

270122
58
2ej

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**ESTUDIO DE LOS ASPECTOS MAS IMPORTANTES
DEL MANEJO Y ATENCION DEL NIÑO EN
EL CONSULTORIO DENTAL.**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
ROBERTO RAFAEL LOPEZ VARGAS
Asesor: Dr. Guillermo Hernández Ortiz
GUADALAJARA, JALISCO, 1986



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E .

INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I.- CRECIMIENTO Y DESARROLLO	
A.- Consideración del niño como un ser total.....	2
B.- Crecimiento y Desarrollo psicológico y físico del niño	5
CAPITULO II.- FACTORES QUE PUEDEN MODIFICAR LA CONDUCTA DEL NIÑO EN EL -- CONSULTORIO.	
A.- Factores que se deben tomar en cuenta.....	31
B.- Reacciones a la experiencia Odontológica.....	35
CAPITULO III.- MANEJO Y ADOCTRINAMIENTO ODON TOLOGICO DEL PACIENTE INFANTIL	
A.- Los propósitos de la odontología para niños.....	44
B.- Ambientación recomendable de una clínica y comportami to del personal.....	51
C.- Introducción del niño a la Odontología.....	54
D.- Manejo del niño y su aclimatación al tratamiento.....	56
E.- Control del dolor y la Incomodidad.....	76

CONCLUSIONES.....	83
BIBLIOGRAFIA.....	85
CITAS BIBLIOGRAFICAS.....	88

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

Por medio del presente trabajo se quiere hacer un análisis de la importancia de saber llevar y orientar la conducta del niño a través de su experiencia odontológica, es de suma importancia que el estudiante de odontología y el profesional se vinculen con los problemas de orientación de la conducta, el manejo del niño y los procedimientos de diagnóstico y tratamiento con el fin de que pueda cumplir su parte al encarar el desafío de remediar la salud dental.

Es por demás importante lograr un conocimiento más profundo de la psicología del niño para así lograr el máximo de eficiencia en el tratamiento de éste. Es necesario una compenetración más profunda entre padres, niño y odontólogo, así como una preparación del niño por parte de los padres, evitando así la desventaja de recibir a un niño asustado en la visita inicial.

Es de vital importancia el conocimiento de este tema ya que la falta de comprensión por parte de muchos profesionales puede causar un vacío entre el paciente y el odontólogo.

Con este trabajo me propongo dar respuesta a ciertas incógnitas que se le presentan al profesional durante su ejercicio profesional, y como poner en práctica sus conocimientos para motivar y lograr la confianza así como tener un mejor control de sus pacientes obtenido por lo tanto mejores resultados en el tratamiento odontológico.

CAPITULO I.-

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

a.- Consideración del niño como un ser total

b.- Crecimiento y Desarrollo psicológico y -
fisico del niño.

CAPITULO I.-

CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

A.- CONSIDERACION DEL NIÑO COMO UN SER TOTAL.

El fin de éste capítulo es discutir los problemas - dentales y emocionales del niño vistos como un todo, no aislar una cosa de la otra analizar y llevar a cabo un estudio concienzudo de lo que el niño necesita realmente.

Con la demanda creciente para proporcionar un servicio odontológico a los niños surge la necesidad dentro de la profesión de reevaluar lo que debe lograrse del tratamiento -- ofrecido, y que beneficios se obtendrán del tiempo y el esfuerzo empleados. Por poco esenciales que los dientes puedan ser para la existencia del hombre civilizado, poco negarán que hay un deseo cada vez mayor por mantener una dentición funcional y estética el mayor tiempo posible, este deseo es en si mismo -- justificación para un servicio que lo cumpla. Sin embargo, la odontología moderna va más allá que responder simplemente a -- una demanda popular; intenta crear una necesidad en la población por medio de la educación de pautas mejoradas de salud bucal. Es importante considerar que el niño es un ser total el cual debe ser tratado de acuerdo a sus necesidades tanto físicas como emocionales. (5)

Todos los que proporcionan cuidado de la salud tienen una filosofía de la práctica, sea o no que estén conscientes de ella. Si los dentistas como practicantes individuales - desean continuar el progreso, deben reconocer e identificar lo

que realmente aceptan como una filosofía óptima de la práctica y el manejo del niño en el consultorio. El compromiso del dentista de ser responsable de sus propias necesidades y de aquellas de sus pacientes, requiere un equilibrio necesario, considerado profundamente para continuar logrando niveles mas altos de éxito. (2)

