



COLEGIO ODONTOLÓGICO  
COLOMBIANO

No. Acceso .....

Reg. Top. M. 050 1987 .....

Compra       Canje       Donación

Editorial .....

Solicitado por .....

Fecha .....

Precio .....

0051

M  
050  
1987

70  
050  
2001

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO  
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA**

**BASES PSICOLÓGICAS Y CONOCIMIENTO DEL DOLOR  
EN EL MANEJO DEL PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO**

ELSY ARTUNDUAGA SANCHEZ

DIRECTOR: HERNANDO MEJIA

Bogotá, D.E., Mayo 20 1987

Elsy Artunduaga Sánchez

W. Paul W.

## TABLA DE CONTENIDO

	página.
INTRODUCCION	
1. ASPECTOS PSICOLOGICOS EN ODONTOLOGIA PEDIATRICA	1
1.1 UN ENFOQUE PSICOLOGICO DE LA ODONTOLOGIA PEDIATRICA	1
1.2 CONDUCTA Y PERSONALIDAD	7
1.3 REVISION HISTORICA	7
1.4 EL PERFIL DE LA PERSONALIDAD	9
1.5 EL CURSO DEL EMBARAZO	12
1.6 EL RECIEN NACIDO	13
1.7 LOS PRIMEROS TRES AÑOS DE VIDA	17
1.8 LOS SEGUNDOS TRES AÑOS: LA FASE GENITAL EDIPICA	20
1.9 DE LOS 6 A LOS 12 AÑOS "ESCOLAR"	21
1.9.1.1 Latencia	21
1.9.1.1.1 Capacidad de soportar la frustración	22
1.9.1.1.2 Capacidad para funcionar en presencia de la Sociedad	23
1.9.1.1.3 Posee una buena defensa por sublimación	23
1.9.1.1.4 Tiende a progresar frente a Stress en vez de regresar	23
1.10 POSICIONES TEORICAS	24
1.10.1 Teoría psicoanalítica	24
1.10.1.1 Sublimación	26
1.10.1.2 Formación reactiva	26

	pág
1.10.1.3 Racionalización	26
1.10.1.4 Intelectualización	26
1.10.1.5 Aislación	26
1.10.1.6 Volverse contra el yo	27
1.10.1.7 Hacer y deshacer	27
1.10.1.8 Regresión	27
1.10.1.9 Proyección	27
1.10.1.10 Identificación	27
1.10.2 Teoría conductista	27
1.10.3 Teoría orgánica	28
1.11 ADOLESCENCIA	29
1.11.1 Aspectos psicosociales del embarazo adolescente	31
1.11.2 Manejo odontológico del paciente adolescente embarazado	32
1.12 PSICOPATOLOGIA	33
1.12.1 Alteraciones graves	34
1.12.1.1 Abuso infantil	34
1.12.1.2 Autismo infantil	34
1.12.1.3 Condiciones fisiológicas en la primera infancia	35
1.12.1.4 Depresión anaclítica	35
1.12.1.5 Psicosis simbiótica	35
1.12.1.6 Esquizofrenia infantil	36
1.13 NEUROSIS Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	36

	pág	
1.13.1	Neurosis depresiva y personalidad depresiva	37
1.13.2	Neurosis obsesiva-compulsiva	37
1.13.3	Fobia	38
1.13.4	Delincuencia	38
1.14	DE LOS 18 A LA MUERTE	38
2.	COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES Y PACIENTES EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO	40
2.1	CONSIDERACIONES SOBRE EL COMPORTAMIENTO	40
2.1.1	Calidad	40
2.1.2	Comodidad	40
2.1.3	Motivación	41
2.1.4	Satisfacción	41
2.2	CONSEJO A LOS PADRES Y COMPORTAMIENTO DEL NIÑO	42
2.2.1	Relaciones interpersonales	43
2.2.2	Extremo de comportamiento en los padres	44
2.2.2.1	Protección excesiva	44
2.2.2.2	Rechazo	44
2.2.2.3	Ansiedad excesiva	45
2.2.2.4	Dominación	45
2.2.2.5	Identidad	45
2.3	COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO	46
2.3.1	Sistema de clasificación de conducta paterna	47
2.3.1.1	Cooperativos	47

	pág	
2.3.1.2	Potencialmente cooperativos	47
2.3.1.3	Capacidad cooperativa limitada	48
2.3.1.4	Instrucciones a los padres	48
2.4	FACTORES QUE AFECTAN LAS ACTITUDES PATERNAS	49
2.4.1	Edad	49
2.4.2	Salud	49
2.4.3	Estabilidad emocional	50
2.4.4	Educación	50
2.4.5	Estado civil	50
2.4.6	Factores culturales y étnicos	50
2.4.7	Factores socioeconómicos	51
2.4.8	Historia médica y Odontológica pasada	51
2.5	FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA CONDUCTA DEL NIÑO	51
2.5.1	El bebé	51
2.5.2	El niño de 2 años	52
2.5.3	El niño de 3 años	52
2.5.4	El niño de 4 años	52
2.5.5	El niño de 5 años	53
2.5.6	El niño de 6 años	53
2.5.7	El niño de 7-12 años	53
2.5.8	El adolescente	54
2.6	FACTORES FUERA DEL CONTROL DEL ODONTOLOGO	54
2.6.1	Historia médica y odontológica pasada	54
2.6.2	Influencia de los padres	54

	pág	
2.6.3	Relaciones con hermanos	55
2.6.4	Influencia de los padres	55
2.6.5	Influencias escolares	55
2.6.6	Enfermedad	56
2.7	FACTORES DENTRO DEL CONTROL DEL ODONTOLOGO	56
2.7.1	Ambiente del consultorio orientado al niño	56
2.7.2	La asistenta	57
2.7.3	El consultorio	58
2.7.4	Uniformes	58
2.7.5	Horarios y programación de sesiones	58
2.7,6	EL ODONTOLOGO	59
2.7.7	Orientación	60
2.7.8	Organización del consultorio	60
2.8	TECNICAS BASICAS PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA	61
2.8.1	Condicionamiento	61
2.8.2	Recondicionamiento	61
2.8.3	Conducta descontrolada	61
2.8.4	Conducta desafiante	62
2.8.5	Conducta tímida	62
2.8.6	Conducta cooperativa tensa	62
2.8.7	Conducta llorosa	63
2.8.8	Restricción	63
2.8.9	Premedicación	63

	pág	
2.8.10	Papel de la anestesia general	63
2.9	TECNICAS PARA EL DESARROLLO DE PAUTAS DE CONDUCTA POSITIVAS	64
2.9.1	La visita inicial	64
2.9.1.1	Propósito	64
2.9.1.2	Historia de la familia en general	64
2.9.1.3	Estableciendo el papel del padre	64
3.	CONOCIMIENTO DEL DOLOR DENTAL	65
3.1	FISIOLOGIA DEL DOLOR	65
3.2	REACCIONES DEL PACIENTE AL DOLOR Y AL MIEDO	66
3.2.1	Temores objetivos	67
3.2.2	Temores subjetivos	67
3.3	DESCRIPCION DEL DOLOR	68
3.4	EXAMEN DE LAS CAUSAS DE DOLOR	68
3.5	NATURALEZA DOBLE DEL DOLOR, PERCEPCION DEL DOLOR	68
3.6	NATURALEZA DEL MIEDO	69
3.6.1	Temor o miedo	69
3.6.2	Valor del miedo	70
3.7	EFFECTOS DEL DOLOR EN EL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO	70
3.8	EL UMBRAL PARA LA REACCION AL DOLOR	71
3.8.1	Capacidad de tolerancia	71
3.9	ESTADOS EMOCIONALES Y REACCIONES AL DOLOR	72
3.10	FATIGA	72
3.11	EDAD	72

	pág
3.12 BLOQUEO DE LAS VIAS DEL DOLOR	73
3.13 REMOCION DE LA CAUSA DEL DOLOR	73
3.14 CONTROL DEL DOLOR	74
3.15 METODOS PSICOSOMATICOS	74
3.16 CAUSAS DE DOLOR EN NIÑOS PACIENTES DENTALES	74
3.16.1 Dolor bucal sintomático en niños	74
3.16.2 Dolor sicogénico	75
3.16.3 Dolor referido	76
3.16.4 Dolor asociado con tratamiento dental	76
3.17 METODOS Y AGENTES PARA CONTROLAR EL DOLOR Y EL MIEDO EN NIÑOS PACIENTES	76
3.17.1 Medidas psicológicas	77
CONCLUSIONES	78
BIBLIOGRAFIA	
ANEXO 1	

## **AGRADECIMIENTOS**

Deseo expresar mi gratitud y aprecio al Doctor Hernando Mejía por su ayuda en la producción y escogencia de los capítulos del manuscrito.

Las enfermedades no empiezan cuando las personas se meten en conflictos psicológicos, sino más bien cuando se les terminan sus habituales recursos psicológicos.

" Carl Rogers "

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

Durante el desarrollo físico y psicológico del individuo desde su concepción, se plantea la importancia de los factores positivos y negativos que influyen en el curso de la evolución del bebé, etapa preescolar, adolescencia y madurez.

La fisioterapia odontológica en los niños, consiste en el tratamiento generalizado de las lesiones dentales; principalmente las ocasionadas por caídas, colisiones y tropezones.

Por temor, inestabilidad emocional o por diversas circunstancias adversas, muchos pacientes se ven privados de la atención dental y casi siempre reciben un tratamiento que resulta insuficiente dadas las exigencias dentales de mantenimiento a largo plazo del aparato bucal en condiciones favorables.

Sólo los experimentos controlados proveen conclusiones válidas. Se podría crear una solución saludable al tratamiento y a la revisión postoperatoria, periódica, si el paciente está familiarizado con el odontólogo.

Se debe considerar al paciente que por voluntad acepte someterse al tratamiento dental pero cuyas fuerzas son muy limitadas.

Los procedimientos actuales exigen de ordinario secciones prolongadas ya se trate de un programa de rehabilitación general, o de una sola sesión de larga duración en un tratamiento definitivo. Tales pacientes necesitan ayuda para someterse a este tipo de tratamiento, sin ella, sucumben a sus nervios, convirtiendo la asistencia en una difícil y ardua tarea para el odontólogo.



## **CAPITULO 1**

### **ASPECTOS PSICOLOGICOS EN ODONTOLOGIA PEDIATRICA**

La salud es un proceso activo del ser humano en virtud del cual éste trata de mantener su armonía psicofísica en equilibrio dinámico con la circunstancia natural y socio-cultural en que cada persona transcurre. Se debe interpretar el crecimiento y desarrollo del niño no sólo como la adecuada evolución de su anatomía y fisiología. No debemos eludirle como persona total, porque así enfrenta la situación odontológica. Si sólo centramos la atención en el problema dentario es inadecuado, porque además de la información que el niño tiene de lo que pasa en su diente, piensa en su aspecto físico, mental y emocional.

La capacidad para tratar niños con éxito depende de muchos factores, entre los cuales está el goce y la satisfacción por un trabajo bien hecho para quienes trabajan con niños. La propia personalidad y manera de ser del odontólogo debe reflejarse en la administración del consultorio, para crear un ambiente que refleje el estilo, satisfaga las necesidades de los niños y facilite el establecimiento de una buena armonía.

#### **1.1 UN ENFOQUE PSICOLOGICO DE LA ODONTOLOGIA PEDIATRICA**

Un aspecto fundamental en la odontología pediátrica es como solucionar

la mayor o menor ansiedad que el niño trae al consultorio.

Existen varias causas que generan este universal miedo al odontólogo; podríamos mencionar : el miedo al dolor, a lo desconocido, las malas experiencias odontológicas previas, malas experiencias médicas, los comentarios negativos en el ambiente familiar o escolar, haber sido testigo presencial durante alguna visita odontológica no muy tranquila, las amenazas, la influencia de la televisión y las historietas.

En muchísimos casos el niño no puede controlar la ansiedad que le provoca enfrentar esa situación odontológica aún para un examen de rutina. Es muy importante tener en cuenta la boca y los dientes en desarrollo psicoemocional del individuo y la vigencia permanente de las emociones y fantasmas vinculadas a estos órganos que pueden causar rechazo y resistencia al odontólogo y sus procedimientos.

No es difícil aceptar esa prioridad y singularidad de la boca si pensamos que sólo por ella el Ser humano puede superar la tremenda conmoción psicobiológica del nacimiento. Viene dotado de un mecanismo de succión que le permitirá con todas las adaptaciones necesarias volver a unirse con su madre.

El recién nacido tardará meses en reconocer el seno materno como separado de su propio ser y a su madre como adulto diferenciado.

Si sus tensiones internas son calmadas prontamente, la imagen de la madre

buena, representante del mundo nuevo, será introyectada junto con el alimento.

Si la madre continúa brindando desde afuera la comodidad y bienestar consistente y predecible; ella se convierte en una certeza psicológica, una fuente de reaseguro de que sus necesidades serán resueltas por su nuevo medio ambiente. De este reaseguro los bebés desarrollan la confianza básica (Erikson). Pero si su tensión aumenta porque sus necesidades no son satisfechas, el bebé aceptará eventualmente la leche, pero incorporará también la imagen de su madre con la carga de rechazo que él proyectó mientras el llanto expresaba su incomodidad y tensión, o sea que el niño tiene sentimientos internos de comodidad e incomodidad que se repiten en ciclos a los cuales se familiariza y que son el origen de su identidad primitiva.

La aparición de los dientes plantea una nueva separación de la madre . Erikson ha detallado muy bien aspectos de la etapa oral y considera 5 estadios.

1. Incorporativo 1 ( denomina la Succión )
2. Incorporativo 2 ( salida de los dientes y morder objetos resistentes).
3. Retentivo
4. Eliminativo o Expulsivo
5. Intrusivo.

Erikson señala, que "resulta imposible saber que es lo que el infante siente a medida que sus dientes perforan desde adentro en la misma cavidad oral que hasta ese momento constituía el principal asiento de placer y fundamentalmente el centro del placer y que tipo de dilema masoquista puede originarse del hecho de que la tensión y dolor que causan los dientes, esos saboteadores internos, pueden aliviarse sólo mordiendo más fuertemente ". La incomodidad que crea la erupción dentaria y otros cambios en la "maquinaria oral", y el alejamiento gradual de la madre, al odontólogo no se le escapa que está trabajando en una zona tremendamente cargada de afectividad, con amplias y hondas connotaciones conscientes en inconscientes.

