

565

Universidad Nacional Autónoma de México.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



PSICOPAIODONCIA

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A
FRANCISCO JAVIER LOPEZ FLORES**

MEXICO, D. F.

1979

14950





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PSICOPAI DODONCIA

INTRODUCCION

- CAPITULO I** .- Orientación de la conducta del niño en el consultorio dental.
- 1.- Importancia de las necesidades dentales de los niños.
 - 2.- Desarrollo psicológico del niño.
 - 3.- Introducción del niño en la práctica odontológica.
 - 4.- Reacciones a la experiencia odontológica.
 - 5.- La primera visita del niño al consultorio dental.
 - 6.- Conducta del niño en el consultorio dental.
- CAPITULO II** .- Problemas odontológicos para el niño disminuido.
- 1.- Niños con anomalías congénitas de estructuras. Maloclusión esquelética de tipo grave, labio y paladar hendido.
 - 2.- Niños con problemas pediátricos específicos como trastornos hemostáticos, cardiopáticos, parálisis cerebral y retraso mental.
 - 3.- Primera visita del niño disminuido al consultorio dental.
 - 4.- Planificación del tratamiento.
 - 5.- Control del niño durante el tratamiento.
 - 6.- Odontología preventiva para el niño disminuido.
- CAPITULO III** .- Colaboración de los padres con el odontólogo.
- 1.- Personalidad del odontólogo y su ayuda auxiliar.
 - 2.- El autocontrol del dentista.
 - 3.- La conversación del dentista.
 - 4.- Conocimiento del paciente.
 - 5.- Uso de palabras para promover el miedo.
 - 6.- Habilidad y rapidez del dentista.
 - 7.- Uso de la admiración sutil engaño y premio.
 - 8.- Ordenes contra sugerencias.
 - 9.- El odontólogo y lo razonable.

CONCLUSIONES.

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

Considerando que el niño es la semilla en potencia que de acuerdo a las condiciones sociales que le rodean y su estado de salud dará sus frutos en los años de la juventud, es indudable la necesidad imperiosa de vigilar su estado físico y dentro del control de su salud, el cuidado de su sistema buco-dentario.

Por salud se entiende el estado de bienestar en lo físico, emocional, psicológico y en lo social.

El cirujano dentista que tiene la práctica frecuente con niños necesita principalmente mucha paciencia y comprensión con éstos, aplicando un sentido común, que siempre será necesario para los pequeños pacientes, porque el estar trabajando con ellos hay que tener en cuenta sus reacciones y disposiciones de ánimo, desde el momento en que entra a la sala del consultorio, hasta la salida de él.

Su nueva y primera visita es la experiencia que va a quedar en él - muy gravada, y de ahí dependerá su futuro comportamiento ante el dentista.

La emoción que pueda experimentar ya sea en la sala de espera, el trato del asistente o al ver como tratan a otro paciente influye de manera considerable para comportarse ante el cirujano dentista.

Ante todo debe de aplicarse la psicología infantil, porque existe gran diferencia en el trato que se les dá a los niños en el sillón dental y el trato que se les dá en casa o en la escuela, hay que prevenir el temor natural del niño ante el sillón dental y del sín toma dolor.

Depende mucho la forma de comportarse al odontólogo en torno de trabajo, su aplomo, su voz, las palabras para cada caso, como - toca al paciente y su mirada.

Hay también variedad de caracteres en los niños:

Unos responden a elogios, otros responden a comentarios acompañados de palabras de aliento, para estimularlos y obtener de ellos toda su cooperación.

I. ORIENTACION DE LA CONDUCTA DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL.

1) IMPORTANCIA DE LAS NECESIDADES DENTALES DE LOS NIÑOS.

Ayudar al niño a tener una salud completa en su dentadura es una ta rea noble por parte del cirujano dentista pues logra que el niño - realice las necesidades de sus primeros años, y solucione por sí mis mo lo que él puede lograr.

Un niño es el futuro hombre de la sociedad y por lo tanto debe es- tar bien preparado en cuanto a sus condiciones físicas y mentales. Considerando al organismo como una unidad, toda afección que se ini cie por la cavidad bucal repercutirá en el organismo y producirá en fermedades.

La odontología infantil como su nombre lo indica, se aplica a los - primeros años de la vida de cada individuo.

Para lograr esto es de suma importancia que los padres no sean negli gentes con sus niños e insistan en los siguientes puntos:

- a) Inculcar el hábito de la limpieza, para mantener la boca en su - estado de completa salud.
- b) Prevenir y corregir cualquier hábito o condición que pueda inter- venir en la mala oclusión.
- c) Crear en los niños el sentido de responsabilidad y cooperación con respecto al cuidado de su boca, para que él mismo cuide de ella.
- d) Preservación de los dientes temporales; cuya importancia se resume en los siguientes puntos:

a) La de proporcionar una función masticatoria eficiente, ya que siendo esta la primera fase del proceso digestivo, contribuirá en gran parte a la buena asimilación del alimento.

b) Hay que tener siempre el espacio apropiado para los dientes permanentes, contribuyendo con ello a una articulación normal.

c) Ayudar al desarrollo físico del niño, así como al intelectual - ya que en su primera enseñanza es cuando éste requiere del mayor - esfuerzo dental.

Un niño con masticación deficiente, o con dientes en mal estado - que le lleguen a ocasionar dolores, no podrá prestar la debida atención a su proceso enseñanza aprendizaje.

2) DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO

PERIODO PRENATAL - NACIMIENTO - PERIODO NEONATAL.

A continuación voy a describir los diversos estadios del desarrollo psicológico que, en condiciones óptimas permiten el pleno rendimiento de las potencialidades del hombre en nuestra cultura.

En el momento en que el niño emerge del cuerpo materno es un recién nacido, pero trae consigo un pasado que se puede dividir en tres partes:

a) Un pasado distante, de generaciones anteriores, que lleva en sus genes, y hace las diferencias individuales, algunas expresadas inmediatamente en lo que tendemos a llamar temperamento, algunas -- que permanecen latentes o se manifiestan a medida que ganan apoyo -- de influencia en su ambiente.

b) Un pasado reciente, de nueve meses dentro del cuerpo materno, del que sabemos todavía relativamente poco sobre influencias en su vida emocional.

c) Más recientemente, un período de variada duración -- el parto -- que lo libera, pero en forma tal que responde tardíamente a ciertos estímulos (sobre todo dolor) durante el primer o segundo día, mientras reacciona con todo el cuerpo.

Las funciones físicas del bebé en un principio se encuentran en un estado de trastorno: la respiración es superficial e irregular; el ritmo intestinal está desorganizado, con frecuentes movimientos antiperistálticos, y el sistema cardiovascular no está aún estabiliza

do.

El amamantar guarecer y darle alimentos se atribuye a nuestro reco
nocimiento creciente de la importancia del cuidado protector que -
el infante requiere de su madre durante este periodo difícil de -
transición. La primera y segunda semana, el niño mantendrá su exis
tencia vegetativa, en sueño sin profundidad, despertando únicamente
cuando se sienta incómodo. La leche tibia satisface su hambre, la -
actividad de succionar, el firme apoyo en los brazos de la madre. -
Se familiariza con el olor y el calor de la madre, y al dormir, la
falta de apoyo y los ruidos fuertes producen una respuesta de cho
que generalizada llamada "reflejo de moro"; el hambre frío y dolor,
le conducen a protestar mediante lamento o llanto, y aunque el na
cimiento es una experiencia de choque para el niño, el proceso mis-
mo y los estímulos nuevos sensoriales recibidos inmediatamente des-
pués del nacimiento, hacen visible la madurez del sistema nervioso-
por una gran aceleración de la mielinización de este tiempo.

El desarrollo en los primeros meses es más rápido que durante cual-
quier otro periodo de la vida.

La indulgencia por parte de la madre en esta edad constituye un ali
ciente contra las muchas nuevas y extrañas impresiones y ayuda de su
asimilación.

Una mujer maternal que recibe el necesario apoyo de su ambiente, que
en forma muy especial incluye a su pediatra, intuitivamente llegará
al equilibrio entre la estimulación y no interferencia requeridos por
su bebé.

Los niños crecen en tres dimensiones Física, mental y emocional. La
conducta, en todos sus niveles cronológicos, depende de la integra-
ción de esas tres dimensiones del crecimiento. Si cualquiera de esas

tres se acelera retarda, el patrón de conducta, se ve marcadamente -
afectado.

Esto es particularmente cierto cuando el perturbado es el desarrollo
emocional.

LA INFANCIA. (del nacimiento a los dos años).

El niño depende de su madre para el cuidado y la protección y está fuertemente unido a ella hasta por lo menos los dos años. Aunque el cordón umbilical se corta al nacer, él no puede sobrevivir sin el continuo cuidado físico y maternal de ella. Los lazos emocionales persisten tiempo después que se interrumpe su dependencia física.

No es frecuente que un bebé sea llevado al consultorio odontológico para ser atendido., cuando así ocurre, suele ser por un tratamiento de emergencia, como un traumatismo dentario o por caries rampante. Pero aun para una simple revisión, el medio odontológico es extraño y amenazante. La reacción normal es resistir al intento de ese extraño de introducirse en la boca.

No tiene la coordinación suficiente todavía para obedecer ordenes como " abre la boca " o "saca la lengua".

El bebé se comporta como si no oyera, o si oye como si no entendiera. Este tipo de conducta es el empleado a menudo por el niño de mayor edad cuando no quieren obedecer.

Las madres a menudo "sienten" EL TEMOR Y EL DOLOR, de sus hijitos Cuando al bebé se le retira de los brazos protectores de la madre reacciona violentamente y entra en etapa de pánico.

Como los lazos emocionales son muy fuertes a esta edad, el odontólogo hará mejor en no tratar de quebrantarlos sino en emplearlos para acercarse al niño. El niño se siente más seguro cuando está en la falda de la madre durante el examen y el tratamiento.

Separar al niño de la madre es invitar a la histeria a ambos. Es mejor sentar a la criatura en el regazo de la madre y pedirle a -- ella que nos ayude.

El odontólogo debe proceder con su tarea en una forma positiva, ca ríflosa y comprensiva. No debe preocuparse por demás con la resisten cia o el llanto de la criatura, ya que estos son normales a esta edad.

LA NIÑEZ TEMPRANA. (de dos a cuatro años).

Este es un período de transición entre la infancia y sus patrones de conducta propios del bebé hacia el niño preescolar, independiente, autónomo.

En su casa el niño de tres años se mostrará como explorador confiado de su medio ambiente, pero en los momentos de stress retorna rápidamente a la infancia y busca la seguridad de la madre. En esta edad asiste al surgimiento de la individualidad del niño, pero es apenas un comienzo y no una verdadera independencia.