Hay siempre dos problemas a considerar cuando se -- brinda un servicio de cualquier tipo a los niños: El primero -- es determinar que es mejor para el niño en el momento actual, y el segundo, que es mejor para el adulto en que el eventual-- mente el sino se convertirá hasta no hace mucho en nuestra sociedad el niño era como poco tomado en cuenta. Los esfuerzos -- eran siempre canalizados a convertirle en adulto útil. La ni-- ñez era meramente un requisito del crecimiento y el fin justifica los medios. Hoy se comprende que un niño como ser humano tiene el derecho de esperar tanta consideración como cualquier otra persona, y esto no es menos cierto en odontología como en cualquier otra esfera de la vida. (2)

La necesidad que tiene un niño de una dentición fun cional es mayor que la de un adulto, porque sus requerimientos de calorías y nutrientes son proporcionalmente mas grandes -- mientras está creciendo rápidamente y al mismo tiempo viviendo una vida muy activa y si ha de alcanzar un estado nutricio óp-- timo entonces necesita de sus dientes para comer con ellos. -- Además resulta cada vez mas aparente que su aspecto es también muy importante para él por su deseo de parecerse a los demás -- niños. Pareceria entonces que los dientes de un niño son tan -- importantes para él como el del adulto. No debemos caer en el error de pensar que esto no es asi, simplemente porque no pue-- de expresar sus necesidades o deseos o siquiera apreciar cons--

cientemente que existen siempre observando que el niño es un ser que siente sus propias necesidades y no solo es una bella hilera de dientes. (6)

La preocupación no debe terminar mostrando interés en la condición física del niño. Hay una excelente oportunidad durante nuestro trabajo de observar su desarrollo mental y psicológico y notar su desarrollo cualquier anomalía que pudiera tener, un odontólogo debe entender que su trabajo mismo revela la inestabilidad emocional que de otra manera no se hubiese notado. Debe recordar también que sus propias acciones no cuidadas pueden producir un trastorno emocional que cause innecesaria infelicidad y ansiedad al niño y al padre. Por eso, como miembro de un equipo de salud, su primer propósito debe ser el de sus pacientes. Debemos apreciar que nuestra capacitación en ciencia médica nos haya dado conocimiento y la experiencia superior a la del público y usar un beneficio de nuestros pacientes aún cuando sus problemas puedan no ser directamente dentales. Por lo tanto, el primer propósito de un odontólogo quien trata niños es la atención total de sus pacientes. (6)

Sin embargo estamos preocupados más específicamente con la salud bucal y primero y principalmente nuestros esfuerzos deben dirigirse a prevenir la enfermedad en su mayor parte las estructuras bucales sanas se encuentran solo en niños pequeños y para practicar prevención cabalmente debemos comenzar en esa edad. Nuestros más tempranos intentos de prevención deben dirigirse a la mujer embarazada y, como ella concurre frecuentemente al odontólogo en esa época, debemos aconsejarla, mientras efectuamos el tratamiento de rutina, sobre su dieta y explicarle como influirá en los dientes de su hijo en gestación. (6)

El concepto de prevención debe impregnarse de todo lo que hacemos de modo que el niño y el padre no se contentan con dejar la atención y el cuidado dental en nuestras manos vi niendo regularmente, sino que esten verdaderamente preparados para ayudar llevando sus vidas en tal forma que la salud dental se convierta en rutina solamente en esta forma nuestros es fuerzos pueden tener valor. (2)

Fundamentalmente nuestra principal preocupación es el niño en general; su bienestar físico, mental, y emocional - en todas sus formas, también esta nuestra preocupación por su salud bucal en particular; por la prevención de la enfermedad bucal y el mal desarrollo, por su tratamiento precoz cuando -- ocurren, y por el alivio del dolor y el sufrimiento cuando - - existen. Por todo esto debemos esforzarnos por mejorar nuestra capacidad para ayudar a nuestros pacientes, aumentando el conocimiento, y perfeccionando las técnicas, siguiendo estos propó sitos brindaremos un servicio para el niño como individuo, con seguiremos una comunidad odontológicamente educada, un conocimiento cada vez mayor de nuestra materia y una elevación del - status de la profesión, y cumpliremos mas plenamente con las - necesidades de nuestros pacientes como seres totales. (5)

B.- CRECIMIENTO Y DESARROLLO PSICOLOGICO Y FISICO DE LOS NIÑOS.