No cabe duda que la confusión de sentimientos hacia los dientes, hacia la madre que retira el seno, tiene que dejar una huella profunda. No nos extraña que la proyección en el odontólogo de sus sentimientos constituya el origen de muchas tensiones y ansiedades "inexplicables" en el sillón dental.

Debemos aprender a aceptar al niño tal como es, a respetar sus sentimientos, a comprender que su conducta puede estar motivada por factores no tan superficiales.

El niño es traído al consultorio y veremos que resulta imposible e inadecuado ignorar a los padres, como elementos fundamentales en la situación terapéutica.

(En el consultorio estamos nosotros que actuamos en función de nuestra personalidad y necesitamos ejercer la profesión con madurez psíquica, lo que sólo será posible en la medida que los conflictos con "nuestro propio niño", el que llevamos dentro, se hayan solucionado y no contribuyan a potenciar los cuadros que los niños y los padres nos presentan.

Con todo eso y una técnica correcta, respaldada por un conocimiento actualizado, podremos ejercer odontología pediátrica con enfoque integral. Aceptamos que el niño suele traer mala preparación, que no comprende muchas cosas, que sus posibilidades de comunicación son limitadas, etc., que todo esto ocasiona un determinado montante de ansiedad. Ansiedad que será mayor o menor, según el respaldo de seguridad y afecto de su ambiente familiar.

El punto está en aparecer frente al niño como adultos significativos. Es decir, como personas capaces de hacernos cargo de esa ansiedad y de tolerar las manifestaciones, a veces explosivas, que genera en él. Cuando adquirimos la posibilidad de comprenderlas y aceptarlas sin sentirnos agredidos, involucrados, sin vivir la actitud del niño, o de sus padres, como un ataque, sin ponernos en críticos rígidos, lo que sería muy probablemente expresión de nuestra propia inseguridad.

"El profesional bien integrado, simplemente siendo él mismo y aceptando sus responsabilidades profesionales (al igual que sus prerrogativas) no teniendo conflicto respecto de su profesión, por ejemplo -puede ser útil al niño donde el profesional conflictuado puede crear dificultades

emocionales precisamente por querer ayudar al niño.

El niño capta de inmediato al adulto que le habla de una manera y parece sentir de manera diferente. Aquí es donde la psicología profunda, seriamente encarada, ayudará mucho al profesional para que pueda por su cambio de actitud, "restaurar la seguridad del niño que deriva de ser cuidado por un adulto fuerte y eficaz". El niño necesita convencerse que le atiende quien puede controlarlo y protegerlo. Por eso el "contrato" con el niño debe ser que nos ayude a que nosotros le ayudemos.

Es cierto que las ansiedades maternas se expresan en los niños y juegan fuerte. Johnson y Baldwin concluyen que "la ansiedad materna parece ser el factor principal que afecta la conducta de los niños pequeños en la situación dental".

A la madre se le debe informar claramente sobre el tratamiento de su hijo (porqué, cómo, cuando, con qué) y reiterar el contacto antes de cualquier situación traumática intensa, cuidando de no tomar la actitud por el todo. También tenemos que hacernos cargo un poco de la responsabilidad y la culpa de esa madre, a quien suele resultarle imposible aceptar que su hijo se independice... Ella está, y quiere estar. Entonces hay que hacerle conocido lo desconocido y explicarle su importante papel para favorecer el tratamiento de su hijo.

Las actitudes que cada uno adopte como profesional en la situación odon-

tológica con el niño y sus padres dependerá, para bien o para mal, de la resolución de los conflictos subyacentes individuales, que nos pondrán frente a ellos como adultos significativos, respetados y estimados.

## **1.2 CONDUCTA Y PERSONALIDAD**

Muchas veces nos sorprende el hecho que, luego de conseguir que un niño al principio rechazante y resistente, cambiara su conducta, nos aceptara y permitiera el tratamiento, ante el asombro expresado de la madre, ésta no tardará en interferir, perturbando la relación. Se llega a pensar que la madre actúa así por celos. Pero seguramente hay también frustración, enojo, rechazo, por quedar un poco "en el aire" en su relación con nosotros.

## **1.3 REVISION HISTORICA**

Los primeros estudios y experiencias constituyeron la base para el desarrollo de lo que habrían de ser las ciencias de la conducta.

Trabajo central fue el de Sigmund Freud "Análisis de la fobia en un niño de 5 años", publicado en 1909. El niño conocido como el pequeño Hans, tenía miedo de dejar su casa porque podría morderlo un caballo. Freud siguió las fantasías de Hans al punto de comprender que el caballo representaba a su padre, a quien deseaba matar, o por lo menos, castrar y ocupar su lugar como amante de la madre. El temor al caballo representaba el temor de que el padre pudiera percibir su deseo y se vengara castrándolo a él. Mediante el análisis de los adultos, Freud determinó que este fenómeno era normal en la vida mental de los varones pequeños ( con su

paralelo en las niñas pequeñas) y que persistía activamente en el inconsciente del adulto en la afección denominada "Neurosis". El temor a la castración está a menudo disfrazado como temor a la pérdida de otras partes, como los dientes. Lo llamó "complejo de Edipo". En la obra Edipo Rey, el Rey Edipo mata a su padre, se casa con la madre y simbólicamente se castra (se arranca los ojos) cuando más tarde se le hace ver la verdad (que él ignoraba).

En 1936 Anna Freud publicó *The Ego and Mechanisms of defense*. En el que describió los procesos mentales que los niños y adolescentes acostumbran usar para conservar intacta la imagen de sí mismos al desviar de la conciencia sus impulsos sexuales y agresivos.

Cuando se produce un escape de la realidad como respuesta a la ansiedad suele ser bajo la forma severa de patología llamada psicosis.

Hacia comienzos de la década de 1940 Anna Freud en *infants without families* y René Spitz en *Hospitalism*, reescribieron reacciones depresivas en niños privados de sus madres y la restauración de un estado de ánimo feliz normal en poco tiempo con el retorno de la madre.

Por las décadas de 1940-1950, Margaret Mahler llevaba a cabo estudios sobre las madres y los hijos. Estos estudios dan por resultado la formulación de la teoría llamada "separación-individuación". Este es el proceso por el cual la criatura, que a los 3-5 meses emerge del estado normal autístico o autocentrado se une a la madre. Entonces comienza a practicar

el funcionamiento sin ella y alcanza un sentido de autosuficiencia e individualidad en la época en que entra en el jardín. En ese momento se establece el complejo de Edipo.

Probablemente una de las teorías más populares jamás propagadas para explicar la causa del funcionamiento deficiente en los niños es llamada lesión o "disfunción cerebral mínima". El libro de Knobloch y Kamanick titulado "Síndrome de lesión cerebral mínima en la infancia 1959 aceleró el interés por esa etiqueta reducida a LCM aplicada a miles de niños en la actualidad. La palabra "lesión" fue cambiada por "disfunción" para explicar la ausencia de claros signos neurológicos.

Es importante que el odontólogo conozca cómo se produce el crecimiento en la mayoría de los niños. Sólo el conocimiento de la vida integrada de un niño puede ayudarnos a saber si la conducta difícil del niño es parte de una estructura anormal de la personalidad o sólo un desvío de su funcionamiento habitualmente normal.

#### **1.4 EL PERFIL DE LA PERSONALIDAD**

En tiempos de los romanos, los actores de teatro utilizaban unas máscaras llamadas "personae", que resaltaban el carácter de los diferentes personajes que salían al escenario. La palabra personalidad, parece derivarse del nombre de dichas máscaras, así como el contenido conceptual de la misma: identidad precisa de un determinado individuo.

La personalidad es, efectivamente, el conjunto de todas las características de una persona que determinan la forma en que reaccionará ante la vida, su comportamiento, sus sentimientos, sus relaciones sociales. Incluye por tanto, lo que solemos expresar con las palabras "temperamento" y "carácter". Y en modo alguno alude exclusivamente a los rasgos favorables y sobresalientes a los que nos referimos cuando afirmamos de alguien que tiene "gran personalidad".

Freud distinguía en la mente humana tres niveles principales. En primer lugar el "id", o elemento inconsciente, que busca la satisfacción de los impulsos instintivos - en gran parte sexuales y agresivos.

Cuando aumenta la conciencia de sí mismo y del mundo exterior se desarrolla el "Ego", la parte práctica y racional. El Ego controla (aunque no siempre con éxito) al poderoso "ID" y se enfrenta al mundo exterior. Según Freud, el Ego se caracteriza por trabajar "al servicio del principio de la realidad".

En último lugar, se desarrolla el "Superego" o conciencia, un producto de las restricciones derivadas del ejemplo y de las enseñanzas de los padres y de la Sociedad.

En un individuo sano, éstos 3 aspectos trabajan en armonía : los impulsos inconscientes sexuales y agresivos tienden a ser satisfechos, pero de un modo aceptable para la Sociedad. Existe una conciencia, pero no tan estricta y hermética que llegue a mutilar la personalidad a fuerza

de inhibiciones y sensación de culpabilidad. Para enfrentarse con realismo a los problemas y experiencias de la vida, el Ego controlará a los otros 2 niveles de la personalidad, pero permitiéndoles cierto margen para su expresión.

Alfred Adler destacó otro aspecto del desarrollo de la personalidad :el esfuerzo por la superación y la conciencia de si mismo como individuo.

El niño es consciente de su inferioridad y desamparo y trata de compensarlos luchando por conseguir independencia y poder.

Será una lucha de toda la vida, en el trabajo, en las relaciones sociales, en la familia, pues los conflictos de la infancia se transfieren a la vida adulta. Quien no triunfa en este empeño, sufre lo que Adler dio en llamar "complejo de inferioridad".

Tanto Freud como Adler coinciden en la importancia de la infancia como moldeadora de la personalidad. En este aspecto el carácter de los padres ejerce un influjo determinante. Ahi se originan las preferencias e identificaciones entre los hijos y uno de los padres, fatales para la madurez afectiva de aquellas. Pero no es sólo la familia la que moldea la personalidad del individuo. Toda sociedad y toda civilización poseen normas, tradiciones y códigos morales y sociales que influyen en el comportamiento de sus miembros.

Una personalidad sana y equilibrada debe ser capaz de entablar unas

relaciones sociales adultas y normales. Los hombres somos animales sociales y la facultad de relacionarnos de modo duradero y profundo con otras personas es quizá una de las facetas más fundamentales de nuestra humanidad. Nosotros necesitamos la ayuda, la estima y el afecto de los demás y lo mismo hemos de ser capaces de ofrecer a nuestros semejantes.

### 1.5 EL CURSO DEL EMBARAZO

La gravidez o **gestación** es el estado fisiológico especial de la mujer, cuyo seno se constituye en sagrado y augusto templo de uno (gravidez simple) o más (gravidez múltiple) gérmenes de nueva vida, que se mantiene protegida y nutrida desde el momento de la concepción (fecundación) hasta su venida a la luz (parto). La gestación que comprende desde la fecundación al parto, dura 9 meses, durante los cuales el prodigioso desarrollo del germen inicial cumple el milagro de transformar el óvulo femenino, constituido por una sola célula, en el conjunto de millones de células que forman el feto de 3-4 kilos o más. Cuando éste ha logrado la completa maduración de su desarrollo intrauterino, viene a la luz (parto) en condiciones de poder sobrevivir en un ambiente absolutamente diferente al anterior y en el que estará alejado del organismo materno hasta lograr la completa autonomía.

La criatura que no fue bienvenida en el momento de la concepción no tiene por qué no ser bienvenida al nacer, quizá sea por eso que la naturaleza previó que el embarazo dura 9 meses. Dos adultos deben tener tiempo para adoptar su nueva identidad y después para adaptarse a ella, la de ser

una madre y la de ser un padre.

A veces los sentimientos de culpa por "no haber deseado" la criatura influyen sobre la aptitud para esperar que el niño se adecúe más tarde.

La mujer soltera conservará el niño o lo cederá para adopción. Ser adoptado o carecer de padre serán factores en el curso de su evolución .

La idea que prevalece en las mentes de los padres del niño por venir, es que la criatura debe ser "normal". La idea de que debe ser varón o niña iría acompañada por sentimientos de culpa.

En su insistencia en lo de "normal" sólo ha de verse una justificación. Esta necesidad tiene raíces en el narcisismo, es decir, el amor así mismo que hace a la gente querer perpetuarse en primer lugar y someterse así mismo a las pruebas y tribulaciones de criar niños en segundo lugar.

## **1.6 EL RECIEN NACIDO**

Mientras que la mayoría de los animales, a poco de nacer ya pueden valerse por si mismos, el niño recién nacido, si fuese abandonado, sería el más desamparado de los cachorros: su madre tendrá que proveerle de todo cuanto necesite durante varios años.

El niño de un día llora en demanda de alimento, mama del pezón ofrecido, duerme profundamente y vuelve a despertarse para exigir más atenciones;

establece por si mismo un ordenamiento de su actividad. Sabemos cómo realizará ciertos movimientos y que otros dejará de hacerlos a las pocas semanas.

Algunas de las reacciones a la constitución del recién nacido que influirán sobre la conducta de los padres hacia él y, por consiguiente, que influirán sobre su desarrollo incluyen las posibilidades de que :

- Que el niño sea constitucionalmente normal y los padres quieran:
  - . Aceptarlo o prepararse para amarlo
  - . Aceptarlo pero encontrarse incapaces de satisfacer sus exigencias.
  - . Rechazarlo aún cuando se sepa que es normal
  - . Rechazarlo porque no es el tipo normal que se había imaginado inconscientemente, por ejemplo :

Una niña no representa su idea de normal.

Nunca quise tener una mujer, nunca quise ser una mujer.

El bebé es "diminuto" es decir normal pero de tamaño reducido.

La criatura puede tener un defecto significativo o corregible.

Los padres de una niña de 5 años sumamente perturbados decían: "el primer día era perfecta y la amamos: el segundo día era imperfecta y la odiamos". La imperfección descubierta había sido una clavícula fracturada que cura sin efecto residual. La madre se sentía culpable el padre se sentía justificado por los sentimientos de ambos.

- El niño puede ser constitucionalmente normal pero puede generar algunos problemas que sean causa de preocupación pero que cederán, como dificultades respiratorias, cianosis leve, ictericia o un murmullo cardíaco funcional. La influencia de tales situaciones puede marchar en varios sentidos :
  - . Los padres pueden experimentar alivio porque el bebé sea normal y tratarlo como tal.
  - . Los padres pueden estar intelectualmente convencidos de que todo está bien, pero pueden conservar cierta incertidumbre lo cual crearía ansiedad quizá causante de una actitud paterna incongruente.
  - . Los padres pueden no creer en la normalidad, a pesar de la evidencia y tratar al niño como si fuera algo "especial".
- La criatura puede tener una anomalía constitucional real. Puede ser ciego o sordo o mentalmente retardado. Puede tener parálisis cerebral, cardiopatía congénita o extremidades deformadas. Los padres pueden ante esto reaccionar así:
  - . Pena inicial por el niño normal no tenido y aceptación final del tenido, y la determinación de ayudarlo a alcanzar su máximo potencial.
  - . Pena que progresa hacia una depresión con un sentimiento prevaleciente de culpa (piensan que ellos se lo hicieron al hijo), lo cual produce la obstrucción de la evolución con infantilización.