Es la mejor edad para llevar al niño al dentista y comenzar un programa de atención dental preventivo.

El niño debe de ser llevado a la visita odontológica inicial entre dos y cuatro años., cuando la madre sienta que ya está preparado para ello y pueda aprovechar la experiencia. Al rededor de los dos años ha completado la erupción de su dentición primaria. El odontólogo puede iniciar la rutina de los exámenes bucales y cuidados -- preventivos que se mantendrá durante toda la vida. En un principio el único tratamiento podría ser el examen. Más tarde se introducirán radiografías intraorales y la profilaxis dental, de modo que cuando se tornará necesario la preparación de cavidades para lesiones de caries pequeñas, el niño no se vera agredido en su integridad física y pueda más rápidamente adaptarse a lo que para entonces será una experiencia común.

El niño a los tres años es capaz de sentarse en el sillón dental - por sí solo. El permitir que la madre se siente donde el pueda ver la le dará confianza y lo ayudará a conservar su postura. Este tipo de niños no habla muy a menudo con extraños, pero puede respon-

der a las ordenes directas.

Puede aprender a abrir la boca, a sostener la jeringa de aire, a apretar los dientes. Puede comprender explicaciones sencillas.

El niño asustado o inseguro responde bien a un acercamiento relajado y sin apresuramientos y al odontólogo que le habla suave y cariñosamente.

El niño atemorizado de tres años pierde contacto rápidamente con los extraños y se vuelve a unir a la madre. No son firmes sus lazos físicos con ella, pero aún está fuertemente unido emocionalmente. La separación de la madre en el consultorio dental debe de ser realizado con cuidado. Puede entrar en pánico si siente que su protección y su seguridad se han ido.

Es esencial que el odontólogo tenga absoluta confianza en sí mismo y en su capacidad para manejar la situación si ha de calmar al niño y asegurarle (también a la madre) que no se le hará un mal.

EL NIÑO PREESCOLAR (de cuatro a seis años).

A los cuatro años es la edad de la independencia. La mutua acción entre el niño y los padres en esta edad influye intensamente en su personalidad y en su patrón de conducta en los años subsiguientes.

En este período cronológico cuando se le presenta al odontólogo el mayor número de problemas de la conducta. El comportamiento del niño depende en gran medida de la estructura básica de su personalidad, de la constelación familiar y el medio ambiente en que vive. Un niño de cuatro años de una familia de seis hijos se comporta -- distinto del hijo único. Si el niño es dócil, y la madre agresiva, la conducta de aquel tendrá que ser sumisa. Si el niño es agresivo y la madre insegura dócil, aquél aprenderá pronto a dominar la situación y puede presentarse como exigente, quizá destructor o rebelde. Si tanto el niño y la madre son personalidades fuertes y agresivas, el ruido y la conmoción trastornarán al odontólogo.

Este período cronológico se caracteriza, entonces por una amplia variedad de patrones de conducta, cada uno peculiar de cada niño. -- La conducta puede variar desde el niño que no coopera, que está -- asustado e inseguro y aún fuertemente unido a su madre, a la del -- niño que se comporta dócil sumiso o a la de cooperar inteligente y eficazmente porque se siente seguro y disfruta una experiencia -- nueva, o hasta del pequeño agresivo, ruidoso y rebelde que no se -- conforma.

La mayor parte de los niños de cinco años desean ser libres y sepa rarse de sus madres, pero no demasiado. Suelen aceptar bien los pro cedimientos simples. Pero cuando son amenazados con procedimientos dolorosos, los niños reaccionan violentamente, como bebés, pero aho ra mucho más grandes y fuertes. La tolerancia al dolor es mayor que

a los tres años, pero aún de violenta reacciones talámicas.

Ha aprendido a diferenciar entre los procedimientos e instrumentos frente a las personas. Cuando no puede dominar una situación, lucha o se viene abajo, llora y busca a su madre.

El desagrado temporal por los procedimientos odontológicos inocuos tiene que ser aceptado, pero la reafirmación constante combinada - con una tolerancia por sus desagradados ayuda al niño a pasar sus -- crisis y le enseña el procedimiento. Este período cronológico pondrá a prueba la paciencia del aún más experimentado paidodontista. así como pone a prueba a sus propios padres. Es una edad muy difícil para todos sus afectados.

EDAD ESCOLAR (seis a nueve años)

Cuando el niño va al colegio y cambia. Esta etapa de seis años lo refieren como un período de socialización: aprende a llevarse bien con los demás, aprende las normas y reglamentos de la sociedad y aprende a aceptarlos.

La mayoría de los niños, a esta edad se separa de los lazos muy estrechos de la familia. Más aún, aparece una época de transición - importante que va aparejada con una ansiedad grande. A esta edad suele haber un claro incremento en las respuestas temerosas.

Algunos niños a esta edad tienen miedo a los traumatismos en su cuerpo. Un ligero rasguño o la vista de sangre puede causar una respuesta desproporcionada con la causa. Con la debida preparación para la experiencia odontológica, se puede esperar, sin embargo, que el niño de seis años responda de manera satisfactoria.

A los siete años es distinto porque ha aprendido mucho y su mundo se ha ampliado considerablemente. Ha aprendido a comportarse fuera de su casa, a aceptar algunas cosas que le disgustan porque así se espera que lo haga.

En el consultorio odontológico, prefiere estar sólo con el odontólogo. Este puede hablarle directamente y sin la intervención de la madre. En general el odontólogo se lleva mejor con este niño si la madre no interfiere. A esta edad les agrada que se les reconozca su buen comportamiento, y se les premia con una palabra, una sonrisa y una actitud de halago por su esfuerzo de colaboración.

A los nueve años ya razona y colabora mejor. Hay un campo más amplio de interés y podemos platicar con él. A esta edad ya tiene experiencia en adaptarse y cooperar aún cuando el procedimiento sea en realidad doloroso.

EL NIÑO PREPUBERAL (de nueve a doce años)

El niño prepuberal rara vez es un problema para el odontólogo. Ya es una persona con experiencia que ha conocido al odontólogo. Físicamente deja de ganar altura y comienza a acumular grasas como reserva para el brote adolescente.

Ha entrado en un período de latencia en el que las cosas son aceptadas. Emocionalmente tiende a no presentar reacciones violentas y a actuar como se espera de él.

Las niñas pasan por este período de latencia antes y con mayor rapidez que los varones, y alcanzan la pubertad aproximadamente dos años antes.

3) INTRODUCCION DEL NIÑO A LA PRACTICA ODONTOLOGICA.

El adoctrinamiento sobre odontología consiste esencialmente en enseñar al niño a encarar una situación nueva y a seguir las instrucciones del personal odontológico. El proceso suele cumplirse con mucha facilidad si el odontólogo permite que el niño inspeccione el consultorio y el medio, como por casualidad; pero al mismo tiempo tratando de grabar en el niño la necesidad y la importancia de la situación. El odontólogo y sus colaboradores deben recordar que el niño, en particular el paciente de primera vez, ignora por completo el hecho de que un diente doloroso plantea una amenaza al bienestar.

El primer objetivo en el manejo exitoso, es establecer la comunicación y hacerle sentir que el odontólogo y sus asistentes son sus amigos y están interesados en ayudarlo.

Por otra parte, debe aceptarse el aprendizaje como proceso irregular con ascensos, mesetas y quizá, hasta periodos de descensos. Este proceso irregular está, por supuesto relacionado a los cambios ambientales y a los estados psicológicos. Los padres, en el hogar, pueden apreciar las irregularidades. Hay periodos en que los niños aprenden con gran rapidez o cumplen gran cantidad de labores, seguidos por otros que hacen muy poco que parecen retroceder. Lo mismo sucede en sus hábitos de juego, su lenguaje y por cierto, su relación con el odontólogo.

Hay gran variedad de situaciones que influyen sobre el proceso de aprendizaje. No obstante, hay una duda, de la cual el odontólogo debe tener plena conciencia: un estado de enfermedad física prolongada, ó el encierro por mucho tiempo en el hogar o el hospital, pueden influir mucho en el proceso de aprendizaje. El periodo de actividad y socialización interrumpido crea un esquema anormal. La mayor parte de los niños con una historia de enfermedad prolongada son bastante cooperativos. Pero presentan grados variables de rechazo que dependen del estado de ansiedad creado en el hogar o en el hospital, por poderes sobreprotectores o angustiados.

4) REACCIONES A LA EXPERIENCIA ODONTOLÓGICA.

Hay por lo menos cuatro reacciones a la experiencia odontológica:

- A) TEMOR
- B) RESISTENCIA
- C) TIMIDEZ
- D) ANSIEDAD

A) T E M O R

El temor representa para el odontólogo el principal problema de manejo, y es una de las razones por las que las personas descuidan el tratamiento dental.

El temor es una de las primeras emociones que se experimentan después del nacimiento, aunque la respuesta al sobresalto está presente al nacer y se puede demostrar antes del nacimiento reacciones reflejas o estímulo que produce el temor.

A medida que el niño crece y aumenta su capacidad mental, toma conciencia de los estímulos que le producen temor y puede identificarlos individualmente.

El temor en su mayor parte es cultivado en el hogar, tal como los estallidos de amor o de cólera.

El niño trata de ajustarse a estas experiencias aisladas por medio de la huida, si no puede resolver el problema de otra manera. Si el niño se siente incapaz de hacer frente a la situación y le es físicamente imposible huir, se intensificará el temor. La naturaleza misma de esta emoción puede utilizarse para mantener al niño alejado de situaciones peligrosas, ya sea de tipo social o físico.

Si el niño no teme a castigos o desaprobaciones de sus padres puede volverse una amenaza para la sociedad y puede incluso llevarlo a si tuaciones vergonzosas, en el futuro. Por lo tanto el enfoque del en trenamiento dado por los padres no deberá tender a eliminar el temor, sino a canalizarlo hacia los peligros que generalmente existen y -- evitarlo en situaciones donde no existe peligro. De esta manera, ser virá de mecanismo protector contra peligros reales y evitará compor tamientos antisociales.

Debe de enseñarsele al niño que el consultorio dental no tiene por- que inspirar temor. Los padres jamás deberán de tomar a la odonto- logía como amenaza. Llevar al niño al dentista no deberá implicar - nunca castigo, ya que emplearlo así crea indudablemente miedo al -- odontólogo. Por otro lado si el niño aprecia al odontólogo, el temor a perder su aprobación puede motivarlo para aceptar las reglas del- consultorio.

TIPOS DE TEMOR:

La mayoría de los temores evidentes en niños han sido adquiridos-objetivamente y subjetivamente.

TEMORES OBJETIVOS:

Los temores objetivos son los producidos por estimulación física-directa de los órganos sensoriales y generalmente no son de tipo-paterno.

