

El paciente se siente relajado y tiene una sensación de hormigueo en los dedos de las manos y los pies y en los labios.

NIVEL II.

Aumenta el umbral del dolor. Se acentúa la sensación de relajación y, con frecuencia, se produce una sensación que se describe como una onda de calor agradable que recorre todo el cuerpo. La mente está en suspenso y el paciente se encuentra tranquilo, sonriendo y riendo con facilidad. La voz es gutural y algunos reflejos son lentos. El paciente contesta con dudas, pero todavía es totalmente capaz de cooperar. Sus ojos tienen un aspecto vidrioso y muchas veces lagrimean. Los reflejos corneales están deprimidos, pero las pupilas son normales.

NIVEL III.

Los músculos mandibulares se encuentran tensos, lo que dificulta el trabajo en la cavidad oral. Hay una mirada fija con pupilas dilatadas. También puede haber un nistagmo lento, como signo de la inminencia del estadío de excitación, los sueños pueden adquirir un carácter amenazante y terrorífico.

La sedación con óxido nitroso está indicada en niños con los que es difícil establecer contacto por presentar ansiedad, inmadurez o transtornos de conducta. Esta técnica puede ser también de gran utilidad en el tratamiento dental en niños con minusvalías físicas o mentales, siempre que sean capaces de cooperar. Otra indicación es la cirugía oral menor.6

1. Niños con retardo mental al punto de que el odontólogo no puede comunicar la necesidad de atención odontológica.

2. Problemas terapeúticos complejos en pacientes con un trastorno psiquiátrico importante.

3. Procedimientos quirúrgicos complicados en niños pequeños.

4. Niños en quienes no se puede lograr un control adecuado de la conducta por los procedimientos habituales a tal efecto, complementados con premedicación, anestésicos locales y un grado aceptable de restricción.

5. Pacientes con alergia conocida a los anestésicos locales.

6. Necesidades terapeúticas acumuladas en niños minusválidos o que viven en zonas muy lejanas.

7. Niños con movimientos involuntarios.

8. Pacientes hemofílicos, en quienes el uso de un anestésico puede provocar una hemorragia interna.

9. Niños con trastornos generales y anomalías congénitas que imponen el uso de un anestésico general.

ASPECTOS INDESEABLES DEL ANESTESICO GENERAL.

No ha de tomarse a la ligera la administración de un niño en un hospital para atención odontológica de caracter electivo. La hospitalización puede ser una experiencia traumática psicológicamente, al activar los temores infantiles de abandono o mutilación. Levy cree que todos los

procedimientos electivos deben ser pospuestos hasta que el niño alcance un grado de comprensión. Además, se debe reconocer que no existe eso que se llama un anestésico menor. No importa quien sea el anestesiólogo ni el agente anestésico: existe un peligro real. Ningún paciente, niño o adulto, debe ser expuesto a ese riesgo sin causa suficiente.

Antes que un paciente sea sometido a un anestésico general, hay que considerar los siguientes puntos señalados por Marcy:

1. El paciente. Existe alguna disminución o un problema psicológico o de conducta de magnitud tal que impida al niño cooperar en el consultorio dental?

2. El procedimiento. El trabajo por realizar es de magnitud tal como para que el niño no pueda o no quiera cooperar?

3. El lugar. Si se ha elegido la anestesia general, se cuenta con un equipo satisfactorio?.
Existen medicamentos para emergencias, medios de resucitación y comodidades adecuadas para la recuperación post-anestésica?

4. El personal. Está el anestesista experimentado en el

tratamiento de niños y familiarizado con las peculiaridades pediátricas?7

ANESTESIA BREVE POR INHALACION

Para procedimientos muy rápidos, como, por ejemplo, extracciones de un solo diente, a veces se omite la intubación. En este tipo de anestesia se induce el sueño y, cuando ha transcurrido el estado de excitación, se retira la mascarilla y se extrae el diente antes de que el niño se despierte.