La preocupación de un odontólogo debe ser por el niño total, incluyendo su bienestar emocional y físico, ahora y en el futuro. El odontólogo que guía con éxito a los niños por la experiencia odontológica da cuenta de que un niño normal pasa por un crecimiento mental además del físico. Comprende además que el niño está adquiriendo constantemente hábitos deján-

dolos y modificandolos. Este cambio es quizas una razón para - que la reacción del niño pueda diferir en el consultorio o entre una visita y otra. Es un hecho reconocido que cada niño -- tiene un ritmo y un estilo de crecimiento. No hay dos niños, - ni siquiera en la misma familia, que sigan exactamente el mismo esquema. Todos los que trabajan con niños deben comprender que la edad psicológica del niño no siempre corresponde a su - edad cronológica. Esta en verdad no tiene importancia para el dentista sin embargo, en el diagnóstico de los problemas de -- conducta y también en la planificación del tratamiento, debe - considerar ambas edades, fisiológica y psicológica. Durante la maduración la conducta del niño es sistemáticamente afectada - por el desdoblamiento gradual de una secuencia inherente pro-- gramada genéticamente.

Debido a la dificultad para controlar la variable - hereditaria hay escasa investigación positiva para esclarecer la especificidad por el sistema interno del niño que procede - de su motivación y de las consecuencias de su conducta. El den - tista que trata niños, debe comprender el desarrollo para apre - ciar la interacción que el niño ofrece a través de la madura-- ción y las experiencias y que el mismo dentista ofrece a tra-- vés de las influencias ambientales. (2)

El desarrollo psicológico del niño es un proce -- complejo. Hay un fuerte factor genético que es modificado por el medio ambiente en el cual el niño crece. La interacción com - plicada entre herencia y las numerosas presiones sociales que controlan a un niño, ha producido diferencias de opinión entre los psicólogos sobre cuáles son los factores básicos que con-- trolan la vida emocional del niño. Varios grupos o escuelas se han desarrollado, cada uno o con sus propios conceptos particu

tares. Uno de los factores que contribuye a esos desentendimientos es que el conocimiento en este campo surge mayormente; esto se aplica sobre todo a la escuela psicoanalítica. De todas maneras, esos estudios han sido útiles en el desarrollo de hipótesis para investigaciones en los sanos. (6)

Este resumen del desarrollo psicológico de los niños es una combinación de las diversas teorías que parecen aceptables y útiles para explicar los patrones de conducta. Se ofrecen simplemente para demostrar un punto de vista particular. Confiamos que en el futuro cercano los psicólogos verán en la odontología un tema digno de estudio, porque en esta forma avanzará el conocimiento de la materia. (6)

El resto de la personalidad del niño, incluyendo su desarrollo físico, motor, del lenguaje, social y moral, es igualmente importante para el odontólogo. Se acepta que un operador puede ser entrenado para efectuar los diversos procedimientos técnicos eficientemente, sin ninguna comprensión del crecimiento y desarrollo del niño. Sin embargo, sólo será capaz de realizar un servicio parcial para un grupo limitado de niños y no podrá resolver muchos de los problemas que inevitablemente encontrará mientras al mismo tiempo, ni siquiera reconocerá la existencia de otros. Debe enfatizarse que los factores sociales juegan un papel muy importante en el desarrollo del niño, y las costumbres del grupo social en el que vive influyen en medida considerable sus logros, sus enfermedades, y las actitudes de sus padres a las mismas. (6)

Comparado con el desarrollo psicológico, el desarrollo físico se entiende mucho más rápidamente. Debido a la faci

lidad con que pueden hacerse las comprobaciones objetivas en el estudio del crecimiento físico, el progreso de la investigación en este campo ha sido más rápido que en el terreno de lo psicológico. El propósito del resto de este capítulo es brindar una introducción a estos dos aspectos importantes, sobre los cuales el lector debe basar un mayor entendimiento para estudiar más y adquirir una experiencia cuidadosamente evaluada.