Los temores objetivos son reacciones a estímulos que se sienten, -ven, oyen, huelen o saborean y son de naturaleza desagradable.

Un niño que anteriormente ha tenido contacto directo con un dentista y ha sido manejado deficientemente y se le ha infringido dolor-innecesario, desarrollará miedo a futuros tratamientos dentales.

Los temores objetivos pueden ser de naturaleza asociativa. Los temores dentales pueden asociarse con experiencias no relacionadas.- El olor de ciertas drogas o compuestos químicos asociados anteriormente con situaciones desagradables puede causar temores injustificados. El miedo también hace descender el umbral del dolor, de manera que cualquier dolor producido durante el tratamiento resulta-aumentado y lleva aprehensiones todavía mayores.

TEMORES SUBJETIVOS:

Los temores subjetivos están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridos a niños por personas que le rodean, sin que el niño los haya experimentado personalmente. La imagen mental que produce miedo permanece en la mente del niño y con la vívida imaginación de la infancia, se agranda y vuelve impotente.

Un niño que oye hablar a sus padres o a un compañero sobre los supuestos terrores del consultorio dental los aceptará muy pronto como reales y tratará de evitarlos lo más posible. Los niños tienen miedo intenso a lo desconocido. Cualquier experiencia que sea nueva y desconocida les producirá miedo hasta que obtengan pruebas de que su bienestar no se ve amenazado. Su miedo es un intento de ajustarse a una situación que temen sea dolorosa. Hasta que el niño este convencido de que no existe razón para asustarse, persistirá el miedo.

La influencia de los padres es de importancia vital en la actitud del niño hacia la odontología. Es necesario que los padres instruyan a sus hijos sobre lo que pueden esperar en el consultorio dental. Ningún padre deberá de decir a su hijo que va a experimentar dolores intensos. Pero tampoco deberá de minimizar o mentir sobre las molestias de la odontología. Deberá de emplearse la honestidad sin exageraciones emocionales.

Los temores sugestivos también pueden experimentarse por imitación. Los temores por imitación también pueden transmitirse sutilmente, y el padre puede hacer muestras de ello y el niño adquirirlo, sin que ninguno de los dos se de cuenta; son temores que ocurren regularmente y por lo tanto difíciles de eliminar. Una madre que teme ir al dentista y que siempre va presa de gran tensión emocional, transmite inconcientemente ese miedo a su hijo que la observa.

Es fácil darse cuenta de que incluso un gesto como apretar fuertemente la mano del niño en el consultorio dental es un gesto de aliento, y lo que significa puede ser suficiente para que el niño sospeche y empiece a sentir miedo. Generalmente mientras más tiempo subsistan - temores subjetivos en la mente, más se irán agrandando.

No debemos suponer por lo tanto, que todos los niños temen al consultorio odontológico. En lugar de ellos, quienes tengan esta reacción - pueden estar imitando a alguien o haber adquirido el temor como una - experiencia real.

En el control del niño temeroso al consultorio dental el odontólogo - debe primero procurar determinar el grado de temor y los factores -- que pueden ser responsables de él. Algunos niños llegan al consulto - rio dispuestos a responder con tensión y temor, sobre todo a causa - de la manera en que la odontología les fué presentada en su medio.

Sin embargo la mayor parte de los niños llegan al consultorio necesi - tados de algún tipo de tratamiento inmediato o de atención preventi - va, y por lo tanto, no es práctico postergar el tratamiento de un ni - ño miedoso con la esperanza de que finalmente superará su temor a la odontología y se tornará más cooperativo.

Puesto que el miedo es controlado por el sistema nervioso autónomo, - es imposible razonar con el niño realmente asustado y controlar su - temor. La mayor parte de los odontólogos encontraron que es muy prác - tico que el niño miedoso observe mientras que se atiende a otras per - sonas. Rara vez se mostrará más temeroso o menos cooperativo cuando - le llegue su turno para afrontar la situación. Por lo tanto el abor - daje más lógico parece ser el reacondicionamiento del niño temeroso.

Si el niño es realmente miedoso, el abordaje sin apuros del problema - rendirá altos dividendos.

La mitad de la batalla estará ganada si el odontólogo conversa con el niño y procura enterarse de la causa del temor.

A menudo el niño expresará su temor a determinado procedimiento o relatará que escuchó algo sobre la experiencia odontológica que le asustó. En este caso, el odontólogo podrá proceder a borrar esta idea mediante demostración y explicaciones.

En la primera sesión el odontólogo no debe intentar más que procedimientos simples. Debe explicar cuidadosamente lo que está haciendo y el uso de los instrumentos gradualmente debe de ir avanzando hasta los procedimientos normales de rutina que son necesarios para el servicio de la salud.

Si bien el control por la voz suele ser suficiente para superar los temores del niño; ocasionalmente puede ser necesario emplear alguna restricción, en particular en una emergencia con el fin de dominar ya los temores del niño.

B) RESISTENCIA .

La resistencia es la manifestación de ansiedad o de inseguridad y de hecho el niño se revela contra el miedo. Puede hacer despliegue de rabietas o darse de cabeza contra la pared. La regresión puede ser otra manifestación, en cuyo caso el niño se rehúsa a desarrollarse. Puede seguir mojando la cama, puede intentar no hablar bien. La retracción es otra manifestación de ansiedad, en cuyo caso el niño rehusa participar en el juego y no hablará con extraños y ni siquiera con desconocidos.

El odontólogo tiene dificultades para comunicarse con este tipo de pacientes. El niño se siente lastimado con facilidad y llora en -- cualquier oportunidad.

C) TIMIDEZ .

La timidez es una reacción que se observa ocasionalmente, en particular en el caso de pacientes de primera vez.

Suele estar relacionado con una experiencia de socialidad muy limitada por parte del niño.

El niño tímido necesita, pasar por una etapa de adaptación. Esta es una instancia en la que puede ser útil permitir que el niño tímido sea acompañado al consultorio por otro paciente niño bien adaptado. El niño tímido necesita ganar confianza en sí mismo y en el odontólogo.

Por otra parte, la timidez puede reflejar una tensión resultante - de que los padres esperan demasiado del niño o lo protegen en exceso.

D) A N S I E D A D .

La ansiedad o inseguridad está relacionada con el estado de temor.

Los niños angustiados están esencialmente asustados ante toda nueva experiencia, su reacción puede ser violentamente agresiva: por ejemplo una exhibición de rabietas en el consultorio dental. Si el niño que hace demostraciones de rabietas en su hogar se le recompensa, las rabietas pueden convertirse en hábito. Cuando este niño se comporta de modo similar en el consultorio, el profesional deberá decidir si la reacción es de temor agudo o es una rabieta. Por supuesto, si el niño está realmente asustado, el odontólogo debe mostrarse comprensivo y proceder con suma lentitud.

Si el niño está es una clara demostración de rabieta, entonces el odontólogo puede demostrar su autoridad y su dominio de la situación.

5) LA PRIMERA VISITA DEL NIÑO AL CONSULTORIO DENTAL.

La edad indicada para llevar al niño al consultorio, es entre los tres años y medio a los cuatro años, esto es con el fin de despertar su interés en el mejoramiento de su moral y aumento de su colaboración.

El niño debe de tener la impresión que la autoridad máxima dentro del consultorio es el dentista, y que todos deben de colaborar con él (secretaria, enfermera, y el mismo paciente).

Tampoco debemos de permitir a la asistente que de ordenes y consuele al niño, ni le conseda razón, solo debe de concretarse a obedecer al dentista de manera sencilla y agradable.

El dentista debe de hablar con voz amable pero firme, (mano de hierro con guante de felpa), nunca titubear y siempre deberá de ser positivo.

Esta primera visita es muy importante para el futuro de las relaciones y del resultado del tratamiento de los pacientes.

Cuando más informal sea la preparación es posible que el niño la considere como una cosa natural.

Si el niño es llevado al odontólogo antes de que haya experimentado dolor o que haya sido condicionado para el temor dental por otros niños o adultos con mala experiencia, esta visita será invariablemente provechosa.

En la primera visita hay que dejar al chico que se vaya familiarizando con el ambiente del consultorio, para lo cual es conveniente que se encuentre dentro de él cuando se efectue un tratamiento no traumático ni doloroso a otra persona. Se le deben mostrar algunos ins-

trumentos no cortantes, ni punzantes y explicarle para qué sirven.

En esta visita debemos de preguntarle al niño cómo le dicen de cariño (su diminutivo), con qué nombre le gustaría que le llamara.

Es preferible que los padres o acompañantes no estén dentro del consultorio cuando se trate a los niños; así él afrontará toda -- responsabilidad comportándose mejor en la mayoría de las ocasiones.

Los niños tienen mucha imaginación, son impresionables, pero incrédulos poseen una personalidad que exige igual respeto o aún más -- que cualquier adulto; la mejor manera es presentarse ante ellos con naturalidad, tratándolos como verdaderos seres humanos.

Nunca hay que prometer nada que no se pueda cumplir ya que la fe -- y la confianza de un niño se gana fácilmente con sinceridad y buena voluntad, confianza que puede perderse y para siempre con una decepción o engaño.

Al finalizar la primera visita, debemos entregarle al chico la tarjeta de la siguiente visita, no al acompañante, para concederle -- cierta confianza y responsabilidad, pues cuidará de ella y estará pendiente de asistir con puntualidad.

Diversos autores opinan respecto a la edad de la primera visita y dicen que a los tres años, cuando la dentición primaria ya está completa. Deberán hacerse revisiones periódicas a partir de entonces para prevenir males posteriores, Sólo por circunstancias especiales, -- deberá acudir al dentista antes de esa edad, porque la cooperación de los niños es casi nula, y los dientes se encuentran en plena erupción.

6) CONDUCTA DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

Es satisfactorio observar que la basta mayoría de los niños entran al consultorio para el cuidado correctivo, y pueden clasificarse - como pacientes buenos y malos.

Igualmente es verdad que la mayoría de los niños entran al consultorio con alguna aprehensión o temor, pero a medida que la rela-- ción odontólogo-paciente progresa, puede controlarse este temor - mediante la racionalización.

En cualquier edad y debido a temores iniciados en el hogar o debi-- do a actitudes falsas de los padres, no pueden adaptarse a la disciplina y a la incomodidad que les espera en la rutina dental.

En niños, con problemas es mejor que tratemos de reconocer sus - problemas psicológicos y tratar de alcanzar feliz término en el- tratamiento dental.

El comportamiento del niño no cooperativo en el consultorio den- tal está motivado generalmente por un deseo de evitar lo no pla- centero y el dolor, que puede interpretarlo como una amenaza de- su bienestar, puesto que los niños actúan por impulso, temor o - dolor. Esto puede manifestarse en su comportamiento a pesar de - su racionalización y del conocimiento que hay poco motivo que lo conduzca a temer.