- . Rechazo permanente del niño con la resultante patología, individual y familiar.

Todos los recién nacidos, salvo algunos pocos incluidos los que tienen defectos y deficiencias nutricionales, poseen mecanismos innatos para llegar a ser personas que funcionen perfectamente individual y socialmente dentro del contexto de un medio adulto que sea razonablemente capaz y esté dispuesto a ayudarlo a ello.

La criatura posee un cerebro dispuesto a percibir y dar sentido a los estímulos que le llegan por los ojos, los oídos, la cabeza la piel y la boca. Ese cerebro mismo, está pronto a enviar señales a las partes normales del cuerpo para compensar las limitaciones de las partes anormales.

A determinado nivel, por lo menos, el recién nacido presenta toda la apariencia de ser un mero conjunto de actos reflejos, movimientos que son respuestas predecibles a determinados estímulos. Muchos de estos reflejos son de corta duración; así, si se le cambia de posición rápidamente, el reflejo de moro le impulsa a abrir sus bracitos y manos para en seguida volver a juntarlos; durante los primeros días de vida muestra el llamado reflejo de ojo de muñeco: el movimiento de sus ojos queda retrazado si se hace girar su cabeza con rapidez; el reflejo de extensión cruzada hace que, durante el primer mes, una de sus piernas se encoja y después se extienda si se le estira la otra y se le frota suavemente la planta del pie.

El recién nacido humano posee también un poderoso reflejo de presión: durante los 2 primeros meses de vida, se agarra con tal fuerza al dedo que se le ofrece, que podría sostenerse suspendido breves momentos.

El reflejo hozador, consiste en que si se le toca una mejilla o la comisura de un lado de la boca, el niño gira la cabeza en esa misma dirección buscando instintivamente el seno materno y el alimento.

Al igual que todos los seres humanos, los niños difieren también en aspecto y personalidad.

### **1.7 LOS PRIMEROS TRES AÑOS DE VIDA**

Fase oral : El primer año de la evolución psicosexual se lo denomina fase oral. La boca es el órgano más observable para lograr esto, pero la vista, el oído y el tacto son los aparatos de incorporación. La primera unión importante se produce con la persona que puede eliminarle el dolor al darle de comer y el amor concomitante percibido. Más tarde, cualquier pérdida que simbólicamente represente comida y amor puede ser causa de un estado de depresión.

La sonrisa es el primer signo social que muestra el bebé. Hay una sonrisa refleja provocada por la voz humana. La respuesta aprendida, imitativa, dada a las personas que le sonrieron muchas veces. Representa también el primer indicio de que el bebé tiene conciencia de que existe su yo y de que existe el otro; mejor aún, de que hay otros.

En un programa mutuo, el niño establece una unión simbiótica con su cuidadora principal, la que a su vez experimenta un placer aún mayor al sentirse necesitada. A los 6 meses esa unión será absoluta, a menos que haya un amortiguador. El padre es el amortiguador cuya intrusión es la relación del niño con la madre producirá ansiedad a menos que el padre demuestre que él también puede cuidar al niño.

El mayor traumatismo a la personalidad en formación se producirá con la pérdida del cuidador único.

A los 10-12 meses, el bebé que no haya sido limitado por aparatos como los corralitos y andadores habrá alcanzado una motilidad útil. Gateando y caminando puede lograr cosas que desea y puede explorar lugares y objetos sin depender de su madre para que lo coloque en una situación nueva.

-Desde el nacimiento en adelante, al experimentar las respuestas del mundo en el que vive, la mente del niño será progresivamente estructurada. En un principio, conoce sólo sus propios deseos y exige que se los satisfagan. A esta área de deseos y exigencias de la vida mental se la considera una estructura denominada el ello (Id). Cuando el niño experimenta el displacer del mundo real ante sus exigencias y la mayor aceptación cuando sabe esperar, comienza a formarse la estructura mental más importante : a ésta se le llama Ego o (yo). Más tarde llegará la estructura superego o (superyo).

Fase anal : En algún momento del segundo año cuando la alimentación ya no es la actividad importante, la madre comienza el adiestramiento de esfínteres. El niño toma conciencia de su poder para decidir si depositará sus excreciones en un lugar indicado por su madre o si continuará ensuciando los pañales. A este período se le denomina fase anal, porque el interés está concentrado en el ano y en las ideas que brotan de los conflictos sobre su control que predominan en la determinación de su sentido de las capacidades de su cuerpo y del cariño de la madre.

La ansiedad de este período produce reacciones que más tarde se graban en la formación de un carácter que es muy contradictorio rebelde o rígidamente unilateral. La persona unilateral puede ser perfeccionista o descuidada, extremadamente agresiva o extremadamente pasiva. El niño con personalidad sana se limpiará los dientes convencido de que es bueno para él. El niño rebelde no se los limpiará porque sus padres quieren que lo haga. El niño rígidamente limpio puede llegar a ser obsesivo con el lavado de manos y cepillado de dientes.

Mientras el adiestramiento de esfínteres prosigue y el niño está manejando el conflicto de decidirse entre complacerse así mismo o a la madre. El niño está aumentando su capacidad para usar el lenguaje como herramienta. A finales del primer año puede expresar sus deseos con palabras sueltas y frases. El proceso de escuchar palabras y percibir las como símbolos significativos concretos, para después abstraer significados no verbalizados en el contexto de las relaciones interpersonales constituye una verdadera tarea de mamut.

## 1.8 LOS SEGUNDOS TRES AÑOS

La Fase genital edípica :

A menos que la evolución de un niño sea muy manifiestamente desviada, rara vez la psicopatología de la conducta es reconocible en los primeros 3 años. La conducta agresiva e indisciplinada de otro tipo suele ser pasada por alto como natural de "los terribles 2 años. Debemos reconocer el hecho de que un niño que haya llegado a la edad cronológica de 3 años no está necesariamente preparado para enfrentar los conflictos psicosexuales, las situaciones sociales y las tareas corporales que se definen como normales para esa edad. La tarea psicosexual consiste en experimentar y resolver el conflicto de Edipo. La tarea social es trabajar y jugar con sus pares en el jardín de infantes. La tarea corporal es aumentar sus aptitudes motoras y cognitivas como preparación para la escuela.

El pequeño descubre que su pene no es sólo para orinar. Tiene erecciones, con lo cual le llega el deseo de penetrar a la mujer de su vida, su madre y la pequeña experimenta el deseo de ser penetrada por el hombre de su vida, su padre. De modo que se masturban y fantasean. El varón debe liberarse del padre y la niña debe liberarse de la madre ! qué conflicto! Fantasía y realidad no son tan distinguibles entonces, de modo que los pequeños amantes están convencidos de que sus padres saben. Por cierto, se delatan de muchas maneras : "Cuando sea grande me voy a casar con vos". El varón quiere sacarse de encima al padre, pero también existe otro sentimiento. Ama al hombre que juega con él, lo lleva al zoológico

y le enseña cómo hacer cosas. De modo que decide conservar al padre. Pero experimenta el deseo de castrarlo. Esto es seguido por la certeza de que el padre lo sabe y que lo castrará a él de modo que tiene pesadillas con ladrones y monstruos. A menudo lo despiertan, regresiona y se convierte otra vez en el varoncito que ama y es amado por su padre y se dirige a la cama materna para ser consolado.

Básicamente, los esfuerzos edípicos de la niña son similares a los del varón. Quiere librarse de mamá y casarse con papá. En sus fantasías, concibe la generación siguiente, que nace y lleva su vida de bebé.

Durante los años en que esto transcurre, continúa su progreso las demás facetas del progreso. Las funciones cognitivas, la percepción, las habilidades motrices y el lenguaje se enriquecen, refuerzan y contribuyen a que el niño reemplace una creencia en la realidad de sus fantasías por una capacidad para distinguir entre hechos y fantasías. El niño se identifica con sus modos de pensar y hacer. Introyecta sus valores en el sentido de creer en la rectitud de lo que ellos creen.

Un conflicto edípico razonablemente bien resuelto deja a la persona no demasiado sujeta a sentirse abrumada por tipo alguno de ansiedad.

## **1.9 DE LOS 6 A LOS 12 AÑOS "ESCOLAR"**

### **1.9.1 Latencia :**

A los 6 años, el canal de la evolución normal es muy amplio. Algunos niños son muy maduros y otros son apenas lo suficientemente maduros. Algu-

nos son inmaduros, aunque no se les reconozca como tales. Algunos son notoriamente inmaduros.

Los niños normales están dispuestos a dejar el hogar para un largo día de trabajo. Son capaces de prestar atención y aprender de una maestra sin necesidad de que ella concentre su atención sólo en ellos. Tienen sentido de la utilidad de aprender los números. Tienen autoestima suficiente como para creer que harán amigos entre los extraños de su clase. Son capaces de tolerar la frustración y la ansiedad. Se interesan por probar cosas nuevas y generalmente hacen de uno o dos amigos a los que llaman los mejores. Sus vidas tienen 3 direcciones las cuales les proporcionan satisfacción y un estado manejable de frustración. Esas direcciones son : el hogar, donde se sienten amados y necesitados por sus padres y hermanos; la escuela, donde se consideran competentes y el grupo de pares, con quienes se sienten aceptados e independientes. No extrañan el pasado ni están todavía demasiado ocupados por el futuro.

Este período se llama latencia porque debajo de toda esa calma están los conflictos reprimidos del pasado, reposando tranquilos por un tiempo antes que las hormonas y las tensiones de la preparación para las responsabilidades de vida adulta los revivan.

Las características generales de un niño que vive la vida escolar razonable :

1.9.1.1 Tiene capacidad de soportar la frustración : debe saber que

el "no quiero" tiene que ser suplantado por el "tengo que" y que el "no aprendo" tiene que ser sustituido por el "aprenderé". Debe cumplir con los requisitos escolares, aún cuando no agraden. "no quiero ir al odontólogo" acompañado alguna vez por lágrimas y resistencias, ahora ha de ser "tengo que ir al odontólogo" como un hecho.

1.9.1.2. Tiene capacidad para funcionar en presencia de la sociedad. Ese gran mundo de lo "desconocido" torna al niño vulnerable hasta que un conocimiento mayor desplaza las viejas creencias.

Ahora el niño experimenta ansiedad ante una sesión odontológica, pero es de esperar el recuerdo de las buenas experiencias le hará presente que es posible superarla.

1.9.1.3. Posee una buena defensa por sublimación. El niño debe mantener los impulsos, sexuales y agresivos fuera de la conciencia, de modo que sus energías no se consuman en buscarles salidas directas y se atraiga así el displacer de los adultos, sus pares y la ley.

1.9.1.4. Tiende a progresar frente al Stress en vez de regresar. Con esta tendencia en toda su fuerza, el niño se siente más poderoso al haber superado una situación cargada de tensión en vez de llorar y huír ante la situación. Para la mayoría de los niños un examen representa un stress.

El niño que progresa rinde el examen; el niño que regresa puede tener un dolor de estómago en los días de examen y quedarse en casa.

El niño progresivo realiza siempre esfuerzos por mejorar sus aptitudes y por adquirir otras. El niño regresivo se retrae cuando las cosas se ponen duras y se rehusa a probar las nuevas. Actúa sobre la base del "es demasiado trabajo".

### **1.10 POSICIONES TEORICAS**

El niño llegó al período de latencia o a una parte más suave del camino a la edad adulta. Podemos considerar varias de las teorías que han sido formuladas para explicar la actividad mental y la personalidad. Las tres de más amplia aceptación como bases para la generación de cambios son : la psicoanalítica, conductista y orgánica.

#### **1.10.1 Teoría psicoanalítica :**

En el núcleo de la teoría psicoanalítica está la convicción de que la parte más amplia de la actividad mental del individuo humano es inconsciente. El inconsciente está constituido por las experiencias reprimidas, es decir, profundamente olvidadas junto con las emociones asociadas de los primeros años. En el proceso de vivir y sentirse estructura la mente del niño. Las estructuras formadas se llaman (id), Ego y Superego (ello yo y superyo). El ego es el agente activo de la personalidad. Es a la vez consciente e inconsciente . El ello y el superyo son inconscientes. En un principio la mente del bebé es toda ello. El ello representa "quiero"

y "no quiero". Es el ego quien experimenta conflictos y ansiedades, de las cuales, las primeras son, básicamente, elegir entre el placer, representado por el ello y la realidad, representado por los padres. Las prohibiciones y permisos de los padres, especialmente los asociados con sus deseos masturbatorios y agresivos, se convierten en el superego.

La ansiedad es realmente una señal al Yo de que puede quedar desamparado y tras el desamparo aniquilado. Con el fin de evitar este terrible sentimiento, el Ego fabrica defensas que lo facultan para evitar tomar conciencia con el conflicto y protegerse así contra el sentimiento de ansiedad.

La primera defensa es la Negación del deseo del objeto primario (madre) y de la falta de amor de éste. Si se pudiera explicar en palabras, el bebé se mentiría diciendo "no quiero la mamadera" cuando realmente la quiere. Cuando un niño puede escapar físicamente de una situación, puede quedarse dormido.

Otra defensa del niño es llamada identificación con el agresor. La niña palmea a su muñeca por transgresiones, con lo cual es la madre buena como agresora. El niño temeroso de una castración cuando ha de ir al odontólogo, puede jugar a ser el profesional y así convertirse en el castrador en vez de la víctima.

Una tercera defensa es la proyección "no fui yo, fue Snoopy". El niño que utiliza esta defensa realmente cree que él no lo hizo. El padre que

quiera ayudar podrá decir, "snoopy no lo hizo, fue Juancito, sin castigarlo.

Entre las muchas defensas contra los impulsos agresivos y sexuales suscitantes de ansiedad que con más frecuencia se ponen en juego en la latencia y más tarde, las más comunes son :

1.10.1.1 Sublimación : Es la defensa más sana, permite la gratificación de los deseos de maneras socialmente aceptables. Ej : amistades no sexuales, los deportes.