(6)

DE LA CONCEPCION AL NACIMIENTO:

El feto tiene una existencia extremadamente protegida. Vive a temperatura constante, recibe estímulos externos -- muy limitados, está conectado a su aporte alimentario y de oxígeno, y también sus productos de desecho son eliminados automáticamente. En este ambiente protegido, el desarrollo físico -- progresa a un estadio en que es posible la supervivencia después del nacimiento.

Sin embargo, durante la vida uterina el feto puede ser sometido a una variedad de insultos, algunos letales, algunos de los cuales pueden producir anomalías graves, y -- otros que son superados por el feto o son remediables después del nacimiento. De la conjugación del esperma y el óvulo, pueden ocurrir combinaciones genéticas que producen efectos marcados en el niño; uno de esos es el síndrome de Down (mongolismo), que se piensa es producido por una translocación o conjunción de un cromosoma en el huevo.

También pueden producirse mutaciones antes, o en el momento, de la fertilización. Estas pueden ser espontáneas o --

el resultado de trauma, radiación o hasta virus. Durante la te-ratogénesis, los defectos en la nutrición materna, infección viral o ciertas drogas, pueden alterar el desarrollo, produciendo anomalías congénitas en el recién nacido. Nuestros conocimientos de estos factores en humanos es muy escaso, excepto en dos notables instancias. El efecto de la rubéola materna y la ingestión materna de talidomida.

Si bien hay alguna evidencia de que el mal desarrollo físico puede resultar de una protección incompleta del feto, se sabe poco de los efectos de estímulos en el desarrollo psicológico del niño no nacido; de todas maneras, esas posibilidades no pueden descartarse. Tanto el patrón de desarrollo físico como el de la dentición en el feto están bastante bien entendidos y documentados, infortunadamente, sin embargo, mucho de nuestro conocimiento se basa en especímenes abortados que probablemente no son representativos de lo ideal. (5)

EL PERIODO NEONATAL.

Durante el nacimiento el niño es sometido a un Shock físico tras otro. Oye, ve la luz, y está expuesto a una temperatura más baja de la que nunca experimentó antes. Algunos de estos estímulos son esenciales para el desarrollo ulterior, o hasta para la existencia, dentro del sistema nervioso central existen reflejos básicos no probados, necesarios para la supervivencia. Esos entran en juego; se establece la respiración y comienza a funcionar la circulación pulmonar. (8)

Entre muchos reflejos esenciales, dos son de particular interés: El primero, es la deglución, esta comienza en -

el útero y está bien establecida al nacer. Por eso, la alimentación no depende de tener que establecer un patrón de conducta repentinamente; ya existe uno.

El segundo, es el reflejo de prensión, que tiene poco uso inmediato para el niño humano, pero es esencial para el bebe mono quien se cuelga de su madre mientras ella usa ambas manos para viajar por los árboles.

Sin embargo, para la época en que el niño tiene 3 - meses de edad, este reflejo se integra para efectuar movimientos voluntarios determinados. Pero recién aproximadamente a -- los 5 meses, puede tomar un biberón y hay, que esperar hasta - el segundo año antes que al capacidad de auto-alimentarse sea posible. (8)

El efecto del nacimiento en el niño es dramático, - tanto fisiológica como psicológicamente. El impacto es también intenso en la madre y el resto de la familia, la variedad de - emociones que pueden presentarse es grande, y cada caso es diferente, la madre, inicialmente centro de atracción, pasa a tener un papel secundario, ya que el interés de los visitantes - se centra en el recién nacido. La sensación que ella tiene de haber logrado algo único queda amortiguada por el conocimiento que se trata de un suceso común. La depresión pospuerperal, o de los tres días, es un fenómeno real en muchas madres y puede ser sólo el resultado del rápido cambio hormonal al que está - sometida en esta época. (8),(9)

Para el marido, el periodo de espera ha terminado y el niño es ahora una entidad práctica, exigente su alivio inme

diato y la autosatisfacción pueden quedar congelados al darse cuenta de su pequeño papel en el asunto, y de sus responsabilidades como padres y proveedor del sustento. El hecho de que -- ahora tiene que compartir la atención y afecto de su mujer, es también algo que le inquieta. (9)