Esta actitud a veces difícil de entenderse por el odontólogo y - que en ocasiones es difícil para el niño mismo considerarlo en - su comportamiento, puesto que el temor viene de un nivel cerebral bajo, inferior a la razón. Es enteramente inteligible que el te- mor se manifiesta más en una base emocional que en una intelec-- tual, y por tanto no puede interpretarse sobre la base de la so- la razón, pues el comportamiento del niño puede no ser bien en--

tendido. Su lógica se basa por completo en su sentimiento, que es el acondicionamiento total del niño que gobernará su comportamiento emocional dentro del consultorio. Se puede llegar a este razonamiento en una etapa anterior y señalar como se comportará el niño en el consultorio dental.

Si la no complacencia puede evitarse en el hogar por negativismo, él intentará actuar de la misma manera en el consultorio dental. Si forzosamente resisten sus padres habrá obtenido sus deseos, entonces intentará evitar el trabajo dental del mismo modo. Sin embargo el comportamiento de cada niño es modificable si estos brotes emocionales son inútiles para él. Su comportamiento cambiará una vez que el niño aprende que en el consultorio la conducta indeseable no recibe premio, la motivación por continuar se habrá perdido. No se debe de premiar al niño que tiene problemas de comportamiento. Es mejor en estas situaciones ser una autoridad benevolente que darle su propia elección de acción.

La importancia de traer al niño al odontólogo es que puede familiarizarse con él y su ámbito dental. Una vez que el niño -- aparece para tratamiento dental, su comportamiento dependerá -- no solo de su acondicionamiento anterior sino de la capacidad o habilidad del odontólogo para estimularse mediante control, -- es en verdad raro que la cooperación no pueda obtenerse. Gran parte depende de cómo el odontólogo impresiona al niño y cómo gana su confianza plena cuando ésta relación se ha establecido.

El tratamiento dental procederá sin retardo alguno, y basta recordar que los niños piensan en términos de extremos. Los sentimientos de un niño no pueden ser ambivalentes cuando está temeroso, pues si teme de algo, en modo alguno y al mismo tiempo sentirá afecto hacia ello. Por lo tanto si se está tratando con

un niño temeroso, primero se debe eliminar el temor y después - vendrá el agrado hacia el odontólogo. Si se erradica el temor - solamente en un punto en el cual tiene algo de escepticismo y - reserva, puede agrandar suficientemente para confiar en el odontó - logo cuando este punto se alcanza. La porción más grande de la ba - talla se ha ganado en el manejo del niño.

De ser posible, el odontólogo debería sostener una buena rela - ción con el paciente antes de separar al niño de los padres, - pues de otra manera el niño se sentirá que se le está forzando - a abandonar a sus padres. El temor de abandono es crítico.

El niño al entrar al consultorio por lo general comienza por llo - rar. El dentista algo aturdido y sin saber que hacer frente a - la situación, atiende al niño con una sugestión apologética a - la madre. Temiendo el tratamiento se le cita a los seis meses, - entonces el niño regresa y ya hay una repetición de la primera - visita con el mismo plan de comportamiento, puesto que los niños ya jóvenes tienen temores sugestivos que no disminuyen su propio comportamiento, por ejemplo: de hecho su temor a la odontología puede haberse intensificado a medida que una imaginación vivida exagera la necesidad básica por la fuga. Ante tal situación, se puede llegar indefinidamente a consecuencias desastrosas para - sus dientes y con el avance en el dolor del diente, dicha pena - puede conducir a establecer una verdadera fobia para el odontó - logo. En cambio, si el dentista ha usado un método positivo du - rante la primera visita, transmitirá su seguridad al niños. De lo contrario, el temor del paciente aumenta con el temor del odon - tólogo al tratarlo, pues el niño cuidadoso razona que si el den - tista está temeroso de hacer el trabajo, puede ser la razón pa - ra el retardo del tratamiento. Una mala explicación promoverá - el temor en los niños. No esperar que el niño de una respuesta - indeseable. Aunque el retardo sea indeseable, una visita previa

al consultorio dental antes del tratamiento es recomendable pues to que los niños tienen un gran temor a lo extraño, y no están - preparados y son aprehensivos para afrontar nuevas situaciones.

El uso de una actitud irrisoria y despectiva hacia el niño a fin de burlarse de él, de avergonzarlo del mal comportamiento en el consultorio esta contraindicado, aunque muchos dentistas prácticos emplean el ridículo en un intento de mejorar el comportamiento en el consultorio, es un desperdicio de tiempo y tiene poco - valor. El método no es solamente inadecuado, sino falso y peligroso. Un niño que se pasa en el sillón dental, está deseoso de ganar una aprobación del odontólogo. Sin embargo, el mecanismo - del temor es tan fuerte que la cooperación es imposible, su mejor juicio es dominado si su comportamiento llega a ser indeseable.- El ridículo puede producir frustración y resentimiento en el niño.

El niño gusta de hacer cosas que otros niños o personas hacen y gozan de la participación sobre una base competitiva.

Intentar hablar a un niño de sus temores sin darle una prueba -- evidente concreta de por qué no debe temer, no es método efectivo, puesto que los temores se desarrollan a un nivel verbal e intelectual.

Generalmente es ineficaz cuando el niño está en contacto efectivo con la situación que provoca el dolor. El deseo para la fuga tiene predominio sobre la razón, y las aseveraciones verbales generalmente caen en oído de sordo. No gastar energías en decirle al paciente que no debe estar temeroso, sino darle la razón para creerlo así.

PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS PARA EL NIÑO DISMINUIDO.

El prejuicio social contra los niños impedidos ha surgido de un deseo prolongado de la humanidad por desentenderse de problemas que considera capaz de tratar de manera más aceptable. En el pasado la gente se turbaba cuando un niño nacía del labio leporino, ó afectado de parálisis cerebral, ó retrasado mental.

En los últimos años, los padres de los niños impedidos se han organizado y, junto con entidades ya existentes, han realizado un esfuerzo concentrado para mejorar la situación de estos niños educacional, social y físicamente. Este ímpetu ha activado la investigación en muchas universidades para tratar de múltiples problemas que surgen de éste tipo de situaciones.

Al considerar las necesidades odontológicas, se puede clasificar a los niños impedidos en dos grupos:

- 1) El primer grupo incluye niños con problemas odontológicos disminuyentes como anómalos congénitos de las estructuras, maloclusión esquelética, de tipo grave, labio paladar hendidos.

- 2) El segundo grupo incluye niños con problemas pediátricos específicos, como hemáticos, cardiopáticos, parálisis cerebral y retraso mental.

1) LABIO Y PALADAR HENDIDO

El labio y el paladar hendido son anomalías congénitas que aparecen, ya sea aisladas o juntas, en uno de cada 800 a 700 nacimientos. Estos defectos estructurales del complejo facial - bucal - puede variar desde una pequeña hendidura en la fívula hasta una separación completa del labio, ausencia de división entre las cavidades bucal y nasal.

En la mayoría de los casos, los individuos nacidos con labio hendidido, paladar hendido o ambas cosas desarrollan varios defectos asociados, como dientes deformados, maloclusión ranco-cabo del lenguaje, infecciones del oído medio y alta susceptibilidad a infecciones respiratorias.

E T I O L O G I A

A) FACTORES EXOGENOS:

En sólo algunos casos aislados, en donde los síndromes resultaron de rubéola o talidomida, se ha demostrado que las hendiduras del labio, paladar o de ambos son atribuibles a un agente ambiental específico.

B) GENES MUTANTES Y ABERRACIONES CROMOSOMICAS:

Las hendiduras del labio o el paladar, o de ambos son una de las características de algunos síndromes raros que han sido adscritos a:

- 1) Genes mutantes, tales como labio y paladar hendididos con displasia ectodérmica.
- 2) Aberraciones cromosómicas, como trisomía D y trisomía E.

C) CAUSAS DE FACTORES MÚLTIPLES:

Se considera muy probable que la mayoría de las hendiduras del labio, del paladar o de ambos sean causadas por una combinación de factores exógenos y un factor actualmente se predispuso a estas deformaciones. Actualmente se considera que la herencia juega un papel importante en la etiología de hendiduras palatinas, labiales o ambas.

T R A T A M I E N T O

Por la complejidad de las malformaciones congénitas del labio - al paladar o ambos, se ha reconocido el "trabajo en equipo", - como único método inteligente de tratamiento y rehabilitación máxima del paciente con hendidura labial, palatina, o ambos, es imperativo que cada miembro de las diversas disciplinas afectadas - tenga por lo menos un concepto general de los problemas y procedimientos a que se enfrentan los otros miembros del "equipo de - tratamiento". Este tipo de problemas por general requieren de un tratamiento quirúrgico que consiste en volver a colocar y suturar las secciones hendidas. El cierre quirúrgico del labio hendido - se realiza generalmente entre los 2 y 12 semanas de edad y la -- edad óptima del paciente para realizar la operación del cierre - del paladar es de 18 a 24 meses de edad.

TRATAMIENTO DENTAL.

La magnitud y gravedad de los problemas dentales asociados con hendiduras labiales, palatinas o ambos, pueden requerir mayor técnica y capacidad por parte del odontólogo, puede lograr enorme satisfacción al saber que ha cumplido su importante papel en la habilitación general de estos pacientes.

Como regla general, se hace la visita inicial al dentista cuando el paciente tiene de 2 a 3 años. En este tiempo, la dentadura caduca está en desarrollo y se han completado ya los cierres quirúrgicos de las hendiduras. En las primeras visitas deberá examinarse al niño, administrarle ligera profilaxia, y permitirle familiarizarse con el odontólogo y su medio. Es necesario examinar al niño a los cuatro años de edad, para detectar caries y determinar piezas supernumerarias ausentes congénitamente, o piezas deformadas.

Las preparaciones de cavidades en pacientes con hendidura palatina labial o ambas cosas no difieren en procedimientos seguidos en pacientes normales. Deberá emplearse anestesia tópica y local en casos que lo requieran. Muchos de éstos niños respiran por la boca, por desviaciones del tabique nasal, frecuentemente asociadas con hendiduras faciales - bucales.

En estos pacientes se puede crear mucha ansiedad y angustia al interferir, durante los procedimientos operatorios, en su respiración bucal generalmente el odontólogo puede superar este problema dando sensación de seguridad al paciente, limitando el empleo de cilindros de algodón o empleando diques de caucho con orificios amplios.

En la dentadura primaria, se permite que estas piezas hagan exfoliación de manera natural, o puede hacerse la extracción después de la pérdida de piezas adyacentes. La mayoría de las piezas supernumerarias en la dentadura permanente se extraen lo antes posible.