1.10.1.2 Formación reactiva : Con esta defensa, el individuo actúa de manera opuesta a los impulsos prohibidos. El niño que desea ser sucio y cruel puede mostrarse limpio y bueno.

1.10.1.3 Racionalización : El individuo justifica sus acciones, sentimientos y pensamientos ego-alienantes. Los padres podrán decir "¿ acaso no todos los padres dan cachetadas a sus hijos ?".

1.10.1.4 Intelectualización : Un niño lee la enciclopedia pero se saltea las partes sexuales a expensas de obtener malas calificaciones en biología, para no caer en su curiosidad sexual.

1.10.1.5 Aislación : El individuo mantiene la emoción separada de la idea.

1.10.1.6 Volverse contra el yo : Es una forma de desplazamiento más patológica. Se ve a los pequeños pegarse cuando desean o hacen algo contrario a lo permitido por los padres.

1.10.1.7 Hacer y deshacer : Pedir disculpas es un ejemplo claro.

1.10.1.8 Regresión : El individuo puede adoptar un sentimiento de ser su yo más joven. Un muchacho en un encuentro airado con su padre, puede llorar en vez de atacarlo.

1.10.1.9 Proyección : Comienza por ser un mecanismo de defensa, temprano y primitivo para tornarse en un agente útil para la mayoría de las personas en diversas ocasiones. Los prejuicios son defensas proyectivas.

1.10.1.10. Identificación : Uno puede identificarse con los aspectos positivos o negativos de una persona significativa.

El tratamiento psicoanalítico, aporta la resolución de los conflictos, la desaparición de los síntomas y una personalidad nueva más madura.

1.10.2 Teoría conductista :

Una conducta, o convicción, particular, sea considerada buena o mala por el individuo mismo y la sociedad, se torna habitual mediante refuerzos negativos o positivos. Así es como determinada conducta aprendida puede ser desaprendida. Los terapeutas conductistas ayudan a los padres y maestros alentándolos para que instilen ideas positivas y que recompensen

lo cual sirve como refuerzo, la conducta que sea buena para el niño, no sólo por control de parte del adulto.

Un buen ejemplo de cómo la gente es regulada por los demás lo da la educación. Una frase de los cuáqueros dice que la educación que no enseña el control de sí mismo no es educación. Los padres son o deberían ser los primeros educadores. Quizá niños de 2 años sean "terribles" porque se espera que lo sean y, por lo tanto, se los priva de los controles externos que conducen al control de sí mismo.

El objetivo de la terapéutica conductista es ayudar al sujeto a cambiar su conducta ego-alineada o antisocial mediante diversos recursos, tales como condicionamiento operante, desensibilización, información correctora y otros. El objetivo inmediato del odontólogo es ayudar al paciente a lograr el control, con el fin de facilitar el tratamiento odontológico a menudo puede ser necesario recurrir a las técnicas conductistas.

### 1.10.3 Teoría orgánica :

Los que proponen la etiología orgánica de la psicopatología y la conducta socialmente inaceptable creen que todas esas desviaciones de lo normal son causadas por la actividad neuronal o metabólica.

Los estudios de la esquizofrenia apuntan, a menudo, a la presencia de un metabolito anormal en el torrente sanguíneo. Puede que esto sea cierto pero también es cierto que los niveles de adrenalina aumentan cuando

uno está irritado. Cuando un niño se pone manifiestamente ansioso en ocasión de su sesión odontológica puede haber desencadenado un metabolismo aislable en un tubo de ensayo. Un tranquilizante podría reducir la ansiedad. El odontólogo puede recurrir a ellos sólo cuando la ansiedad del paciente lo hace inaccesible a otros esfuerzos por ayudar a lograr su propio control y cooperar. Administrar una droga a un niño para ponerlo en estado de placidez refuerza su convicción de que no es capaz de manejarse así mismo. Al mismo tiempo priva al odontólogo de la oportunidad de contribuir al refuerzo del ego del niño.

### **1.11 ADOLESCENCIA**

La edad cronológica y la funcional de la vida no se corresponden cuando se contempla la etapa llamada "adolescencia". Algunos llegan a adolescentes a los 12 años : otro, sólo a los 15. Una definición más realista para el comienzo de la edad adulta es que se trata de la ocasión en que uno asume responsabilidad por sus propias necesidades de las que dependen de él.

Siempre hubo un cambio físico en marcha y lo seguirá habiendo toda la vida. Antes era más sutil; ahora las hormonas sexuales causan no sólo una inferencia corporal visible, sino una sensación también de extrañeza consigo mismo. La iniciación de la menstruación es la señal indiscutible para la niña de que es una mujer. Los varones no experimentan una señal definitiva así, por lo tanto, pueden usar la defensa de la negación más tiempo, en relación con sus cuerpos. Miran el mundo exterior para que les diga que llegaron a ser hombres. La obtención del registro de conduc-

tores es un símbolo de ese tipo para ellos. Es un tiempo cargado de tensiones; ahora la persona se siente indefensa contra los instintos que son como los conflictos infantiles, pero más fuertes y con la capacidad para ceder a ellos en la realidad.

El largo período que existe actualmente entre ser legítimamente, un niño dependiente y la necesidad de asumir la edad adulta independiente hace que el grupo de pares adolescentes el medio de escape a la sensación de aislamiento que proviene pertenecer ni a la infancia ni a la edad adulta.

Los adolescentes son tironeados en direcciones opuestas. Es muy evidente la dependencia frente a la independencia confunden a los adultos con quienes viven y a quienes deben trabajar con ellos.

Por un lado sienten que nadie los entiende, tienen que poder contar con amor y estabilidad suficientes del medio adulto para impedirles que saboteen su futuro durante las fases negativas. Embarazos, accidentes contra sí mismos y drogadicciones son algunas de las manifestaciones devastadoras debidas a descuidos en esta etapa.

El odontólogo suele experimentar pocas dificultades con sus pacientes adolescentes. Están ahí porque lo desearon o porque estuvieron de acuerdo en que lo necesitaban. Sin embargo, un varón puede llegar muy des- preocupadamente y de pronto entrar en pánico. La vista de un instrumento en la mano del odontólogo puede provocar un retorno de la ansiedad de castración. Está transfiriendo sus impulsos agresivos contra el padre

y su temor de venganza hacia el odontólogo. El niño ansioso tiende a resistir el tratamiento agresivamente. Necesita un odontólogo a quien conozca para que esté establecida su fe en él y su intelecto pueda prestar atención a la explicación y pueda ser utilizado como herramienta para calmar su temor irracional. Cuando no se reduce esa ansiedad, por lo menos a un nivel de trabajo, se puede sospechar que ese niño tiene problema psicológico.

Las mujeres tienden más a percibir los procedimientos de una manera más positiva. Conservar sus dientes hermosos es parte de su esfuerzo por alcanzar y mantener la belleza total. Por una parte, pueden actuar seductoramente y temer el rechazo de la figura odontólogo-padre o pueden malentender su amabilidad como seducción.

Los deseos, temores e imágenes y expectativas de si mismos están normalmente mezclados en la adolescencia. Llega la edad adulta cuando todo esto se pone en línea con la realidad y el raciocinio.

#### 1.11.1 Aspectos psicosociales del embarazo adolescente :

La adolescencia, el embarazo y una visita al dentista son percibidos por muchos como períodos difíciles y de mucho Stress en la vida. La adolescente embarazada que recibe cuidado dental a menudo experimenta una sensación abrumadora, y así entonces no busca ayuda a menos que se presente una emergencia o que el tratamiento dental se ofrezca como una parte del cuidado prenatal.

La adolescencia se ha ubicado como una edad de contradicciones extremas,

egocentrismo, hostilidad, inestabilidad emocional y propia expresión. Es una parte necesaria de la maduración psicosocial en el individuo.

Los padres, profesores y profesionales de la Salud, consideran los años de la adolescencia como los más difíciles de manejar, en parte porque la manifestación del comportamiento es llamada fábula personal. El adolescente tiene una sensación de invulnerabilidad que puede o no hacerlo feliz. En consecuencia, el potencial de obtener bajos grados, de adicción a las drogas o de lograr embarazos puede ser tomado muy a la ligera por el adolescente.

La profilaxis psicosocial del embarazo adolescente depende de quien lucha por ser independiente, y tiene deseo de ser cuidado por un abrazo con suma inconciencia para crear un niño. Los factores etiológicos que contribuyen al embarazo adolescente son poca supervisión de los padres, falta de padres, historia de uso de drogas, mínima educación, menstruaciones tempranas, padres inestables y relaciones familiares que producen efectos traumáticos en los niños. Este embarazo es un gran riesgo en lo que concierne a odontología, están las radiaciones, las drogas, (anestésicos, sedantes, analgésicos, tranquilizantes y antibióticos); deficiencias nutricionales, stress psicológico y fisiológico los cuales son potencializados por el embarazo.

#### 1.11.2 Manejo odontológico del paciente adolescente embarazado :

Durante el embarazo la salud del feto es tan importante como la salud

de la madre. El tratamiento de la paciente embarazada se puede planear en colaboración con el médico. El tiempo más adecuado para procedimientos no electivos es durante el segundo trimestre. Las emergencias, sin embargo, deben ser atendidas durante el embarazo con sumo cuidado.

Los anestésicos locales y los analgésicos atraviesan la placenta, los anestésicos locales pueden usarse en la paciente embarazada, pero la adición del vasoconstrictor ayudará a una absorción lenta de la solución anestésica.

El Stress, el cual puede ser una forma de frustración, conflicto o presión, causa alteraciones en el comportamiento. El tratamiento es manejado por el odontólogo porque el soporte emocional de la familia y la Sociedad está a menudo disminuido.

Es necesario el conocimiento y el entendimiento de la adolescencia y el embarazo, que ayudarán al profesional a tratar adecuadamente a la paciente embarazada.

#### **1.12 PSICOPATOLOGIA**

No se podría negar de manera absoluta que alguna anomalía en la estructura o química del cerebro cause o contribuya a la aparición de patología mental. Sin embargo no es demostrable ninguna lesión del sistema nervioso central en la mayoría de las personas que presenta una conducta desviada. Se describirá la patología desde un punto de vista ecológico, que es el único que destruye la defensa profesional del "no hay

nada que podamos hacer al respecto".

#### 1.12.1 Alteraciones graves :

En todo momento se ha de observar si el ego que el pequeño está desarrollando fuerza suficiente para hacer frente a las expectativas del medio externo. El niño en "latencia" tiene la tarea adicional de responder a los mensajes del superego. Las situaciones patológicas serán descritas a continuación desde graves a leves :

1.12.1.1 Abuso infantil : El abuso físico puede dar por resultado muerte, mutilación y retraso mental. Es un ejemplo de la impotencia del niño para construir su propio mundo.

Hay millones de niños a los que se castiga viciosamente o se les descuida de otras maneras. Representan la población enorme e invisible. Los niños abusados suelen ser sobre todo las víctimas de los padres frustrados, coléricos, inmaduros que no tienen fuentes de ayuda para ellos mismos.

1.12.1.2 Autismo infantil : Varios autores insisten que esta es una alteración orgánica presente al nacer. Los padres describen un niño que no se relaciona con ellos. Existen señales leves de anomalía del sistema nervioso central. El resultado de ésto es que el niño no habla ni sonríe. Se relaciona con las cosas y trata a las personas como si fueran cosas. Los "signos leves" se presentan con temblores de las manos o mo-

vimientos musculares sutiles o manifiestos los dedos, la cabeza y los ojos, torpeza para caminar y distorciones en la recepción auditiva. En general, estos niños usan sus cuerpos sin eficacia o propósito.

1.12.1.3 Condiciones fisiológicas en la primera infancia : El niño afectado no aumenta de peso ni desarrolla un buen tono muscular. El bebé con "caries de mamadera" representa una forma del fracaso para prosperar. Estos niños están emocional y físicamente descuidados. Una manifestación mas tardía del fracaso para prosperar es el llamado "enanismo psicógeno".

1.12.1.4 Depresión anaclítica : Un niño tenía una relación razonablemente buena con la única persona que lo cuidaba, de quien se separa. Deja de interesarse por su medio y se torna lloroso e inconsolable. Esa persona no le es devuelta pronto, puede tornarse crónicamente deprimido o desconfiado de las relaciones futuras.

1.12.1.5 Psicosis simbiótica : El niño parece evolucionar normalmente hasta que no logra pasar la fase práctica del proceso de separación-individuación. Abrumado por la ansiedad, pierde o reduce su habla y es incapaz de separarse de su compañero simbiótico o de relaciones con otros y no puede dejar que los demás se entrometan en esa relación.

A veces la primera y única preocupación de los padres es que el niño no sea capaz de hablar. No están demasiado preocupados por su negativa a

separarse . De modo similar una patología más leve de los años preescolares no es reconocida hasta que el niño debe concurrir a la escuela y se rehusa o concurre pero no logra funcionar bien allí. Por lo tanto, el primer grado representa la prueba crítica de la capacidad del niño aparentemente normal para actuar en el mundo real.

1.12.1.6 Esquizofrenia infantil : Rara vez se utiliza este término a menos que el niño de 9 ó 10 años se comporte más como una persona esquizofrénica adulta. Vive en un mundo de fantasía que cuando se le comprende, es una simbiosis reestablecida. Estos niños suelen tener padres desordenados e incongruentes.

### **1.13 NEUROSIS Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

La neurosis es una enfermedad y ésta implica sufrimiento. Una neurósis es la manifestación de la ansiedad del Ego por tener que mediar en el conflicto entre el ello y el superego. El síntoma indica que las defensas contra sentir ansiedad y tener conciencia del conflicto están fallando.

El individuo que tiene un trastorno de la personalidad puede manifestar la misma conducta que un neurótico. No obstante sus defensas contra la ansiedad y la conciencia del conflicto. Se han constituido en una parte engranada en su ser y, por lo tanto, en ego-sintónicas.

La neurosis representa el fracaso del esfuerzo defensivo por mantener reprimidos los impulsos sexuales y agresivos.

Las formas principales de neurosis y de trastornos de la personalidad análogos son :

#### 1.13.1 Neurosis depresiva y personalidad depresiva :

Es el resultado de la regresión del Ego a la etapa oral. Sus elementos principales son dependencia, ambivalencia, ira y culpa. El niño no logra progresar en la escuela ni disfrutar las actividades de juego. Los niños deprimidos necesitan mucha atención, pero no son demasiado eficaces en conseguir que se la brinden. Son más vulnerables a los resfríos y son propensos a tener problemas psicosomáticos que dan por resultado, que no se los mande a la escuela.