Los estados de animo, de placer, celos y hasta rechazo, en la familia, aparentemente tienen poco efecto en el niño, cuyas demandas parecen superficialmente ser sólo de alimento, calor y comodidad. Sin embargo resulta claro que la -- psique del niño no es tan inmune como se pensaba, y que los -- problemas de conducta más tarde en su vida bien pueden surgir de esta época. (8)

Los estudios sobre actitudes del niño y la madre a la alimentación son reveladores de interesantes interacciones y conflictos. Las actitudes hacia la alimentación por pecho o artificial, tienen obvias repercusiones en el niño. Las normas alimentarias, ya sean como repercusiones en el niño. Las normas alimentarias, ya sean como rutina rígida, autoritaria o como alimentación permisiva, de acuerdo a la demanda, bien pueden revelar características emocionales subyacentes de uno u otro progenitor, que afectan el desarrollo psicológico del niño. (8)

Claramente, los factores nutricios son importantes y estudios posteriores pueden revelar su efecto no solamente en la estructura dentaria, sino también en el desarrollo de -- " gustos ". (8)

DEL NACIMIENTO A LOS 5 AÑOS DE EDAD:

En los primeros años de vida, un niño pasa por varias etapas de desarrollo que son de sumo interés. El desarrollo físico y social están bien descritos en los textos corrientes y debe presentarse especial atención a las fases del desarrollo físico, como el sentarse sin ayuda, pararse, caminar y hablar, al igual que a la erupción de los dientes primarios.

Para aquellos lectores con poca experiencia con infantes, se dará alguna indicación de este desarrollo, sin embargo, el lector debe evitar la impresión de que existen fechas fijas para alcanzar ciertas etapas. Ya se ha insistido en que el concepto de normal como promedio puede ser peligroso e inexacto y, por desgracia, muchos de los datos en este campo no son presentados en una forma que permita alguna estimación de la fama de valores del atributo que se describe.

Douglas y Blomfield (1958), (11), presentan datos sobre grupos de niños seleccionados al azar de la población de Gran Bretaña (Inglaterra y Gales), (12), de ellos, se puede ver cómo un niño determinado se compara con los incluidos en el estudio. Sin embargo, todavía no puede decirse con certeza que una desviación determinada es anormal porque, dentro de los antecedentes genéticos y ambientales de ese niño particular, puede ser aceptable. Las indicaciones de un desarrollo lento o rápido ocurren a cualquier edad y, si bien puede ser una cuestión de orgullo a cualquier edad y, un padre informar que un hijo suyo tuvo el primer diente a los 3 meses, o que camina a los nueve meses, no es posible en la actualidad predecir que ese niño seguirá adelantando respecto de sus pares en

el desarrollo físico. (8), (9)

A pesar de esto, los puntos de referencia de desarrollo infantil deben ser reconocidos y, cuando resulten importantes, anotados en la historia. Las decisiones en cuanto a la importancia de las desviaciones sólo pueden tomarse a la luz del desarrollo futuro. Un ejemplo es la historia proporcionada por la madre de una niña mongólica de 5 años. Describió como - su hija no se sentó sin ayuda hasta los nueve meses, su primer diente erupcionó al año, comenzó a caminar y hablar a los 2 -- años y no podía leer. Cada uno de estos hechos tomados independientemente no significaba nada, pero en conjunto indicaban un retardo físico y mental que se encuentra en la mayoría de los niños con este problema. (8)

PROGRESO EN EL DESARROLLO DE LOS NIÑOS 0-5 AÑOS:

1er. Mes:

Grandes movimientos espasmódicos de los miembros, - brazos más activos que las piernas.

Si se le sostiene parado, sobre una superficie dura presiona los pies y a menudo demuestra movimientos reflejos de " pasos ".

Nota un juguete que se bambolea o un sonajero en su línea de visión a 12 - 15 cm y sigue su movimiento con los - - ojos desde el costado a la línea media, aproximadamente un - - cuarto del círculo, antes que la cabeza caiga a un lado. (9)

Comienza a mirar a la cara cercana de la madre cuando le alimenta o le habla. (9)

3er. Mes:

Mueve los brazos simétricamente. Manos flojamente - abiertas.