Es aproximadamente 50 por 100 pacientes de hendiduras labiales o palatinas, o ambas cosas, se observan piezas congénitamente ausentes. El espacio ocupado normalmente por piezas ausentes congénitamente, o por piezas perdidas permanentemente tiene que ser mantenido cuidadosamente en la mayoría de los casos. Las piezas ausentes en el área anterior deberán ser reemplazadas, principalmente por razones estéticas.

Las piezas artificiales pueden ligarse a una placa acrílica que - los niños generalmente retienen en la boca con dificultad.

En pacientes con hendiduras labiales, palatinas o ambas, se observa a menudo hipoplasia del esmalte dental.

Este defecto ocurre con mayor frecuencia en los incisivos permanentes centrales y laterales en posición inmediatamente adyacente al lugar de la hendidura cuando sea posible, deberán restaurarse estas piezas, incluso si esto requiere colocar coronas de acero inoxidable. Es de vital importancia preservar estas piezas para su empleo futuro como bases para coronas individuales o puentes dentales.

Los problemas ortodónticos generalmente se asocian con todas las hendiduras que afectan al alveolo, al paladar o a ambos.

El odontólogo ó el pediatra de la familia puede en muchos casos, aprovechar sus conocimientos de ortodoncia preventiva para cuidar a estos pacientes, pero la mayoría de estos problemas requieren evaluación y tratamiento administrado por un ortodoncista perfectamente preparado.

2a) TRASTORNO HEMOSTATICO

Con el nombre de hemofilia se describen varias anormalidades metabólicas congénitas que se manifiestan como trastornos hemostáticos. Estos trastornos pueden ser resultado de ausencia de alguna de las sustancias necesarias para la actividad tromboplástica normal. La afección hemofílica más común es el trastorno causado por deficiencia del factor globulina antihemofílica.

Esta afección se transmite en forma de rasgo recesivo mendeliano ligado al cromosoma X se produce exclusivamente en varones. Aunque los niños que nacen con deficiencia del factor globulina antihemofílica son "sangradores" potenciales, desde el nacimiento, puede no observarse sangrado excesivo hasta que aumente la actividad del niño, aproximadamente a los 6 meses de edad. Puede producirse sangrado en cualquier lugar pero es más común en músculos, riñones, boca y articulaciones. Son particularmente vulnerables las articulaciones de la rodilla de niños que empiezan a caminar.

PROBLEMAS DENTALES.

Aunque los niños hemofílicos no sufren enfermedades dentales especiales, cualquier tratamiento dental que se planea realizar en ellos es grave, ya que existe enormes riesgos. Nunca podrá darse demasiado énfasis a los consejos que deben darse para mantener buen cuidado dental y evitar enfermedades dentales, ya que el tratamiento preventivo en estos niños minimizará al tener que recurrir a tratamientos restaurativos que podrán resultar muy arriesgados.

TRATAMIENTO DENTAL

En tratamientos dentales ordinarios, el odontólogo al tratar a niños hemofílicos, debe tomar enormes precauciones para evitar laceraciones fisulares, al rebajar y pulir, en reducciones de estructura dental subgingival y adaptación de bandas de matrices deberá ejercerse extremo cuidado para mantener la integridad de los tejidos periodontales.

Si se presentan hemorragias menores generalmente podrán controlarse con apósitos quirúrgicos junto con agentes hemostáticos como trombina.

En estos niños se contraíndica el empleo de anestesia local, excepto cuando sufren fuertes dolores, en cuyo caso deberá emplearse con cuidado extremado. Debe evitarse el bloqueo mandibular, porque esta forma de inyección puede causar hemorragia en los espacios faríngeos laterales, donde es difícil aplicar medidas de control.

Colocar cuidadosamente un dique de caucho servirá para dos propósitos principales en el tratamiento dental del hemofílico. Además de lograr un campo seco para colocar materiales restaurativos, también ayudará a proteger los tejidos blandos contra laceraciones accidentales.

En emofílicos las extracciones dentales deberán planearse solo co
mo último recurso después de haber descartado toda posibilidad de
mantener la pieza con ayuda de pulpectomías corrientes.

Deberán observarse extremas medidas de precaución en todos los pa
cientes que sufren algún trastorno hemorrágico.

2b) CARDIOPATÍA CONGENITA

La cardiopatía congénita se debe a anomalias estructurales del corazón; estas anomalías se dividen generalmente en dos grupos:

1) Cardiopatía Congénita

Los pacientes de este grupo sufren corto circuito de izquierda a derecha, y diversidad de defectos cardíacos, como defecto del tabique auricular, defecto del tabique ventricular, estenosis aortica congénita, conducto arterioso permeable y estenosis pulmonar.

2) Cardiopatía Congénita Cianótica.

Los pacientes de este grupo nacen con defectos que causan corto circuito de derecha a izquierda, y al hacer ejercicios se vuelven cianóticos.

E T I O L O G I A .

Se reconocen como posibles agentes etiológicos la herencia y factores ambientales durante el embarazo, como rubeola y anoxia.

PROBLEMAS DENTALES.

Las cardiopatías congénitas aparecen frecuentemente como una anomalía asociada en mongoloides y niños nacidos con hendidura de paladar, de labio o de ambos. La mayoría de los niños afectados por estos trastornos del desarrollo también sufren diversos problemas dentales de diferente gravedad y complejidad. Con estas excepciones, los niños con cardiopatía congénita no presentan problemas dentales específicos diferentes de mayor grado de caries y enfermedad periodontal que es encontrado comúnmente en la mayoría de los niños impedidos.

TRATAMIENTO DENTAL

Antes de iniciar cualquier tratamiento en niños con cardiopatía, congénita o adquirida, es esencial que el odontólogo obtenga una historia cuidadosa de la enfermedad cardíaca de su futuro paciente. Deberá consultar al médico familiar y al cardiólogo para conocer la capacidad del niño para soportar el tratamiento dental planeado, las posibles complicaciones que pueden surgir y todas las medidas de precaución que puedan ser necesarias.

Al tratar a niños que sufren enfermedades cardíacas, uno de los primeros objetivos del odontólogo debe ser evitar endocarditis bacteriana. Esta grave complicación la causa generalmente *Streptococcus viridians*, encontrado comúnmente alrededor de las piezas.

Muchos de los tratamientos dentales, como raspado y extracciones van seguidos de bacteriemias, lo que puede causar endocarditis en niños con defectos cardíacos.

Es esencial emplear antibióticos profilácticos antes de 48 horas después de comenzar este tipo de tratamiento.

El medicamento más empleado es penicilina potásica bucal; sin embargo, en todos los casos habrá de obtenerse la completa aprobación del médico familiar antes de llegar a emplear cualquier antibiótico.

2c) PARALISIS CEREBRAL

La parálisis cerebral es el problema de impedimento más grave que afecta a recién nacidos. Aproximadamente, 50% de los niños que su fren ésta enfermedad mueren en la infancia o sufren lesiones tan graves que hacen necesario su internamiento en una institución.

Esta enfermedad es un trastorno del sistema nervioso que se manifiesta en varios tipos de disfunciones neuromusculares, como espasticidad, afetosis, ataxia, rigidez o temblores.

Como cada caso representa un reto algo diferente, el odontólogo - deberá familiarizarse con los principales aspectos de los diversos trastornos neuromusculares y asegurarse de cual de ellos sufre su paciente antes de empezar a planear algún tratamiento. Los tipos más comunes de disfunciones neuromusculares son espasticidad, afetosis y ataxia.

La espasticidad, observada en aproximadamente 40% de los niños con parálisis cerebral, se caracteriza por hipercontractilidad de los músculos, y rigidez general en las secciones afectadas.

Esta rigidez puede ser tan pronunciada como para impedir el movimiento pasivo de la extremidad.

La afetosis se caracteriza por contracciones musculares involuntarias y desordenadas, y se observa aproximadamente en 45 de cada 100 niños que sufren parálisis cerebral.

La ataxia ó pérdida de coordinación muscular, es característica de aproximadamente 10 de cada 100 niños con parálisis cerebral. Esta pérdida de coordinación muscular produce falta de equilibrio y marcha insegura,

Para lograr mayor clasificación podemos describir de la siguiente manera el área afectada por este trastorno:

HEMIPLEJIA - afectación de la mitad del cuerpo
CUADRIPIEJIA-afectación de las cuatro extremidades
PARAPIEJIA - afectación de las piernas únicamente
MONOPIEJIA - afectación de una extremidad únicamente

Los niños con parálisis cerebral sufren alta frecuencia de retardo mental. Se ha calculado que 36 de cada 100 tienen cociente intelectual menor de 50 y 21 de cada 100 tienen cociente de inteligencia entre 50 y 70. La mayor frecuencia de retardo mental se ha observado en el grupo espástico y la menor en el grupo de los afetoides. A pesar de ésta alta frecuencia de retardo mental, y el beneficio de aquellos cuyas posturas faciales y físicas anormales dan la impresión de retardo, el odontólogo debe comprender que el grado de cooperación y superación obtenida de cada paciente varía enormemente y debe ser evaluado individualmente.

E T I O L O G I A

La parálisis infantil es causada por lesiones cerebrales que pueden haber resultado de premadurez, anoxia toxemia del embarazo, lesiones traumáticas, o puede ser de etiología desconocida, la localización de la lesión cerebral determina el tipo de disfunción neuromuscular por medio de la cual se manifiesta el trastorno. Las lesiones de la corteza cerebral se manifiestan por espasticidad, la lesión del ganglio basal da por resultado afetosis y la ataxia es causada por lesiones en el cerebelo.

PROBLEMAS DENTALES

La mayoría de los niños con parálisis cerebral tienen índice de ataque cardíaco más elevado que los niños normales. Este aumento puede atribuirse a su incapacidad de mantener buena higiene bucal, a la tendencia de sus padres a mimarlos con alimentos -- blandos o cariógenos y la mayor frecuencia de defectos hipoplásicos del esmalte en las piezas.

La mala higiene bucal y dieta blanda contribuyen a un aumento -- importante del número y la gravedad de enfermedades periodontales en pacientes de parálisis cerebral en comparación con niños normales.

Investigadores han informado de mayor prueba de maloclusión en estos niños, lo que puede atribuirse a funciones musculares anormales y a la posición poco natural de la lengua, características en niños afectados de parálisis cerebral.

La mayoría de los niños con parálisis cerebral pueden recibir -- cuidado dental satisfactorio, siempre que el odontólogo reconozca y comprenda las limitaciones físicas y mentales y las medidas de precaución requeridas en el tratamiento dental.