#### 1.13.2 Neurosis obsesiva-compulsiva :

Se manifiesta en el individuo por pensamientos y conductas que no desea pero que es incapaz de librarse de ellos. El pensamiento, la conducta irracional reconocibles representan la realización de actos o pensamientos prohibidos. No hacerlo despierta temporalmente ansiedad y retorno del pensamiento o la conducta indeseados.

La personalidad obsesiva -compulsiva halla fuera de su control a los pensamientos y la conducta repetitivos y ritualistas, pero son ego-sintó- nicos. A veces se llama talento a lo que realmente es sólo una actividad ritualista que controla al ser mismo y a su medio.

### 1.13.3 Fobia :

Es una manera de Ego de hallar una cosa de la cual tener miedo en vez de sus propios impulsos sexuales o agresivos.

En la latencia, las fobias se dirigen sobre todo contra la agresión. En la adolescencia, los temores a los impulsos sexuales adquieren igual significación. El miedo de salir a la calle puede significar el temor de ser seductora. El temor a los cuchillos es temor a la agresión a los demás o de que se vuelva contra sí mismo.

Los trastornos de la personalidad son extremadamente duros de tratar, porque la conducta es egosintónica. Las neurosis son más susceptibles de tratamiento porque el individuo sufre. Cuando lo indique la severidad, el tiempo y las finanzas lo permitan, el psicoanálisis es la mejor forma de terapéutica para las neurosis, porque su objetivo es resolver los conflictos básicos.

### 1.13.4 Delincuencia :

Es una forma especial de trastornos de la conducta, puede ser un síntoma de neurosis, o la manifestación de un trastorno de la personalidad o una adaptación normal o un medio muy negativo.

## **1.14 DE LOS 18 A LA MUERTE**

Habiendo observado de cerca al niño que experimenta el paidodoncista es razonable ahora observar al adulto que experimenta el niño.

Al llegar a los 18, la persona es legalmente adulta, Tiene un ego bastante fuerte para juzgar, decidir y hacer frente a esos ataques. En el servicio de mantenimiento o recarga de su Ego se permite regresiones de su estado de adulto, bajo la forma de vacaciones, deportes, música, hobbies.

El adulto psicótico no enfrentará las realidades de la vida para nada. El adulto neurótico les hará frente, pero con una capacidad inferior a sus aptitudes, porque sus energías están invertidas en luchar con conflictos no resueltos correspondientes a la infancia.



## **CAPITULO 2**

### **COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES Y PACIENTES EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO**

La capacidad para tratar niños con éxito depende de muchos factores, entre los cuales está el goce y la satisfacción por un trabajo bien hecho para quienes trabajan con niños. Si es que han de mantenerse por un período determinado. La propia personalidad y manera de ser del odontólogo debe reflejarse en la administración del consultorio, para crear un ambiente que refleje el estilo, satisfaga las necesidades de los niños.

#### **2.1 CONSIDERACIONES SOBRE EL COMPORTAMIENTO**

Se deben tener en cuenta cuatro objetivos específicos de la odontología pediátrica.

##### **2.1.1 Calidad :**

Es una preocupación primordial realizar odontología para niños con la misma calidad y atención al detalle de la brindada a los adultos.

##### **2.1.2 Comodidad :**

Esto se aplica a los niños, los padres, el personal y el odontólogo.

La comodidad del niño es una consideración importante y se ha de dedicar

un buen esfuerzo a asegurarse que la tenga, tal como en el empleo de una minuciosa orientación y anestesia tópica y local. Sin la comodidad del odontólogo y del personal; habrá un efecto sobre la calidad de la atención odontológica. Tanto la comodidad física como la emocional del odontólogo y del personal exigen atención .

### 2.1.3 Motivación :

Este es un aspecto vital de la odontología para niños. Las primeras etapas de la vida ofrecen la oportunidad de influir sobre actitudes para toda la vida con respecto de la atención odontológica. Si se establecen actitudes de salud bucal positivas en los niños y sus padres servirán para preservar la salud dental en años posteriores. Una experiencia negativa en esta etapa de la vida del niño puede actuar como un desaliento para la atención odontológica regular.

### 2.1.4 Satisfacción :

El niño debe sentirse satisfecho consigo mismo y el personal odontológico. Los elogios y las críticas influyen mucho sobre los niños y los sentimientos positivos generados a temprana edad influirán sobre futuras actitudes odontológicas.

Los padres deben quedar satisfechos de que su hijo fue bien tratado, emocional y clínicamente. Esto es imperativo para que se den nuevas oportunidades de mejorar aún más la salud bucal del niño.

## 2.2 CONSEJO A LOS PADRES Y COMPORTAMIENTO DEL NIÑO

En cualquier situación, el modelo de comportamiento de un niño está regido por su herencia física y mental, y a medida que se desarrolla, por el acondicionamiento que recibe al entrar en contacto con el medio. El comportamiento consecuencia del medio se puede alterar; y se puede controlar y desarrollar de manera que el niño crezca y llegue a tener una personalidad bien encajada, adecuada para la sociedad en que se encuentra.

El que los niños acepten el tratamiento dental de buen grado o lo rechacen totalmente dependerá de la manera en que han sido condicionados. El condicionamiento emocional de los niños hacia la odontología al igual que hacia las otras experiencias que forman la niñez, se forma primordialmente en casa y bajo guía paterna.

Si el odontólogo va a realizar trabajos dentales satisfactorios en sus pacientes infantiles, debe contar con su total cooperación. Tan sólo podrá obtener esta cooperación si comprende el tipo emocional de los niños y de sus padres. Si no comprende esto, le resultará difícil manejar niños.

El manejo adecuado de los niños en el consultorio dental es responsabilidad del odontólogo, y la debe asumir sin dudar, si quiere cumplir con la obligación que tiene hacia sus pacientes y su profesión. Si queremos tener buenos pacientes infantiles, primero tendremos que educar a los padres. El dentista que no lo haga, no está usando todos los medios dis-

ponibles para el manejo del niño.

### 2.2.1 Relaciones interpersonales :

Existe gran cantidad de interferencias que alteran el patrón de comportamiento de todo niño que visita al odontólogo. Las relaciones entre padres e hijos se cuentan entre las principales relaciones interpersonales. Cuando se consideran el número y la variedad, de factores emocionales que se manifiestan en actitudes de los padres, tales como efecto, indiferencia, hostilidad, rivalidad, dependencia, dominación, sumisión, es impresionante la gran variedad de factores que pueden modificar la personalidad individual del niño. Si las actitudes de los padres son defectuosas, el comportamiento del niño puede alterarse, hasta el punto de convertirlo en paciente dental insatisfactorio. Por otro lado, si los padres muestran actitudes saludables hacia sus hijos, los niños serán bien educados, se comportan bien y, por lo general, serán buenos pacientes.

Todo niño tiene necesidades fundamentales de amor, protección, aceptación, estimación propia, independencia, autoridad, limitaciones, consuelo y apoyo. Estas necesidades deberán satisfacerse para que cada niño llegue a la madurez como individuo bien centrado. Cuando no existen restricciones al comportamiento de los niños, a menudo se producen sentimientos de culpabilidad.

Se vuelven hoscos, temerosos y ansiosos. . Cuando los padres satisfacen

exageradamente las necesidades emocionales, el niño tiende a crecer con conflictos emocionales, y creará problemas a sus padres y a las personas con quienes entra en contacto.

#### 2.2.2 Extremo de comportamiento en los padres :

Entre los extremos de comportamiento que los padres muestran hacia sus hijos podemos mencionar los siguientes :

2.2.2.1 Protección excesiva : Todo niño necesita amor y afecto. Sin embargo, a causa de ciertos factores emocionales, relacionados con experiencias o dificultades presentes, el impulso protector de los padres puede volverse excesivo e interferir en la educación normal del niño. Generalmente, el niño que está excesivamente protegido, no puede utilizar iniciativa propia o tomar decisiones por sí mismo.

Los padres dominantes presenta niños muy tímidos, delicados, sumisos y temerosos. Estos niños no son agresivos y carecen de presunción y empuje social. Son humildes con sentimientos de inferioridad. A causa de la timidez del niño, el odontólogo tiene que romper la "barrera de timidez" haciendo que el niño confíe en su capacidad para ser un buen paciente dental. Los padres que son demasiado indulgentes, o que dan demasiados lujos a sus hijos, presentan niños que tienen dificultades para adaptarse al medio social que les rodea.

2.2.2.2 Rechazo : El padre que es algo indiferente tiene hijos que se sienten inferiores y olvidados. No están seguros de sí mismos y de su lugar en la sociedad. Los niños no deseados o rechazados no solo sufren

falta de amor y afecto, sino que pueden ser tratados con desprecio y a veces con brutalidad. Estos niños desarrollan carencias de estimación propia y sentimientos de incapacidad que los lleven a ansiedades profundas. Puesto que el niño no tiene seguridad en casa, se vuelve suspicaz, agresivo, vengativo, desobediente, nervioso y demasiado activo. En el consultorio odontológico este niño puede ser difícil de manejar generalmente el niño rechazado deberán respetarse sus peticiones en lo posible, porque están necesitados de atención y bondad. Debe enseñársele que cuando se porte bien el tratamiento dental es mucho más agradable.

2.2.2.3 Ansiedad excesiva : Se caracteriza por preocupación excesiva, por parte de los padres por el niño como resultado de alguna tragedia familiar anterior, que fue consecuencia de alguna enfermedad o accidente. Se exageran mucho las enfermedades de poca importancia y se le hace guardar cama sin necesidad. Son generalmente buenos pacientes si se les instruye para que lo sean; sin embargo, es posible que el dentista tenga algo de dificultad en vencer sus temores.

2.2.2.4 Dominación : Los padres que son dominantes exigen de sus hijos responsabilidades excesivas que son incompatibles con su edad cronológica. No aceptan al niño como es, sino que lo fuerzan a competir con otros niños mayores o más avanzados. Si se les trata amable y consideradamente, éstos niños generalmente llegan a ser buenos pacientes odontológicos.

2.2.2.5 Identidad : en ciertos casos, los padres tratan de revivir sus

propias vidas en los hijos. Al hacerlo, quieren dar al niño todas las ventajas que les fueron negadas. Estos niños reaccionan en el consultorio dental de la misma manera que los niños de padres dominantes, y deberán ser manejados análogamente. Si la dominación de los padres es justa y se administra adecuadamente, el niño tenderá a ser un buen paciente dental. El consultorio es una experiencia nueva para el niño, por lo tanto, necesita la confianza y seguridad que sólo un padre o una madre puede dar. A causa del miedo que pueda experimentar, ningún niño muy joven deberá venir al consultorio odontológico sin compañía.

Los hogares deshechos pueden ser dañinos para una buena personalidad. Pueden llevar a sentimientos de inseguridad, inferioridad, apatía y depresión. Un hogar armonioso es aquel en donde los hijos son queridos. El hogar es sin duda alguna, el factor más importante para modelar la personalidad del niño. Es el hogar el que gobierna el destino del niño en su medio social.

### **2.3 COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO**

Se puede hacer que los padres comprendan que, una vez en el consultorio, el odontólogo sabe mejor cómo preparar emocionalmente al niño para el tratamiento necesario. Los padres deberán tener confianza total en el odontólogo y confiar su hijo a su cuidado. Algunos niños en edad escolar se portan mejor en ausencia de sus padres, especialmente si el trato de éstos ha sido defectuoso.

Si se invita al padre de un niño mayor para que pase a la sala de tratamiento, deberá desempeñar, el papel de un huésped pasivo y permanecer de pie, o sentarse alejado de la unidad. No deberá hablar al dentista o al niño, a menos que aquel se lo pida, ni deberá tomar al niño de la mano ni mirarle con simpatía y expresión asustada.

### 2.3.1 Sistema de clasificación de conducta paterna :

Sin la cooperación de los padres es muy poco lo que se puede hacer con los pequeños. Es importante establecer un sistema para evaluar la capacidad de cooperación del padre. Una vez hecho ésto es posible embarcarse en un programa que aliente una cooperación positiva.

2.3.1.1 Cooperativos : Estos son los padres que demuestran un alto nivel de conciencia odontológica. Estos padres aprecian los servicios prestados desde un punto de vista clínico y de conducta. La mayoría de los padres de esta categoría quieren realmente lo mejor para su hijo y aceptan prontamente el consejo profesional.

2.3.1.2 Potencialmente cooperativos : Esencialmente, si el medio y el equipo odontológico están bien orientados, entonces es habitualmente fácil establecer la confianza.

Las personas de esta categoría pueden poseer una gran conciencia odontológica y necesitar sólo un refuerzo positivo, el de que su hijo sea apropiadamente tratado.

Los padres cargados de culpa por los problemas dentarios de sus hijos requieren una gran cantidad de apoyo. Es una situación común la del padre de una criatura con caries por pautas dietéticas inadecuadas, por ejemplo, la mamadera nocturna lo más frecuente es que el bebé haya estado bajo el cuidado total de los padres y específicamente la madre se siente culpable.

2.3.1.3 Capacidad cooperativa limitada : Es un grupo de padres con los cuales es extremadamente difícil la comunicación. A menudo, es el resultado de experiencias negativas previas, algunas tan severas como para destruir permanentemente la confianza.

2.3.1.4 Instrucciones a los Padres : Es muy raro encontrar una madre que lleve a su hijo al consultorio dental sin aprensiones ni desconfianza sobre cuál será su reacción al tratamiento. Si se informa a los padres de ciertas reglas sencillas a seguir antes de traer al niño al odontólogo por primera vez, será de gran ayuda para ellos y para su hijo.

Pedir a los padres que no expresen sus miedos personales enfrente del niño. La causa primaria del miedo en los niños es oír a sus padres quejarse de sus experiencias personales en el odontólogo. Hay que instruir a los padres para que nunca utilicen la odontología como amenaza de castigo. Los padres deben familiarizar a su hijo con la odontología llevándolo al odontólogo para que se acostumbre al consultorio y empiece a conocerlo.

Se les debe pedir a los padres que no sobornen a sus hijos para que vayan al odontólogo. El padre no debe prometer al niño lo que va a hacer o no el odontólogo. El odontólogo no debe ser colocado en una situación comprometida donde se limita lo que puede hacer para el niño.

## **2.4 FACTORES QUE AFECTAN LAS ACTITUDES PATERNAS**

### **2.4.1 Edad :**

Las respuestas de los padres pueden verse influenciadas por su estado de madurez. Un padre preocupado puede engendrar un niño inseguro, con lo cual reduce la posibilidad de lograr la atención odontológica. Por el contrario los padres jóvenes que hayan creado un ambiente estable para su hijo pueden mostrarse muy receptivos al ideal en odontología.