OTROS CASOS DE ANESTESIA

AUDIOANALGESIA.

La audioanalgesia tiene un campo de acción limitada en la odontología infantil, ya que con ella se pierde el contacto verbal entre el niño y el dentista, que es fundamental. Sin embargo, algunos dentistas son partidarios de que sus pacientes adolescentes escuchen música durante el tratamiento, interfiriendo menos los dispositivos intraauriculares que los auriculares convencionales.6

HIPNOSIS

La hipnosis tiene también un campo de aplicación limitado en la odontopediatría, ya que los niños pequeños tienen

dificultad para concentrarse durante la fase de introducción. Hay que ser extraordinariamente cuidadoso al tratar con trastornos psiquiátricos sometidos a hipnosis, pues la sugestión puede aportar efectos inesperados e indeseables en ese tipo de pacientes. En los adolescentes con importante dentistofobia, la hipnosis puede resultar útil para superar los obstáculos iniciales. Sin entrar en estadíos hipnóticos profundos, la odontopediatría siempre ha utilizado la sugestión natural del niño.6

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES

Es muy importante que un odontólogo que se va a dedicar a la atención dental de niños, comprenda la conducta de éstos. Solo con una comprensión y un conocimiento activo de la conducta infantil podrá comprender su propia conducta y sus propias reacciones ante los problemas del consultorio dental.

Es sumamente importante que el odontólogo aprenda a enmascarar su reacción emocional ante una determinada situación. Hasta el niño más pequeño puede captar rápidamente la indecisión o la angustia.

Es por ésto que el dentista que incluye niños en su ejercicio profesional debe estudiar odontología continuamente y debe familiarizarse con la amplia variedad de situaciones y anomalías que debe diagnosticar y manejar.

La odontología es una experiencia que el niño debe tratar de dominar. El niño que ha aprendido a dominar su papel como paciente odontológico muestra cierta flexibilidad de conducta y un interés por lo que sucede a su alrededor.

El niño se muestra capaz de confiar en el odontólogo y de responderle y demostrar confianza en su capacidad para satisfacer las exigencias de la situación.

BIBLIOGRAFIA

1.- ODONTOLOGIA PEDIATRICA
BARBER THOMAS K.
LUKE LARRY S.
PRIMERA EDICION
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO S.A. DE C.V.
MEXICO, D.F. 1985
P.P. 41 AL 44, 55 AL 58

2.- ODONTOLOGIA PEDIATRICA
BRAHAM RAYMOND L.
MORRIS MERLE E.
PRIMERA EDICION
EDITORIAL PANAMERICANA
BUENOS AIRES, ARGENTINA 1984
P.P. 452 AL 457, 459, 473 AL 475

3.- DICCIONARIO DE CIENCIAS MEDICO ODONTOLOGICAS.
CORREA M. ENRIQUE
2a. EDICION
EDITORIAL IPSO
MEXICO, D.F. 1983
P.P. 283

4.- ODONTOLOGIA PEDIATRICA
FINN SIDNEY B.
4a. EDICION
EDITORIAL AMERICANA
MEXICO, D.F. 1980
P.P. 14 AL 28, 29 AL 38, 101,
102, 112 AL 116

5.- ODONTOLOGIA INFANTIL
HARNDT EWALD
WEYERS HELMUT
PRIMERA EDICION
EDITORIAL MUNDI
BUENOS AIRES, ARGENTINA 1969
P.P. 155 AL 159, 166

6.- ODONTOPEDIATRIA
MAGNUSSON BENGT O.
KOCH GÖRAN
POULSEN SVEN
PRIMERA EDICION
SALVAT EDITORES S.A.
BARCELONA, ESPAÑA 1985
P.P. 34 AL 41, 43 AL 46, 49 AL 52,
55 AL 59

7.- ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE
MACDONALD RALPH E.
PRIMERA EDICION
EDITORIAL MUNDI
BUENOS AIRES, ARGENTINA 1971
P.P. 174, 175