TRATAMIENTO DENTAL

A excepción del mayor grado de caries dental y enfermedades periodontales, la mayoría de los niños con parálisis cerebral no presentan problemas dentales específicos. La principal precaución del odontólogo responsable de su salud dental es lograr ajustar sus procedimientos a las condiciones físicas y mentales del paciente individual. El odontólogo podrá lograr éxito siem-

pre que obtenga una historia personal minuciosa del niño antes de la primera visita de éste al consultorio dental.

Los trabajos dentales en niños impedidos pueden lograrse solo gracias a trabajo de equipo bien coordinado entre el odontólogo y sus auxiliares. Para lograr la cooperación requerida, el odontólogo debe proporcionar a su ayudante dental toda la información que afecte a su paciente, para que la ayudante pueda prepararse adecuadamente para su importante papel en el tratamiento dental del niño.

2d) RETARDO MENTAL

Los términos retardo mental o subnormalidad mental se refieren a características intelectuales por debajo de la normalidad en niños con defectos del desarrollo, como debilidad mental, idiotez, imbecilidad, mongolismo, hipo u oligofrenia y moronismo.

Todos estos niños tienen generalmente cociente de inteligencia menor de 70.

La organización mundial de la salud aconseja la división de niños mentalmente subnormales en las siguientes tres categorías.:

- 1) Subnormalidad leve - con cociente de inteligencia de 50 a 69 y edad mental en el adulto de 8 a 12 -- años.
- 2) Subnormalidad moderada - con cociente de inteligencia de 20 a 49 y edad mental en el adulto de 3 a 7 años.
- 3) Subnormalidad grave - con cociente de inteligencia de 0 a 19 y edad mental en el adulto de 0 a 2 años.

E T I O L O G I A

Se ha atribuido a diversos factores etiológicos como herencia, influencias prenatales, premadurez anoxia o lesión al nacer, desnutrición encefalitis y parálisis cerebral.

El retardo mental, que afecta a más niños que a cualquier otra enfermedad congénita ataca aproximadamente a 3% de la población.

TRATAMIENTO DENTAL

Antes de formular un plan racional para tratar a pacientes mentalmente retardados, el odontólogo debe conocer la edad mental del niño para saber que grado de cooperación puede esperar de él y hacer los ajustes necesarios en los procedimientos de tratamiento.

La mayoría de los pacientes retardados mentalmente que llegan al consultorio entran en la categoría denominada subnormalidad leve, y pueden tratarse a la mayoría de estos niños con algo más de firmeza y comprensión que las requeridas para tratar a pacientes de 8 a 10 años.

Haciendo alarde de comprensión y paciencia, el odontólogo puede generalmente ganar la confianza de estos niños. Si no se logra el nivel de cooperación necesario para poder realizar trabajos restaurativos ordinarios o si el niño retardado necesita tratamiento dental extenso y de habilitación, la única esperanza de tratar con éxito al paciente será recurrir al empleo de anestesia general.

Al emplear algún anestésico general, siempre se incurre en riesgo de vomito, espasmo y apnea; por lo tanto podrán preverse medidas más suaves, aunque posiblemente menos potentes, cuando sea empleado dicho ajuste.

La reacción del niño, especialmente si está bajo premedicación, es generalmente de cooperación, siempre que el odontólogo sea paciente y comprensivo. Esto se verifica incluso en niños que parecen incapaces del control físico y mental requeridos para tratamientos dentales acertados.

Si fallaran estos procedimientos de manejo del paciente, o si necesitara amplio tratamiento dental un niño gravemente impedido, -

el empleo de anestesia general ofrece una posible solución al pro
blema.

INDICACIONES PARA ANESTESIA GENERAL

- 1) En niño no cooperativo que se resiste al tratamiento, a pesar de haberse intentado todos los procedimientos de manejo comunes.
- 2) El niño con trastornos de hemostasia que requieran tratamiento dental extenso.
- 3) El niño retardado mental cuyo impedimento sea tan grave, que dificulte toda comunicación entre el odontólogo y el paciente.
- 4) El niño afectado de trastornos del sistema nervioso central que se manifiesten por movimientos involuntarios y extremos.
- 5) El niño con grave cardiopatía congénita, considerado incapaz de tolerar la excitación y cansancio provocados por extenso tratamiento dental.

3.- PRIMERA VISITA DEL NIÑO DISMINUIDO AL CONSULTORIO DENTAL

En la primera visita del niño disminuido al consultorio dental es la más importante porque es el momento en que el odontólogo y su personal pueden comunicar su capacidad e interés por aceptar al niño para su tratamiento. En realidad, no siempre es posible mantener circunstancias ideales para la visita inicial del niño disminuido. No obstante, si se es minucioso en la obtención de la información pertinente respecto al estado de la disminución o situación médica del niño, al llamar el padre para pedirle la cita y -- así se podrá preparar al personal y recibir al niño.

El personal odontológico puede a menudo prever la conducta del niño al observar la relación mutua de padres e hijos en la sala de espera, antes del examen. Si el niño tiene que ser trasladado por el padre, si está en una silla de ruedas o si presenta una -- conducta atípica.

Idealmente, los padres deben de acompañar a sus niños al consultorio, para que el odontólogo pueda seguir observando la relación mutua. Será sumamente importante tomarse tiempo para la evaluación del paciente y los padres, pues los odontólogos deben interpretar cuidadosamente observaciones y actos de los padres para planificar el mejor método de tratamiento.

El resumen de la historia médica y odontológica puede ser ilustrativo y debe ser analizado con todo cuidado.

A veces, los padres mostrarán actitudes de perfección exagerada o extrema hostilidad, y serán muy exigentes.

El odontólogo deberá de compartir espiritualmente los problemas -- disminuyentes del niño y el efecto que tenga sobre la familia. Es cuchará las frustraciones y ansiedades enunciadas por los padres,

aún cuando a menudo no exista una solución satisfactoria. El odontólogo no debe ser manifiestamente crítico de las emisiones previas en la atención odontológica del niño, pero dará a los padres, -- todo cuidado, la confianza de que un programa realista de restauración y prevención asegurará buena salud dental a su hijo.

La discusión preliminar permitirá al odontólogo determinar si el niño debe ser invitado solo al consultorio, o si los padres deben de acompañarle.

La mayoría de los padres se muestran bastante ansiosos en la primera visita. La ansiedad frecuentemente es obvia en los padres - de niños disminuidos. El odontólogo debe de considerar el examen bucal efectuado con los padres, mientras el niño entra en contacto y conocimiento con el consultorio odontológico y si sospecha problemas, dentales o de manejo específico, describirlo brevemente. Se tranquilizará a los padres en cuanto a que el examen inicial no es una situación que cree tensiones en el pequeño y que si la conducta del niño lo exigiera, se pedirá a los padres que pasen a colaborar al consultorio.

El odontólogo debe de tener una impresión previa de la conducta del niño, según la entrevista inicial. Si el niño siguió la sugerencia y se relacionó bien con la nueva experiencia, no hay razones para sospechar que surgirán problemas durante el examen o el tratamiento.

Cuando la conducta del niño sea inmadura, o claramente retardada, podrá ser necesario trasladar al niño a la sala de examen. La conducta inmadura debe de ser controlada a nivel del entendimiento del niño. Si el niño fuera notoriamente retrasado en sus actos o expansivo, podría ser necesario ejercer cierta firmeza o restringirlo físicamente.

El paciente niño puede tener antes una experiencia médica u odontológica desagradable, lo cual precipitará un problema de conducta. Si las técnicas usuales de manejo de conducta resultaron ineficaces y se hiciera necesario recurrir a restricciones, se deberán de realizar todos los esfuerzos por llevar a cabo el examen lo más rápido y minuciosamente posible y con la menor incomodidad para el niño. Los niños aceptarán el examen bucal si se les trata con cariño.

Cualquiera que fuere la situación, los objetivos de la visita -- inicial son determinar la salud del niño y su conducta en el medio odontológico y evaluar los problemas médicos o dismuyentes asociados.

Antes de despedirse de los padres, éstos deben de recibir un resumen y explicación de los resultados del examen inicial. Con frecuencia el odontólogo no logra comunicar todo el problema odontológico y su solución en la visita inicial .

4) PLANEACION DEL TRATAMIENTO

Debe trazarse un plan de tratamiento realista, que considere la situación médica o disminuyente actual y el pronóstico para los años venideros.

Si la enfermedad del niño tiene un mal pronóstico, entonces el tratamiento odontológico debe ser paliativo y limitarse a una atención de mantenimiento y a la prevención de enfermedades bucales.

Si el pronóstico médico fuera favorable, no hay necesidad de transigir en nada en cuanto al tratamiento odontológico. Se debe de realizar todos los esfuerzos posibles para emplear los conceptos de ayudar en el mantenimiento de una oclusión funcional y un parodonto sano.

Los procedimientos de restauración o los quirúrgicos deberán -- ser en el menor número posible de sesiones. Se puede recurrir a la sedación durante periodos de tratamiento extenso y cabe recurrir a la anestesia general ante problemas graves de manejo.

5) CONTROL DEL NIÑO DURANTE EL TRATAMIENTO

El control del paciente es un factor importante en el tratamiento del niño disminuido.

Todos los métodos convencionales de obtener la cooperación del paciente deberán de ser agotados antes de emplear medicación o anestesia general.

Jamás las restricciones o dominio físico deben ser un sustituto del control psicológico del niño.

Se ha definido con claridad la importancia de los procedimientos pediátricos para los niños que no son controlables y se enfatiza en que los padres sean informados de la razón de los tipos de restricciones que deberán emplearse. Comprendiendo la profunda preocupación de las angustias de un padre por su hijo, siente que unas palabras "profilácticas" de consuelo y tranquilidad antes del tratamiento superan en mucho una explicación terapéutica de los procedimientos después de que fueron ejecutados. Por tanto, además del tratamiento odontológico por completar, el método de control del niño debe ser claramente comprendido por el padre antes de que sea llevado a cabo procedimiento alguno.

La restricción física no debe incorporarse como castigo o método disciplinario, y ha de ser precedida y acompañada por una explicación razonable de su uso, si fuere posible la comunicación con el paciente. Los dispositivos de restricción pueden ser presentados como trajes especiales, o ropas de seguridad para ayudar al niño a sentirse seguro o impedir que se caiga del sillón dental.

Si se sospecha una dificultad en el manejo, el niño debe ser colocado profilácticamente en el dispositivo de restricción, en vez de hacerlo después de haberse manifestado el problema.

Obtener la atención del paciente después de iniciado un ataque de rabietas es algo que depende del nivel de maduración.

La firmeza reflejada en el dominio de la voz, las indicaciones -- verbales, "la mano sobre la boca", "toalla sobre la boca" o la -- restricción manual son todos los métodos descritos en la literatura odontológica, y los últimos suscitaron grandes controversias.