Con frecuencia se trata de un hijo único y los padres suelen ser sobreprotectores y permisivos. Esto puede influir sobre sus respuestas a la atención propuesta.

### **2.4.2 Salud :**

Los problemas médicos pueden influir sobre la capacidad de atención de los padres a las necesidades dentales de los hijos. Las respuestas de un niño pueden estar alteradas si hay tensión en el hogar. La ausencia temporaria de un progenitor puede engendrar inseguridad.

#### 2.4.3 Estabilidad emocional :

La salud mental, igual que la física, debe estar bien sino ha de afectar las actitudes paternas y de los hijos. La inestabilidad suele ser el resultado de una incapacidad para superar las tensiones de la vida normal.

2.4.4 Educación : Se supone que cuanto más educada la persona, mayor conciencia odontológica y mayor exigencia de una salud bucal. La persona menos educada será más receptiva al consejo profesional por un respeto básico a la educación.

2.4.5 Estado Civil : Para los padres solteros la gama de responsabilidades suele ser amplia. Suelen ser empleados con horario completo y están separados de sus hijos durante un largo período del día, lo que crea dificultades de supervisión de la conducta y pautas alimentarias. Los hijos de tales padres suelen mostrarse indisciplinados o inseguros a causa del reducido grado de contacto con los padres.

#### 2.4.6 Factores culturales y étnicos :

El lenguaje puede crear problemas de comunicación que comprometan el tratamiento recomendado. Las pautas dietéticas pueden diferir notablemente entre los diversos grupos étnicos y las recomendaciones de higiene bucal pueden tener que ser adaptadas a las circunstancias individuales. El niño que toma la mamadera durante un período muy prolongado suele producir caries precoces.

Hay grupos culturales que no conceden importancia a la atención dental del niño y que preferirán visitar al odontólogo sólo por emergencias, lo cual torna bastante difícil proveerles atención integral.

#### 2.4.7 Factores Socioeconómicos :

Personas de grupos socioeconómicos elevados que buscan atención odontológica de alta calidad. Personas en posición financiera menos estable con frecuencia sacrificarán otras cosas para proporcionar a sus hijos la mejor atención médica y odontológica.

#### 2.4.8 Historia Médica y Odontológica pasada :

La manera en que ésto afecta las actitudes varía con las experiencias de los padres. Los que tienen una historia traumática médica u odontológica pueden mostrar ansiedad y aprensión. Otros no quieren que sus hijos experimenten las mismas ansiedades que ellos vivieron y son más receptivos a las recomendaciones conducentes a una buena salud bucal y a un niño relajado. Es prudente establecer una mutua confianza si se pretende brindar odontología óptima.

### 2.5 FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA CONDUCTA DEL NIÑO

#### 2.5.1 El bebé :

Durante el primer año de vida el niño es el centro de atención. Durante esta etapa del desarrollo, se inicia el establecimiento de una confianza básica. Las experiencias del bebé son sustancialmente bucales y la

experimentación se produce con todo cuanto sea introducido en la cavidad bucal.

La cooperación de los padres es muy importante en esta edad y más adelante se discutirá una técnica para utilizar esa cooperación.

#### 2.5.2 El niño de 2 años :

La educación de los esfínteres es un acontecimiento mayor que contribuye a los sentimientos de logro y éxito. Por primera vez el niño aprende a controlar cómo se siente y ser capaz de influir sobre las actitudes adultas. El niño querrá tocar y manipular los objetos para captar su significado. No es raro el llanto durante el examen dental y no debe obstaculizar el establecimiento de una relación positiva. El niño reaccionará positivamente a los colores brillantes; y negativamente a los ruidos súbitos.

#### 2.5.3 El niño de 3 años :

Es época de semiindependencia en la cual existe un grado sorprendente de control de sí mismo y el niño es capaz de razonar a mayor grado. El vocabulario mejora mucho y la comunicación es fácil en la situación odontológica. El niño recibe particularmente bien los elogios.

#### 2.5.4 El niño de 4 años :

Puede ser una edad compleja. El niño puede estar centrado en sí mismo y persiste en el intento de hacer su propia manera. Hay capacidad para responder a las indicaciones verbales. Se ha de tener presente que esta

edad muestra los picos de temores del niño y que tiene tendencia a ser muy dramático. El profesional debe ser particularmente cuidadoso y comprenderá las emociones del niño y manejará al niño con gran precaución. Un manejo errado a esta edad puede tener efectos devastadores a largo plazo sobre las actitudes odontológicas.

#### 2.5.5 El niño de 5 años :

Los temores han disminuido usualmente y poseen la capacidad para evaluar la situación atemorizante. Responden muy bien a los elogios. Estos niños se comunican bien, comprenden la mayoría de las instrucciones y se adaptan bien en cuanto a pautas de conducta. En muchos sentidos, ésta es una edad ideal.

#### 2.5.6 El niño de 6 años :

Es una edad crítica en la vida del niño, cuando habitualmente comienza la escuela. Como resultado, es un apartamiento de la dependencia de la familia. Es una época de considerable ansiedad, con frecuente temor al daño corporal y, con el pico de las tensiones, puede haber desahogos de violentas rabietas o golpes a los padres, médicos u odontólogos. El niño de 6 años responde favorablemente al enfoque del "diga, muestre, haga".

#### 2.5.7 El niño de 7-12 años :

Estos niños prefieren la compañía de otros de edad y sexo similares. Existe la necesidad de identificación con otros adultos que no sean los padres. La consideración más importante es tratar a cada niño de acuerdo con su edad.

### 2.5.8 El adolescente :

El adolescente experimenta a la vez una revolución fisiológica y social, y las personalidades varían ampliamente con ánimos diversos. Existe una tremenda hipersensibilidad y hay una preocupación particular por la aceptación de los pares. El niño que experimentó problemas durante los primeros tiempos de su evolución puede demostrarse a esta altura.

## 2.6 FACTORES FUERA DEL CONTROL DEL ODONTÓLOGO

### 2.6.1 Historia médica y odontológica pasada :

En muchos sentidos, es más simple generar pautas de conducta positivas en el consultorio odontológico cuando no hubo una experiencia odontológica previa, puesto que existe la oportunidad de desarrollar técnicas de tratamiento personalizadas, con el fin de reforzar pautas de conducta aceptables. Algunos pacientes, en virtud de experiencias previas médicas y odontológicas, demuestran niveles reducidos de ansiedad.

El odontólogo debe alentar el nivel existente de confianza y desarrollar aún más las pautas de conducta preferibles.

### 2.6.2 Influencia de los padres :

Es un factor importante la influencia de los padres sobre la visión del niño respecto a la odontología. Si es positiva, el niño se sentirá alentado a responder favorablemente. Una influencia negativa por cierto desalentará actitudes positivas hacia el medio-odontológico.

La inseguridad del niño relacionada con factores en la unidad familiar, sin duda influirá sobre el tratamiento.

La ansiedad o el desinterés desplegado por los padres, por el odontólogo o la odontología en conjunto será emulado por el niño.

2.6.3 Relaciones con hermanos : La influencia puede ser positiva o negativa. Si las experiencias de los hermanos fueron desfavorables, la influencia será precisamente la opuesta.

2.6.4 Influencia de los padres :

Es similar a la influencia de los hermanos, pero es mayor el potencial de aliento o de niveles incrementados de ansiedad de parte de los amigos que de las hermanas o hermanos. Esto, a su vez, se reflejará en la pauta de comportamiento en el consultorio odontológico.

2.6.5 Influencias escolares :

Ni los padres ni el odontólogo serían capaces de determinar el grado de influencia de la escuela sobre la conducta del niño. Se debe comprender que la experiencia escolar puede tensionar a algunos niños. Los niveles de ansiedad pueden modificarse de una etapa de la vida a la siguiente, de manera para nada relacionada con lo que pudo surgir del consultorio odontológico y se adquiere una objetividad suficiente para evaluar la circunstancia independientemente con el fin de establecer el camino apropiado para la reducción de aprensión.

### 2.6.6 Enfermedad :

La salud física de un niño influye en su conducta. Pacientes perfectamente cooperadores pueden reaccionar de una manera totalmente extraña en tales circunstancias y siempre se ha de considerar a la enfermedad con una causa incuestionable para modificar una citación, con lo cual se evitan las experiencias desfavorables.

## 2.7 FACTORES DENTRO DEL CONTROL DEL ODONTOLOGO

### 2.7.1 Ambiente del consultorio orientado al niño :

Uno de los métodos más fáciles de reducir los niveles de ansiedad es crear un medio que atraiga al niño. Las necesidades ambientales del niño difieren de las del adulto, y es preferible planificar un consultorio odontológico que aliente un sentimiento de comodidad y familiaridad en el niño. Es ventajoso establecer una área recreativa o de juego aparte en el cual se puedan polarizar los niños. Esto los alentará a dejar el lado de sus padres y facilitará la separación cuando se transfiera el niño a la sala de operatoria, Sirve también para reducir los niveles de ansiedad.

El color es muy significativo para los jovencitos. Casi variablemente prefieren los colores cálidos a los fríos. Tienen gran conciencia de los sonidos. Un sonido negativo de cualquier naturaleza puede despertar su ansiedad. Ayuda mucho la utilización de alfombras que reducen efectivamente los niveles de sonido. El tono de voz del odontólogo y del personal pueden instilar confianza o desalentarlas.

Los niños notan decididamente los olores y les informarán de ellos a los padres. El olor del eugenol que invade el consultorio puede resultar particularmente desagradable.

Una pecera es siempre una fuente de entretenimiento y puede ser colocada en la sala de recepción o en la de tratamiento en un lugar en que el niño pueda verla. Una música apenas audible y relajante en la sala de recepción tiene efectos reconfortantes en los padres y el niño.

#### 2.7.2 La asistenta :

La primera persona con la que el niño se pone en contacto al llegar al consultorio, suele ser la asistenta dental. De ese primer encuentro depende gran parte de la respuesta positiva del pequeño, quien captará la actitud de espontánea y genuina cordialidad, lo mismo que la sonrisa de compromiso, el desgano, el tono seco y poco amable. Por eso, quien va a colaborar con nosotros en labor tan importante, además de grata presencia deberá poseer madurez emocional; es suficiente una mujer que quiera a los niños, se vincule con ellos por mecanismos inmediatos e instintivos y esté instruída para no usar ni amenazas ni referencias al "coco" y para contestar adecuadamente las preguntas que le formulará el niño.

Frases como "¿porqué lloras? Si el doctor es bueno", "no tienes por qué tener miedo, que no te va a pasar nada". "El doctor no hace doler", o similares, debieran quedar totalmente abolidas. Su "buena intención"

de ninguna manera alivia la ansiedad del niño. Luego de los saludos, una introducción adecuada puede ser. "El doctor tendrá gusto de verte dentro de un momento".

### 2.7.3 El consultorio :

Friedman, propone disfrazar "el consultorio quitándole ese aspecto deprimente que frecuentemente tiene". Aconseja "decoración de película" ejemplo : el consultorio puede ser una imitación del país de las maravillas de Alicia, el viejo oeste el interior de una nave interplanetaria, la cubierta de un antiguo barco, todo ésto los lleva a liberarse de sobresaltos y temores. Si el consultorio no se va a dedicar exclusivamente a los niños, deberá reservarse para ellos una área en la sala de recepción.

### 2.7.4. Uniformes :

Desde que iniciamos la atención exclusiva a niños, descartamos el color blanco de nuestro consultorio. El celeste, el verde, el amarillo resultan menos traumatizantes y más sedantes. Lo importante es quien está dentro del uniforme y la simpatía y seguridad que trasmite. Ya estamos convencidos que el niño reacciona no al uniforme, sino a la persona que lo usa.

### 2.7.5 Horarios y programación de sesiones :

Si los niños están acostumbrados a siestas o comidas a determinada hora del día, entonces se evitará citarlos a esa hora en que pueden estar irritables. La edad suele ser crítica y en general se reconoce que los

preescolares es mejor verlos temprano. Los niños aprensivos y premedicados deben ser citados de modo similar, pues todos los participantes en la sesión estarán más frescos por la mañana que por la tarde. La longitud de la sesión debe ser determinada por el trabajo a realizar y el lapso de atención del niño. La mayoría de los niños tienen una tolerancia sorprendente a sesiones de 45 minutos o más, de modo que el tratamiento no se verá comprometido por la edad. Generalmente nos vemos obligados a atender niños en las últimas horas de la tarde, las más inadecuadas para ellos. Luego de un día en la escuela, con todas las alternativas posibles, cansados física y mentalmente, resulta que las pocas horas que les quedan para distraerse deben pasarlas visitando al dentista, en momentos de mayor incomodidad para viajar etc.

Algunas palabras más sobre las faltas que son expresiones somáticas, de rechazo, por mecanismos inconscientes, a la experiencia odontológica, se han observado varios casos sobre el "lenguaje orgánico", como desplazamiento de agresión. Muchos niños mejoran cuando se suspende la cita.

#### **2.7.6 EL ODONTÓLOGO**

El odontólogo sirve de fuerza orientadora principal en el consultorio dental. Es importante que se mantenga objetivo y conserve su capacidad para evaluar a los niños con exactitud. La firmeza junto con la bondad y una voz suave y clara serán útiles. Debe ser cortés y hablará al niño como de una persona a otra. Es imperativa la sinceridad con los niños pero es prudente evitar la terminología que potencialmente cause temor. Los uniformes si se los usa son preferibles de colores alegres.

### 2.7.7 Orientación :

La mayoría de los niños responden muy positivamente al medio odontológico. Deben comprender que se les hace, con qué propósito y qué se espera de ellos. Cada niño debe ser encarado como una persona inteligente capaz de comunicación.

La auxiliar de odontología debe siempre presentarse la primera vez que ve al niño, y en cada visita subsiguiente. Se han de explicar los instrumentos por utilizar, las sensaciones por experimentar y el propósito de la sesión. No es suficiente emplear terminología que el niño no puede comprender sino más bien crear una imagen visual, auditiva e intelectual, de lo que habrá de suceder.

Corresponde también al profesional establecer lineamientos de lo que es una conducta aceptable y definirlos claramente de manera cariñosa y suaves. Esto produce efectos positivos y crear una situación más segura a la cual se puede adaptar el niño.