Se cree que el control por la voz y los directivos firmes con un sobretono cariñoso dan buenos resultados en el niño maduro, respacto al niño retardado, se ha de pensar en una premedicación general sumada a la restricciones si se observan problemas graves de conducta.

Las restricciones parecen proporcionar una sensación de seguridad y comodidad para el paciente premedicado.

Si no se puede lograr la cooperación del niño de una manera rutinaria y si el tratamiento odontológico no fuera exitoso con el empleo de premedicación, entonces se recomienda que el niño sea remitido a un hospital y se le administre anestesia general.

6) ODONTOLOGIA PREVENTIVA PARA EL NIÑO DISMINUIDO

El plan odontológico preventivo establecido para un niño disminuido, es la consideración más importante después de completar la rehabilitación inicial correspondiente. A menos que se respete muy de cerca un programa preventivo eficaz, el mejor tratamiento conservador puede fracasar.

Es importante enfatizar los cuatro puntos siguientes:

A) Los padres deben ser los factores de motivación del cuidado en el hogar.

La responsabilidad del odontólogo es comunicar la importancia de la prevención y bosquejar una solución eficaz para cada niño individualmente.

Se debe enseñar al padre que le cepille los dientes al niño, si éste no puede hacerlo bien por sí mismo. También se proporcionará, cuando sea aplicable, el empleo del cepillo eléctrico, dispositivos personalizados de limpieza, abrebocas y otras ayudas mecánicas. Se indicará un dentífrico con fluoruro estannoso terapéutico.

B) Una dieta adecuada que pueda ser estimulada con un asesoramiento nutricional, constituirá parte importante de la planificación odontológica preventiva familiar. Como muchos niños disminuidos están sometidos a dietas especiales, habrá que consultar con el médico si correspondiera introducir modificaciones.

C) El papel del paciente en la prevención que depende de su posibilidad de cooperar, debe demostrarse con paciencia y frecuencia.

D) La coordinación profesional, integrada por el examen periódico, profilaxis y tratamiento regular restaurador y preventivo, ha de ser prevista por el odontólogo.

COLABORACION DE LOS PADRES CON EL ODONTOLOGO .

La comunicación entre el padre y el personal odontológico fija las actitudes paternas en cuanto al interés del odontólogo por guiar la salud dental del niño. En el momento en que el padre establece el contacto inicial por teléfono, la recepcionista debe proyectar el auténtico interés de dicho personal por el niño paciente. Una manera de lograrlo consiste en ofrecer información amistosa y correcta a las preguntas de los padres.

Es frecuente que el padre represente un problema mayor que el propio niño, por lo cual se debe educar a sus padres, para evitar pérdida de tiempo y energía.

El ejercicio de la odontología infantil, para que sea todo un éxito - deberá contar con la confianza del padre y obtener de él, todos los datos necesarios.

El objetivo del odontólogo debe ser valorar y comprender actitudes, - palabras y sentimientos de los padres, lo más cabalmente posible para determinar de ese modo el enfoque del tratamiento hacia el niño en - particular.

Las comunicaciones educacionales para los padres deberán estar descritas con detalle en un manual de procedimientos y delegadas en un miembro del personal auxiliar apropiado.

La delegación de la orientación y la educación paterna ayudará muchísimo en el desarrollo de eficiencia en el consultorio.

Hay varias indicaciones que tienden a lograr el clima propicio.

Una de ellas es que varios días antes de la consulta el padre deberá

saber que habrá de llegar en forma casual; a decirle al niño que ha sido invitado a visitar al dentista.

Hay que dar al niño una pequeña explicación a cerca de la función - odontológica y de que tales personas se preocupan por su salud física y mental, que han estudiado para ello y que están empleando sus conocimientos para contribuir a su bienestar total.

Otra de las indicaciones para el padre es que controle sus propios temores. Evite en presencia de su hijo el relato de episodios desagradables con el dentista y no permitirá que otras personas lo hagan.

Aparte del hecho de no mencionar sus propios momentos desagradables, podrá impedir el miedo de su hijo explicándole de una manera sencilla y agradable qué es lo que le van a hacer y qué es la odontología.

Para aquellos padres que temen ellos mismos al tratamiento dental, es preciso hacerles notar que la anestesia moderna, y óptimo conocimiento para manejo del niño y superación de las técnicas operatorias determinan la seguridad del tratamiento odontológico.

El padre que educa a su hijo para hacerlo receptivo hacia el tratamiento, resultará beneficiado con el goce del niño para la odontología. Las dificultades por lo general, se suelen hallar cuando un -- miedo muy grande ha sido inculcado a los niños por sus padres u -- otras personas.

El padre debe de disimular sus sentimientos de ansiedad, en particular en la expresión de su rostro, cuando lleva a su hijo al consultorio dental.

El padre deberá confiar su niño al cuidado del dentista, una vez que ha llegado al consultorio y si es posible, no debe entrar en la sa-

la de tratamiento. Sin embargo, si fuese necesario, una vez dentro debe actuar como simple espectador. El padre no se debe inquietar si su hijo llora. El llanto es forma normal de reaccionar en el niño - ante situaciones ambientales desconocidas.

También no debe insistir en permanecer junto a su hijo, mientras está en el sillón dental, pues en nada ayuda para iniciar confianza en su doctor, salvo que usted, como padre si la tiene.

Aconsejar al padre que nunca utilice a la odontología como amenaza de castigo. El castigo está asociado en la mente del niño con lo de sagrado o doloroso.

Hay que tratar de evitar el soborno para que vaya al dentista, y si ha decidido prometerle alguna recompensa a fin de que mejore su comportamiento, trate de no mezclar al dentista con esa promesa. Este método de soborno y recompensa, puede dar a entender al niño que hay alguna amenaza de peligro.

Es recomendable aconsejar a los padres que familiaricen a sus hijos con la odontología, llevándolos al consultorio dental para que se acostumbren al mismo y tengan relación con el odontólogo.

Es importante el medio hogareño como conveniente para la creación de un niño de buenos ajustes y en estas condiciones, serán buenos-pacientes infantiles.

Cuando el padre acompañe a su hijo al consultorio, no deberá intervenir en la conversación, entre el niño y el odontólogo, porque el niño se confunde cuando hablan varias personas o reciben estímulos de multitud de ellas para originar un caos y desorden.

Los padres deben de abstenerse de ridiculizar a sus hijos para dominar su temor al tratamiento dental. No deben de prometer a los niños que el odontólogo no les hará nada, pues el mentir solo lleva a decersiones y desconfianza.

El padre debe permitir que el niño se desenvuelva solo. Muchas veces la mejor solución en el tratamiento se alcanza, cuando el niño está solo en el consultorio con el odontólogo.

El peor momento psicológico para llevar a un niño con el odontólogo es cuando está padeciendo un dolor de muelas u odontalgia.

Los padres aprecian la recepción de estas circulares que le ayudan en la explicación a sus hijos, acerca de como el odontólogo planifica para disfrutar de buena salud dental.

La comunicación con los padres es de suma importancia, ya que es necesario saber si el niño tiene un temor injustificado por la odontología y, si así fuera, el por qué. También con esta comunicación es posible describir su comportamiento paternal y una vez reconocida la causa del temor, el dominarlo resultará más fácil.

Hay que mencionarle algunas recomendaciones al padre para que ayude a la higiene del niño. Una vez que vigile la higiene bucal del niño, es decir, que se cepillen después de cada alimento y que el cepillo y el cepillado sean los indicados.

Hay que llevarle al odontólogo para el reconocimiento general cada seis meses.

Se debe hacer notar a los padres que una enfermedad dental que principia es más fácil de curar, que cuando ya ha avanzado bastante.

Hay que educar a los niños inculcandoles buenos hábitos de higiene dental.

PERSONALIDAD DEL ODONTOLOGO.

1) La personalidad del odontólogo y su ayuda auxiliar.

Es muy importante que el niño sienta que todas las personas del consultorio le infunden confianza. Esto se hará en una tarea en grupo entre: La ayudante del consultorio, la recepcionista y la higienista dental, así como el dentista.

Los niños suelen ser muy sensibles a emociones desconocidas, e identifica rápidamente cualquier falta de entusiasmo hacia pacientes infantiles, y esto les desalentará aún más.

Si un odontólogo va a tratar a pacientes infantiles, deberá asegurarse de tener los suficientes conocimientos psicológicos para manejar a niños sin producir traumas.

El dentista también deberá de asegurarse de que el personal que le ayuda aman a los niños y los tratan bien, y emplean buenas técnicas para manejarlos.

Si los auxiliares tratan en forma inadecuada al niño, las oportunidades de éxito, que tiene el odontólogo disminuyen enormemente. Es de gran ayuda que el dentista reciba al niño en la sala de esperar el día de la visita.

Cuando se trata por primera vez a un paciente infantil, siempre llámesele por su nombre de pila. Si no se sabe pregúnteselo.

Cuando sea posible se deberá de dirigir la conversación hacia el niño.

Cuando se tome el historial preguntele de cuando en cuando algo para que el niño conteste. Si se forza al niño a permanecer callado en --

una conversación que no le interesa, pensará naturalmente que le va a pasar en la silla dental.

No se debe demostrar nunca exceso de entusiasmo ni ser demasiado insistente. No le de la mano a la fuerza ni le salude con voz demasiado fuerte.

Trate al niño con confianza en la voz, y en los actos, pero de manera natural y cálida. Se debe recordar que los niños temen a las caras desconocidas, especialmente si parecen surgir de repente. Dan mucha confianza y seguridad actitudes y voces naturales, porque no sugieren nada desagradable en el futuro.

A menudo, un niño de muy corta edad se negará a ir con el dentista a la sala de tratamiento y se aferrará al brazo de su madre. Si no se puede convencer con palabras, el odontólogo deberá acercarse al niño de manera amistosa y rodearle con los brazos como si fuera a abrazarlo. De esta manera se tiene control del niño y se le puede recoger y llevar a la sala de tratamiento sin temor a que sus pies o manos dañen a alguien.

Se deberá hacer que el niño sienta que el odontólogo es suficientemente fuerte para llevarlo y protegerlo, pero no lo suficiente para herirlo.

Si el dentista tiene confianza en sí mismo, es seguro que algo de este sentimiento se transmite a su paciente. Si el dentista no tiene seguridad se reflejará en el comportamiento del niño.

El manejo correcto del paciente niño se basa en conocimientos, sentido común y experiencia.

2) AUTOCONTROL DEL DENTISTA

El odontólogo nunca deberá de perder su dominio y enfadarse. La ira como el miedo, es una emoción primitiva e inmadura. Es señal de derrota e indica al niño que ha tenido éxito y ha disminuido su dignidad. El paciente lo pone en situaciones de gran desventaja, porque la ira disminuye su capacidad de razonar claramente y de tener las reacciones adecuadas.

Si el dentista pierde el control y eleva la voz, solo asustará más al niño, y se le dificultará más aún su cooperación.

Si no puede evitar enfadarse, es mejor despedir al niño y dejar que otro odontólogo pruebe su suerte. Tal vez él pueda tener éxito donde el primero le derroto el temperamento.

Si el dentista ha tratado lo mejor posible, y no puede entablar relación con el niño, es mejor admitir la derrota que arruinar al niño - para tratamientos dentales futuros.

3) LA CONVERSACION DEL DENTISTA.

Cuando hable a los niños el odontólogo deberá ponerse a su mismo nivel en posición y conversación, en palabras e ideas. No tiene valor emplear palabras demasiado difíciles que el niño no puede comprender.

Hablar demasiado confundirá al niño, y le producirá desconfianza y -aprehensión, como cualquier otra cosa que no comprende. Utilizar palabras sencillas y cotidianas que usan los niños de la edad del paciente ayudará considerablemente.

Al seleccionar temas de conversación elegir temas y situaciones que le sean familiares.

Se debe de dejar que el niño lleve la conversación una vez iniciada- ésta. Si el niño es pequeño conviene añadir algo de fantasía para despertar más el interés. Se debe evitar tratar de hablar a los niños - como si fueran más pequeños de lo que en realidad son. Esto sería una gran ofensa que si se les hablase como si fueran mayores. Los niños- se sienten halagados si los adultos los consideran mayores de lo que en realidad son.

Se deberá alejar las mentes de los procedimientos dentales, hablando les de algo que les resulte interesante.

Siempre que se esté trabajando con un niño no se le deberán hacer preguntas que requieran respuestas si se tienen ambas manos y algunos - instrumentos en su boca, los niños tienden a utilizar su pregunta como excusa para interrumpir por unos minutos su tratamiento.

A la mayoría de los niños les gusta oír hablar al dentista. Así se sienten menos ignorados y olvidados. Si los niños hacen preguntas, se deberán responder con la mayor exactitud posible. Sin embargo no se-

deberán de usar las preguntas como técnica dilatoria.

4) CONOCIMIENTO DEL PACIENTE

Es conveniente conocer al paciente infantil antes de que llegue a la silla dental.

Cuando los padres llaman por primera vez para pedir cita, puede obtenerse información sobre el niño.

Preguntar a los padres cuanto sabe el niño sobre dentistas y procedimientos dentales. ¿tiene el niño ir al dentista?, ¿es nervioso?, ¿se lleva bien con los adultos?, ¿ha estado en el hospital?, ¿tiene miedo a su médico?. Estas preguntas pueden dar idea del futuro comportamiento emocional del niño observándolo en la sala de recepción.

Si está en el regazo de su mamá o abrazado a ella, se puede anticipar dificultades en el primer encuentro. Sin embargo, si el niño se sienta solo y lee un libro o juega alejado de su madre se puede suponer que es emocionalmente maduro y está bien centrado para recibir tratamiento dental.

En la primera visita, se puede obtener información completa en la historia clínica. En esta etapa se conocerá también a la familia del niño.

Con estos conocimientos sobre el paciente se pueden prever sus reacciones ante el tratamiento dental.

El manejo del paciente resulta mucho más sencillo si se puede predecir, aunque sea remotamente, como va a reaccionar cuando se le empieza a tratar. Conocer al paciente significa ya media victoria. Saber cómo actúa guiará su manejo. Es valioso predecir su comportamiento.-

5) USO DE PALABRAS PARA PROMOVER EL MIEDO

El odontólogo deberá evitar emplear palabras que promuevan el miedo al niño. Muchos de los temores sugestivos no los produce el procedimiento en sí, sino el significado atemorizante de alguna palabra como "aguja o fresa", y sin embargo no se oponen demasiado a la experiencia si se llama de otra manera al procedimiento. Cuando se trate con niños deberán evitarse engaños, pero cuando sea posible, deberán usarse palabras que no despierten miedo, palabras como "inyección, aguja, pinchar", podríamos decir: "Vamos a poner algo en tus encías que se sentirá como piquete de un mosquito." "A todos los niños los han picado los mosquitos. Saben que los piquetes de mosquitos son molestos, pero el dolor no es lo suficientemente grande o duradero para producir ansiedades definidas. En vez de usar la palabra "fresa", que para un niño significa hacer hoyos en un diente. decirle que se le van a cepillar los insectos malos y sacarlos de sus dientes. Al mismo tiempo, hacer correr sobre la uña de un niño la fresa. De este modo, el dentista habrá informado al niño de lo que va a hacer sin producir miedo.

Si el odontólogo considera que se va a infligir un dolor considerable, puede explicárselo de una manera que el niño entienda.

6) HABILIDAD Y RAPIDEZ DEL DENTISTA

El odontólogo deberá de realizar sus deberes con destreza, rapidez y mínimo de dolor. La ayudante es muy conveniente cuando se trabaja con niños. Puede ser muy valiosa para ayudar a controlar al niño, y para facilitar los procedimientos operatorios al dentista.

Cuando se tienen los instrumentos adecuadamente acomodados, no será necesario buscarlos y perder tiempo cuando ya ha empezado la intervención. Un niño puede ver claramente cuando hay ineficiencia, - aún después de pocas visitas al consultorio.

Los niños son más observadores que los adultos, tal vez porque son más inquisitivos y se interesan por lo que les rodea.

El trabajar suave y cuidadosamente y no perder tiempo o movimientos hace que el niño pueda soportar molestias si sabe que pronto se acabarán.

7) USO DE LA ADMIRACION - SUTIL ENGAÑO - PREMIO

Hay muchos tipos de recompensa para el paciente que se porta bien, uno de los más importantes premios para el niño, es la aprobación del dentista.

Por tanto, conduzca a buen comportamiento y permita que el niño conozca cuando es buen paciente y alcanzará una meta para su futuro comportamiento.

Tratará de superarse en la norma que ha establecido para él mismo. Cuando un niño se ha portado bien en el sillón dental, se le obsequian juguetes, helados, etc.

LA RECOMPENSA O SOBORNO

Puede establecerse categóricamente: nunca sobornar a un niño el soborno raramente alcanzará algún buen resultado, pues simplemente - el niño mantendrá su comportamiento a fin de obtener más sobornos, y éste es una admisión de que el dentista ignora como manejar la situación.

Un niño alerta pronto tomará ventaja de este predicamento por lo cual hay que entender la distinción entre soborno, premio y regalo.

En verdad la línea divisoria es tenue, apenas visible.

Un regalo después de una visita puede servir como el soborno que atraerá al niño para la próxima visita, generalmente hablando. Sin embargo, se promete o se da para inducir un buen comportamiento .- Un regalo se reconoce por buen comportamiento después que se ha integrado la operación, sin que previamente haya habido una promesa intrínseca. El soborno no debe producirse en la odontología.

8) ORDENES CONTRA SUGERENCIAS.

En el curso del tratamiento dental es necesario asegurarse de la cooperación del paciente. Para producir las reacciones deseadas, nunca se pide al niño que se someta a una petición. Al pedirle que haga algo, el odontólogo en realidad le está dando entre aceptar o rechazar. Si se le da elección al niño, no puede considerar mal comportamiento el que rechaza. Si se le dice que obedezca una orden, no hay más elección que aceptar. Si se niega, el comportamiento se vuelve automáti-camente inaceptable.

Cuando se le ordena a un niño que cumpla sus deseos, deben decirselos de una manera agradable, pero con decisión. No se debe de dudar en-sonreír y gozar con el paciente: sin embargo, se debe de ser firme - si la situación así lo requiere.

9) EL ODONTOLOGO Y LO RAZONABLE.

Cuando se trata con niños, se tiene que ser realista y razonable no se debe de condenar a un niño porque está asustado. Tratemos de po-nernos en su lugar y comprender por qué actúa así. Se respetarán -- sus emociones, pero sino están de acuerdo con el patrón deseado pa-rra trabajos dentales, trate de alterarlos. El ego del niño le permitirá ajustarse a la tensión.

Darle al niño oportunidad de participar en los procedimientos. Si - puede ayudar a sostener el algodón, o ayudar en otra cosa poco im-portante, el niño sentirá que es parte del servicio que se está realizando, y se interesará y cooperará más. Tratándolo como individuo con sentimientos y emociones, y no como objeto inanimado en la silla y así obtendremos felizmente un paciente para el futuro.

C O N C L U S I O N E S

Como resultado de las tendencias mencionadas en este trabajo nuestra profesión encara responsabilidades adicionales respecto a cuidados y tratamientos adecuados en los niños.

El logro de llegar a feliz término estos tratamientos y más que nada introducir satisfactoriamente al niño a una práctica odontológica sin temores requiere de las siguientes cualidades del cirujano dentista:

- 1) Paciencia y respeto por la personalidad del niño.
- 2) Conocimiento psicológico de cada paciente, ya que ca da uno es diferente.
- 3) Habilidad manual e intelectual para los tratamientos dentales.
- 4) Amabilidad y energía conjugadas en una determinada - ocasión.
- 5) Instrumental necesario y siempre muy oportuno
- 6) Superación constante asistiendo a cursos de actualización.
- 7) No limitarse a labor reparativa, sino enseñar conciente mente tanto a los niños como a los padres, a observar buenos hábitos dentales.

El enfoque inteligente se verá facilitado por el reconocimiento de la existencia del temor al dolor, factores económicos y alteraciones esté ticas.

Con la cooperación de los interesados, se puede educar al niño para que asuma una actitud receptiva respecto a la odontología y para que le -

otorgue los valores necesarios a su salud bucal.

De este modo, el odontólogo puede experimentar la gran emoción de sentirse parte de una profesión maravillosa la que le permite brindar un servicio a los niños y por ende a la sociedad.

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

ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

Ralp E. Mc Donald, B.S. D.D.D, M.S.
The C.V. mesby Company Saint Levis 1969

ODONTOLOGIA PARA NIÑOS IMPEDIDOS:

Joan Wyman M.D.S. F.D. S.R.C.S., D. Orth R.C.S.
Conferenciante en odontología para niños
Universidad de Newcastle Upontyne
Editorial Mundi, S.A. I.C. y F.
Buenos Aires Argentina, 1970

ATLAS DE ODONTOPEDIATRIA:

David Blaw B.S.D.
Thompson M. Lewis D.D.S. M.S.D.
Editorial Mundi
Buenos Aires Argentina, 1969

PSICOLOGIA APLICADA EN ODONTOLOGIA:

Willian R. Cinotti y Arthur Grieder
The C.V. Mosby Company Saint Louis, 1964

TRATADO DE ODONTOLOGIA PEDIATRICA:

Walter C. Mc Bride
Universidad de Costa Rica, 1971