### 2.7.8 Organización del consultorio.

La organización y cohesión de un consultorio odontológico influirá muchísimo sobre el ánimo y temperamento de padres, pacientes y personal. La sala de operaciones puede hacerse lo más atractiva posible al niño si algunos dibujos en las paredes muestran niños jugando, el dibujo de un niño alegre y riéndose es siempre bueno. El equipo bien organizado faculta al odontólogo para interesarse por aspectos que sólo él puede

ejecutar, en tanto que buena parte de la base para establecer la confianza es compartida por las auxiliares.

Los niños necesitan sentir que se los quiere; logrado ésto, el logro de los objetivos será más fácil.

## **2.8 TECNICAS BASICAS PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA**

### **2.8.1 Condicionamiento :**

Cuando los niños llegan al consultorio para su atención odontológica, sin haber tenido experiencia previa de ese tipo, se pueden establecer pautas de comportamiento apropiado mediante el empleo del refuerzo positivo. Se utilizará un simple enfoque de diga-muestre-haga y se tomarán todos los cuidados para asegurarse que el niño esté bien informado de los procedimientos pendientes. Esencialmente todo lo que se requiere es un enfoque humano y honesto.

### **2.8.2 Recondicionamiento :**

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

### **2.8.3 Conducta descontrolada :**

Si la conducta descontrolada se produce en el área de recepción, se pide al padre que haga pasar al niño al consultorio. Es preferible que sea

el padre quien cumpla esta función en vez de alentar mayor hostilidad de parte del niño mediante el recurso de apartarlo por la fuerza del familiar. Una vez en el consultorio el padre será quien sienta al niño en el sillón dental y haga un intento inicial por establecer la disciplina. Si no tiene éxito entonces el odontólogo se hará cargo.

#### 2.8.4 Conducta desafiante :

Se intentará establecer una comunicación. Es importante ser firme, confiado y establecer lineamientos claros para la conducta. Una vez establecida la comunicación, los pacientes de esta categoría pueden tornarse muy cooperativos.

#### 2.8.5 Conducta tímida :

Debemos acercarnos a estos niños de una forma confiada, cariñosa, cálida y humana. Lo mejor es un abordaje suave. Estos niños suelen reaccionar mejor ante las mujeres inicialmente, una vez logrado un nivel de comodidad, el odontólogo puede entonces participar en un enfoque con mayor éxito.

#### 2.8.6 Conducta cooperativa tensa :

Los niños con estas características pueden resultar muy difíciles de tratar. Ellos soportan su ansiedad lo mejor que pueden. Los signos de aprensión, retorcerse las manos, transpirar, cogerse del sillón, también pueden ser indicios de comodidad.

### 2.8.7 Conducta llorosa :

Este tipo de reacción puede resultar muy frustrante para todos los miembros del equipo odontológico. Debemos acercarnos a estos niños de manera racional y objetiva.

### 2.8.8 Restricción:

Usar cualquier tipo de fuerza ha sido un punto de controversia en odontología durante años. Si se utiliza como técnica se debe tener gran precaución; hay diversidad de formas desde poner las manos sobre los hombros o el pecho o la mano sobre la boca. La aplicación primaria de esta técnica sería para niños de conducta descontrolada; pero debe tenerse muy claro que el niño no sufra ansiedad o temor y así sólo se compliquen sus emociones. El objetivo es lograr el control del paciente y, si fuera necesario, impedirle que emita sonidos cubriéndole la boca con la mano. Logrado esto se le habla tranquilamente al oído explicándole que tan pronto como comience su cooperación, cesará toda restricción.

### 2.8.9 Premedicación :

El uso de medicación que aliente una conducta más positiva ha de ser considerado sólo un recurso auxiliar. La premeditación no asegura que el odontólogo pueda alcanzar todos sus objetivos, pero facilitará el llegar a ellos.

### 2.8.10 Papel de la anestesia general :

Desde el punto de vista del manejo de la conducta, se debe reservar la

anestesia general para los niños que entran en la categoría de falta de capacidad de cooperar.<sup>11</sup> Es raro que esta técnica requiera uso repetido para otros niños que no sean los faltos de capacidad de cooperación.

## **2.9 TECNICAS PARA EL DESARROLLO DE PAUTAS DE CONDUCTA POSITIVAS**

Los sistemas de evaluación de las pautas de conducta serán utilizados dentro del marco de un programa que lleve al máximo el condicionamiento positivo.

### **2.9.1 La visita inicial :**

2.9.1.1. Propósito : La preocupación primaria es evaluar la salud bucal del niño. De acuerdo con esto se evalúa el estado actual de la boca y las consideraciones futuras probables. Se debe establecer una relación con los niños y los padres para desarrollar una base de mutua fe y confianza.

2.9.1.2. Historia de la familia en general : Proporciona una comprensión del niño y su medio, que entonces pueden ser evaluados por los efectos posibles sobre el potencial cooperativo del niño y los padres.

2.9.1.3. Estableciendo el papel del Padre: La decisión principal consiste en saber si el padre acompañará al niño al consultorio para la visita inicial. Esto depende de las necesidades del niño, el odontólogo y los padres.

## **CAPITULO 3**

### **CONOCIMIENTO DEL DOLOR DENTAL**

Ninguna definición simple del término dolor sería aceptable para todos los investigadores, ni hay una definición actual que perdure. Los desarrollos rápidos en el campo de la investigación del dolor dictaminarán una actualización y una redefinición periódica del término. Sin embargo, el dolor podría ser definido tentativamente ahora como una experiencia emocional desagradable, iniciada usualmente por un estímulo nocivo y transmitida sobre una red neural especializada hasta el sistema nervioso central, en donde el estímulo es interpretado como doloroso.

El dolor no es una sensación "pura" como la audición o la visión, y no puede ser tratado como tal. Más que eso, el dolor es una experiencia emocional; el temor, la ansiedad, las experiencias pasadas y el sufrimiento son todos componentes de un evento desagradable.

#### **3.1 FISILOGIA DEL DOLOR**

El rostro humano, la boca y la faringe tienen gran cantidad de nervios sensoriales; estas neuronas se relacionan principalmente con el quinto nervio craneal, pero existen contribuciones importantes del séptimo, noveno y décimo.

Las neuronas sensoriales son unipolares. Los núcleos de sus células están situados en ganglios, como el ganglio gasseriano del quinto nervio craneal.

La transmisión de los estímulos empieza en el extremo receptor de la neurona ofrente, y sigue a través del núcleo del ganglio, hasta la sinapsis del núcleo sensorial. Es bueno observar que muchas de las neuronas aferentes de los nervios sensitivos de la cara, boca y faringe, expresamente los nervios craneales quinto, séptimo, noveno y décimo y el primero y segundo nervios cervicales, terminan en el núcleo caudal trigeminal. El sistema nervioso central es capaz de recibir, codificar, transmitir e interpretar información sobre la calidad, intensidad, localización y duración de los estímulos que se perciben como dolorosos.

### **3.2 REACCIONES DEL PACIENTE AL DOLOR Y AL MIEDO :**

Si se percibiera solo el dolor y no existieran reacciones a él, no habría necesidad de considerarlo con mayor profundidad. Pero mientras que la percepción del dolor es de máxima importancia para el paciente, es en realidad la reacción del paciente al dolor lo que es de máximo importancia para el odontólogo. Las reacciones al dolor dependen en gran número de factores mal entendidos de fisiología y psicología. Los mejores medios de obtener hechos clínicos sobre el dolor y las reacciones a él incluyen observación del paciente, descripción del dolor por el paciente, o a veces, en el caso de un niño, valoración por los padres y finalmente examen clínico.

### 3.2.1 Temores objetivos :

Los temores objetivos son los 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. Si un niño ha sido manejado deficientemente por el odontólogo y se le ha inflingido dolor innecesario, por fuerza desarrollará miedo a tratamientos dentales futuro. Cuando hacen volver al niño al odontólogo éste debe comprender su estado emocional y proceder con lentitud para volver a establecer la confianza del niño en el odontólogo y en tratamientos dentales.

### 3.2.2 Temores subjetivos :

Los temores subjetivos están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridos al niño por personas que le rodean, sin que el niño los haya experimentado personalmente. Un niño de corta edad es muy sensible a la sugestión. Los niños tienen un miedo intenso a lo desconocido. Su miedo es un intento de ajustarse a una situación que temen sea dolorosa. Hasta que el niño no esté convencido de que no existe razón para asustarse, persistirá el miedo.

Es imperativo que los padres informen a sus hijos sobre lo que pueden esperar del consultorio dental.

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

Los temores pueden ser irracionales en el sentido de que el niño no sabe por qué está atemorizado. Es bueno recordar que, independientemente del condicionamiento, los niños normales con experiencias similares mostrarán gran variedad en la adquisición y reacción al miedo.

### **3.3 DESCRIPCION DEL DOLOR**

El dolor es descrito a menudo por investigadores del problema como superficial -punzante, urente, continuo, pruriginoso, y también dolor profundo, que se caracteriza por hacer sufrir mucho. Los niños de muy corta edad no pueden describir claramente sus sensaciones; si el dolor ya no está presente, es a veces muy difícil determinar su causa.

### **3.4 EXAMEN DE LAS CAUSAS DE DOLOR**

El examen clínico de un paciente adolorido o de un paciente que teme al dolor debe hacerse con mucha consideración. Es esencial tranquilizar al paciente antes, durante y después, de cada procedimiento. Un signo bastante fidedigno de un diente que molesta es una acumulación unilateral localizada de materia alba que indica que se evitó masticar y limpiarse la boca a causa del dolor que existía en esta área.

### **3.5 NATURALEZA DOBLE DEL DOLOR, PERCEPCION DEL DOLOR**

Todas las diversas teorías del dolor reconocen dos componentes del mismo: la percepción y la reacción. La percepción del dolor es un proceso fisiológico en el cual los impulsos de dolor son generados y transmitidos al sistema nervioso central después de un estímulo adecuado.

La percepción del dolor es muy similar en todas las personas sanas, y varía poco de día en día. La intensidad del estímulo y la duración son relativamente uniformes entre los individuos como lo es la velocidad a la cual son conducidos los impulsos para tipos de nervios particulares.

### **3.6 NATURALEZA DEL MIEDO**

La responsabilidad de los padres en la preparación psicológica del niño para tratamientos dentales reside principalmente en el problema emocional del miedo.

El miedo es 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 miedo y la ira son respuestas primitivas que se desarrollan para proteger al individuo contra daños y la destrucción propia. Generalmente a medida que aumenta la edad mental del niño, estas respuestas pueden ser cada vez más controladas por la corteza a través de funciones psíquicas más elevadas.

#### **3.6.1 Temor o Miedo :**

En la mayoría de los casos, el umbral de reacción al dolor es disminuido a medida que aumenta el temor. Aquellos individuos que están extremadamente temerosos de un procedimiento tienden a magnificar sus experiencias desagradables. Estos pacientes se hacen hiper-reactivos y agrandarán la sensación dolorosa fuera de toda proporción al estímulo original. Por lo

tanto, es esencial que el practicante se gane la confianza del paciente. Como ya se anotó, hay métodos psicológicos y farmacológicos disponibles para ayudar a controlar el temor de un paciente en el consultorio odontológico.

Cualquier método aumentará el mecanismo de control central descendente del paciente, aumentando así su capacidad para tolerar los estímulos nocivos.

### 3.6.2 Valor del Miedo :

Contrariamente a lo que en general se cree, dirigido y controlado adecuadamente el miedo puede ser muy valioso, puesto de los estímulos que lo producen pueden realmente dañar al niño, el miedo es un mecanismo protector de preservación. Si el niño no teme castigos o desaprobación de sus padres, su comportamiento puede volverse una amenaza para la Sociedad.

Debe enseñársele al niño que el consultorio dental no tiene porqué inspirar miedo. Si el niño aprecia al odontólogo, el miedo a perder su aprobación puede motivarlo para aceptar la disciplina del consultorio.

## 3.7 EFECTOS DEL DOLOR EN EL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO

El dolor y el miedo al dolor producen efectos en el sistema nervioso autónomo y también en el comportamiento. Según Shannon e Isbell (1963), puede producirse hiperactividad suprarrenal cortical por medio de inyecciones bucales.

Lewis y Law (1958) mostraron que la frecuencia cardíaca, la temperatura de la cara y las manos, y la respuesta galvánica de la piel, que son importantes respuestas psicomotoras a la tensión, son modificadas en cierto grado por los varios elementos del tratamiento dental.

### **3.8 EL UMBRAL PARA LA REACCION AL DOLOR**

Los estados emocionales (especialmente el temor), la fatiga, la edad y el sexo, pueden producir variaciones en el umbral para la reacción al dolor de un individuo. Estas variaciones están relacionadas probablemente con la modulación de los patrones de los impulsos aferentes por los impulsos descendientes del cerebro antes de que los patrones aferentes puedan llegar a las células T, las neuronas de segundo orden que transmiten los impulsos del dolor a los centros superiores del sistema nervioso.

#### **3.8.1 Capacidad de tolerancia :**

Deberá entenderse claramente que el umbral de reacción al dolor puede ser aumentado solamente hasta grados limitados, dependiendo de las drogas utilizadas.

Es fisiológicamente imposible eliminar todas o las mayoría de las clases severas de dolor por medio de la simple elevación del umbral. En vez de ello la presencia del dolor severo causado por estímulos nocivos excesivos requiere que se bloqueen las vías del impulso del dolor o que se deprima completamente la acción al dolor con un anestésico general.

Todas las drogas utilizadas para elevar el umbral o capacidad de tolerancia del dolor tienen dosis óptimas; el aumentar la dosis más allá del límite óptimo puede producir efectos peligrosos o indeseables.

### **3.9 ESTADOS EMOCIONALES Y REACCIONES AL DOLOR**

El informe sobre odontofobia en adultos de Molin y Seeman (1970), señalan el importante papel que desempeña el miedo en modificar la conducta de ciertos adultos, incluso hasta llegar a hacer que eviten buscar tratamientos dentales. Birns y col (1969) observaron que los niños difieren entre sí en sus reacciones a las tensiones a la edad de un mes. Estas diferencias persisten a través de un período de observación de tres meses. Este hallazgo refuerza la hipótesis de que algunos aspectos del comportamiento se desarrollan muy temprano, de una manera característica, y permanecen estables en cada individuo.

### **3.10 FATIGA**

La fatiga puede afectar de manera importante el umbral de reacción de un paciente al dolor. Se ha demostrado que aquellos pacientes que han descansado antes de una experiencia desagradable tendrán un umbral mayor de reacción al dolor que aquellos individuos que están cansados.

### **3.11 EDAD**

Los pacientes de más edad parecen tener un umbral más alto de reacción al dolor en cuanto se comparan con individuos más jóvenes o con niños; por tanto, tienden a tolerar mejor el dolor. Quizás la filosofía de la vida, o el caer en cuenta de que las experiencias desagradables son

parte de la vida, influyen en este hecho. En casos de edad extrema o senilidad, la percepción del dolor podría verse afectada.

### **3.12 BLOQUEO DE LAS VIAS DEL DOLOR**

El dolor es controlado de manera muy común en la odontología por medio del bloqueo de las vías de los impulsos dolorosos. En este procedimiento, se inyecta un analgésico local dentro de los tejidos, en proximidad a los nervios o nervio implicados. La solución anestésica inyectada evita la despolarización de las fibras nerviosas en el área de absorción, evitando así que las fibras conduzcan cualquier impulso más allá de ese punto, siempre y cuando la solución esté presente en el nervio en una concentración, el bloqueo será efectivo. Obviamente, este método de control del dolor actúa interfiriendo con la percepción del dolor.

### **3.13 REMOCION DE LA CAUSA DEL DOLOR**

Esta es la manera más deseable para controlar el dolor. La remoción del estímulo doloroso prevendría un cambio ambiental en los tejidos; en consecuencia, no se excitarían los terminales libres de los nervios, y por lo tanto no se iniciaría impulso alguno. Sin embargo, es imperativo que la remoción de los estímulos del dolor no deje un cambio medio-ambiental permanente en los tejidos, puesto que tal cambio crearía un impulso doloroso aún cuando se ha eliminado el factor causante. Este método de control del dolor afecta claramente la percepción del dolor.

### **3.14 CONTROL DEL DOLOR**

Dos de las más importantes tareas de la práctica odontológica son el control o la eliminación del dolor. El dolor es considerado como un elemento necesario en la vida diaria; pero como "señal de prevención", sin embargo, en la práctica de la odontología, el dolor no es visto como una señal preventiva, sino como un mal que hay que conquistar. El dolor puede ser controlado por remoción de la causa, bloqueo de las vías de los impulsos dolorosos, elevación del umbral o capacidad de tolerancia al dolor, prevención de la reacción dolorosa por depresión cortical o por medio del uso de técnicas psicósomáticas.

### **3.15 METODOS PSICOSOMATICOS**

Los métodos psicósomáticos influyen tanto la percepción como la reacción al dolor. En el método psicósomático uno de los factores más importantes para el control del dolor es la honestidad y sinceridad del practicante con el paciente. A través de un método amable, considerado, el practicante podrá ayudar al paciente a entender el procedimiento a seguir y el grado de incomodidad que se puede esperar. Los pacientes generalmente quieren saber y sentir que una de las principales consideraciones del practicante es su bienestar. Una vez que están seguros de este sentimiento tienden a tolerar a grados más altos las sensaciones desagradables.

### **3.16 CAUSAS DE DOLOR EN NIÑOS PACIENTES DENTALES**

3.16.1 Dolor bucal sintomático en niños :

Los dolores dentales que experimentan los niños más comunmente son de abscesos pulpares y dentoalveolares. Este tipo de dolor, cuando es intenso, puede ocurrir en cualquier momento. Es espontáneo y normalmente va acompañado de signos y de inflamación e infección.

El dolor dental más común es probablemente un dolor breve y agudo de intensidad variable.

Otra causa común de dolor en los niños que a menudo se confunde con pulpitis, es el dolor que causa la impactación de la comida en un diente con bordes marginales destruidos. Es importante, identificar la causa de este dolor, de manera que se pueda evitar el tratamiento pulpar.

### 3.16.2 Dolor sicogénico :

Este dolor puede ser definido como una sensación desagradable que no tiene base orgánica. Este dolor se origina en la mente. El dolor sicogénico y su control pueden representar dificultades y algunas veces problemas para el practicante.

No se deberá tomar ningún paso para aliviar la incomodidad del paciente. Si existe la posibilidad de que el dolor es sicogénico, jamás se deberá decir terminantemente al paciente "usted solamente se está imaginando el dolor; eso es solamente un problema de su mente".

### 3.16.3 Dolor referido :

Este dolor puede ocurrir como resultado de la convergencia de impulsos en el nivel del tálamo y en la médula espinal. No es posible que un estímulo pase de un nervio a otro; es errónea la opinión de que los nervios son anastomóticos.

### 3.16.4 Dolor asociado con tratamiento dental :

Los niños de muy corta edad, cuyo comportamiento no está aún diferenciado, reaccionan llorando o retorciéndose o gritando, con igual fuerza contra cosas que no les gusta.

La instrumentación de lesiones cariosas y preparación de cavidades producen dolor y también cuenta el estímulo negativo de ruido, presión y vibración de la instrumentación.

Es importante que el odontólogo establezca una relación con cualquier paciente, antes de empezar un procedimiento que probablemente vaya a ser doloroso. El dolor post operatorio más común que experimentan los niños no es causado por el tratamiento dental, sino por morderse y masticarse la lengua, labios y carrillos, que realizaron cuando estaban insensibles después de la anestesia.

## **3.17 METODOS Y AGENTES PARA CONTROLAR EL DOLOR Y EL MIEDO EN NIÑOS PACIENTES.**

En los seres humanos el dolor y el miedo son complementarios. Algunos

odontólogos y padres, creen que los niños deben ser protegidos contra todo dolor, salvo el accidental o inevitable; existen otros odontólogos y padres que creen que el dolor es parte necesaria de la experiencia humana, y que el individuo se fortalece al vencer el dolor, el miedo y otras adversidades.

### 3.17.1 Medidas psicológicas :

Cuando el odontólogo y sus auxiliares parecen amables, competentes, con confianza en sí mismos e interesados en el bienestar de sus pacientes, sus acciones crean confianza y reducen el miedo del paciente. A menudo, es posible hacer uso de la sugestión e instrucción a las cuales los niños son susceptibles, para ayudarlos a controlar sus reacciones al dolor y al miedo en el tratamiento dental.

Cuando es posible lograr aunque sea un poco de atención y un principio de cooperación de un niño normal, el odontólogo no deberá dudar en usar las restricciones físicas apropiadas, lo que puede incluir mantener al niño firmemente en posición inclinada en la silla, mientras pone una mano sobre su boca cuando está llorando, al mismo tiempo que le instruye firmemente.

## CONCLUSIONES

Cada nivel de edad se caracteriza por similitudes generales. Se ha de recordar que los niños se desarrollan con distintas velocidades, tanto física como emocionalmente, y las expectativas deben ser recortadas a medida de cada niño. Si hubiera problemas mayores en cualquier etapa del desarrollo podrían reflejarse en etapas sucesivas de proceso de maduración del niño.

La sensación de impotencia frente al peligro es un componente principal del miedo. Los procedimientos forzados por quienes son más grandes y más fuertes sólo sirven para intensificar los sentimientos de impotencia. De modo que es importante que una decisión racional provea la base para el uso de la restricción. La evaluación objetiva de cada paciente facilitará la selección del abordaje correcto para lograr la mejor pauta positiva de conducta.

Las encuestas hechas a pacientes odontopediátricos han demostrado que la mayoría evita buscar atención dental rutinaria debido al miedo al dolor. Lo anterior debiera alertar a los pacientes con respecto a la importancia del control del dolor a la odontología.

Reitero que la participación de los padres es un factor decisivo en el éxito del TTO odontológico del niño por consiguiente debemos trabajar con ellos evitando tensiones y dificultades de comunicación que repercutirán negativamente en el niño.

## ANEXO 1

### FILMINAS

- FIGURA 1 : El curso del embarazo: no se lo ve, pero la existencia del feto es manifiesta. El no lo sabe pero ella reacciona a su presencia ¿alegría? ¿Rabia?. Si no lo excluyen las convicciones morales; ella toma la decisión -a menudo en medio de un gran conflicto- de tener el bebé o de abortar . A veces los sentimientos de culpa por no haber deseado la criatura influyen sobre la patitud para que el niño se adecúe más tarde.
- FIGURA 2 : ha nacido un niño : es su primer día de vida. Nacer ha constituido para él una tarea abrumadora; pero pronto lo olvidará. Ahora abre triunfalmente su boca en un bostezo de satisfacción por el éxito conseguido y de sueño.
- FIGURA 3 : La personalidad humana, según Freud, una complicada estructura compuesta por el Ego, el id y el superego. La figura en rosa representa el id o inconsciente, el elemento que busca la satisfacción de los impulsos instintivos, principalmente sexuales. El amarillo se yergue el Ego, "principio de realidad", entre el id y el mundo exterior, al que trata de dominar. El tercer componente, en azul es el superego, o conciencia que juzga del bien y del mal.
- FIGURA 4 : En el sueño del niño observamos los mismos patrones que en el adulto.
- FIGURA 5 : Cuando despiere se fija en detalles, sigue con los ojos los objetos o se vuelve hacia una luz.
- FIGURA 6 : El bebé al llorar, forma la primera expresión independiente de sus necesidades, prueba la fuerza de sus pulmones y escucha su propia voz.

- FIGURA 7 : Tratando de coordinar los movimientos de sus brazos, y manos, logra encontrar el dedo pulgar y chuparlo como sustitutivo del pecho materno.
- FIGURA 8 : El reflejo hozador del niño le obliga a volverse hacia cualquier objeto que le toque y a mover los labios y la lengua en dirección al lado tocado; aquí se mueve hacia la mejilla de su madre.
- FIGURA 9 : Las experiencias del bebé son sustancialmente bucales y la experimentación se produce con todo cuanto sea introducido en la cavidad bucal. La primera unión importante se produce con la madre al darle de comer y el amor con comitante percibido.
- FIGURA 10 : A los 10-12 meses el bebé que no haya sido limitado por aparatos como los corralitos y andadores habrá alcanzado una motilidad útil, gateando y caminando puede lograr una motilidad útil, cosas que desea y puede explorar lugares y objetos sin depender de su madre para que lo coloque en una situación nueva.
- FIGURA 11 : Niño de 6 años. Es una edad crítica en la vida del niño. Cuando habitualmente comienza la escuela con dedicación total en primer grado. Como resultado, es un apartamiento de la dependencia de la familia. Los niños de esta edad pueden mostrarse muy ansiosos por la posibilidad de llorar. A menudo, sin embargo, responde favorablemente al enfoque del "diga, muestre, haga".
- FIGURA 12 : Niño 7-12 años. Estos niños son esencialmente parte de una etapa de intermedio. Están muy involucrados en su aprendizaje y en el desarrollo del mundo de la realidad mediante el juego.
- FIGURA 13 : Los niños están capacitados para orientar sus impulsos agresivos, y sexuales hacia canales socialmente aceptables; tienen capacidad de funcionar en presencia de ansiedad, tiende a progresar frente al Stress, en vez de regresar.
- FIGURA 14 : Niño de 4 años: en esta edad tienen capacidad para responder a las indicaciones verbales. Con frecuencia el niño de 4 años se le llama "malcriado" pues en muchos sentidos los padres no se adaptaron a un cambio del niño. El profesional debe ser particularmente cuidadoso y comprender las emociones del niño y manejarlo con precaución.

- FIGURA 15 : Si el dolor va a ser controlado se deben considerar los dos aspectos inherentes a su naturaleza; por ejemplo, podría ser inadecuado el uso de analgésicos regionales para el control del dolor dental operatorio en pacientes aprehensivos.
- FIGURA 16 : El ruido y vibración de la fresa y la presión que se ejerce al usar instrumentos de mano al preparar cavidades, produce miedo en un niño de corta edad.
- FIGURA 17 : El niño de 6-8 años ha mejorado su capacidad para resolver temores, aunque puede reaccionar de manera que parezca alternadamente cobarde o valiente. El niño puede generalmente resolver sus temores a los procedimientos operatorios dentales porque el odontólogo puede razonar con él, y explicarle lo que está realizando.
- FIGURA 18 : El niño 8-14 : el niño ha aprendido a tolerar situaciones desagradables y muestra marcados deseos de ser obediente maneja bien sus frustraciones; desarrolla considerable control emocional.
- FIGURA 19 : El niño en crecimiento y desarrollo aprende a través de ejemplos, y si los padres no le proporcionan estos modelos necesarios, puede adquirir otros menos convenientes por otro lado.
- FIGURA 20 : Todo niño necesita amor y afecto. Sin embargo a causa de ciertos factores emocionales relacionados con experiencias o dificultades presentes, el impulso protector de los padres puede volverse excesivo e interferir en la educación normal del niño, generalmente el niño excesivamente protegido, no puede utilizar iniciativa propia o tomar decisiones por sí mismo.
- FIGURA 21 : Cada niño reacciona al miedo de manera diferente basándose en las influencias del miedo y en su herencia puesto que en la formación de personalidad básica, intervienen factores hereditarios. Este niño se resistía a abrir la boca.
- FIGURA 22 : La manera en que es manejado determina su comportamiento en general hacia la autoridad. Esta debe ser ejercida de manera protectora y amorosa, ejercida adecuadamente dará confianza.
- FIGURA 23 : Llevar al niño al odontólogo no deberá nunca implicar castigo, ya que emplearlo así crea indudablemente miedo al odontólogo.

- FIGURA 24 : Un niño que anteriormente ha tenido contacto con el odontólogo y ha sido manejado deficientemente que se le ha inflingido dolor innecesario, por fuerza desarrollará miedo a tratamientos dentales futuros.
- FIGURA 25 : Después de la exodoncia, hasta que el niño esté convencido de que no existe razón para asustarse, persistirá el miedo.
- FIGURA 26 : El hogar es, sin duda alguna, el factor más importante para modelar la personalidad del niño, a medida que el niño crece y va a la escuela, los maestros, al igual que los compañeros de juegos, tienen un importante papel en la formación de la personalidad.
- FIGURA 27 : Si el odontólogo tiene confianza en sí mismo, es seguro que algo de este sentimiento se trasmite a su paciente. Si el odontólogo no tiene seguridad, se reflejará en el comportamiento del niño.
- FIGURA 28 : Adaptación del paciente :
- 28.1 Adaptación del paciente
- 28.2 " " "
- 28.3 " " "
- 28.4 " " "
- FIGURA 29 : Ejecución de tratamiento en niños de 7-10 años :
- 29.1 Ejecución del tratamiento de niños de 7-10 años.
- 29.2 Ejecución del tratamiento de niños de 7-10 años
- 29.3 Ejecución del tratamiento de niños de 7-10 años.
- FIGURA 30 : Aplicación de fluoruro de (Sn) al 8% a un niño de 6 años.
- FIGURA 31 : Niño de 5 años asiste a la primera visita al odontólogo.

T.O 0069 1987  
Trabajo de Grado  
Ejemplar 1



T0075