Patea vigorosamente, alternando las piernas, ocasionalmente juntas.

Visualmente muy alerta, sobre todo preocupado por el rostro humano cercano.

Sigue el sonajero o el juguete bamboleante a 15 - 25 cm en medio círculo de lado a lado y también verticalmente desde el pecho a la frente, observa el movimiento de las propias manos delante de la cara y comienza a abrir y cerrar las manos juntas. (8)

6to. Mes:

Se sienta con apoyo en la cuna o el corralito y vuelve la cabeza de un lado a otro para mirar a su alrededor.

Puede dar vueltas.

Colocado boca abajo, levanta la cabeza y el pecho - sosteniéndose con los brazos extendidos.

Fija inmediatamente pequeños objetos interesantes - dentro de los 10 - 30 cm (p. ej.:) juguete, campanilla, cubo de madera, cuchara, dulce) y estira ambas manos para agarrarlos. (5)

9no Mes: -

Puede girar el cuerpo para mirar al costado mientras se estira para agarrar un juguete bamboleante.

Avanza girando o serpenteando.

Intenta gatear.

Puede quedarse de pie sosteniéndose por pocos momentos, pero no puede bajarse.

Manipula objetos con interés sosteniendo, pasándolos de una mano a otra, dándolos vuelta, etc.

Observa las actividades de adultos, niños y animales dentro de 3 - 4 metros con mucho interés por varios segundos a la vez. (5)

1er. Año:

Puede sentarse desde su posición acostada.

Gatea rápidamente en cuatro patas.

Camina alrededor de los muebles dando pasos lateralmente.

Puede quedarse parado sólo por pocos momentos.

Toma objetos pequeños, p. ej. cubos, cuerda, dulces y migas, con precisa acción de pinzas con el pulgar y el índice.

Arroja los juguetes deliberadamente y observa cómo caen al suelo.

Bebe de la taza con poca ayuda.

Pone cubos en la taza o en una caja y los saca una y otra vez. (9)

13 Meses:

Camina inestablemente con las piernas bien separadas, los brazos ligeramente flexionados y mantenidos sobre la

cabeza a nivel de los hombros para equilibrar.

Se deja caer de la posición o de parado o sentado - cayendo hacia atrás, u ocasionalmente cayendo hacia adelante - sobre las manos y luego vuelve a la posición de sentado.

Construye una torre de dos cubos después de demostración.

Toma un crayón e imita garabatos después de demostración.

Entiende y obedece órdenes sencillas (p. ej.) cierra la puerta, dame la pelota, toma tus zapatos). (9)

18 Meses:

Corre muy derecho, los ojos fijos en el suelo 1 - 2 metros adelante, pero no puede rodear obstáculos.

Empuja y tironea juguetes grandes, cajas, etc. en el piso.

Puede llevar una muñeca grande o un osito mientras camina.

Garabatea espontáneamente cuando se le da lápiz y -

papel, usando la mano preferida.

Goza con libros de láminas, reconociendo a menudo y poniendo el dedo sobre dibujos coloreados en la página.

Usa 6 - 20 palabras reconocibles. (9)

2do. Año:

Corre seguramente con todo el pie, deteniéndose y comenzando con facilidad y evitando obstáculos.

Arroja una pelota pequeña sin caerse.

Camina sobre una pelota grande cuando trata de patearla.

Saca la envoltura de papel de dulces pequeños, construye torre con seis cubos.

Reconoce adultos familiares en fotografías después de que se le muestran.

Usa 50 o más palabras reconocibles.

Se refiere a si mismo por el nombre.

Da vuelta las manijas de las puertas. A menudo corre afuera. Sigue el adulto por la casa y copia actividades domésticas en juego simultáneo. Se abraza fuerte cuando siente afecto, fatiga o miedo. (9)

2½ Años:

Corre bien hacia adelante y trepa a aparatos fáciles en la nursery.

Patea una pelota grande.

Construye torre de siete cubos.

Reconoce detalles minúsculos en el libro de láminas

Imita una línea horizontal y un círculo (también habitualmente T y V).

Usa 200 o más palabras reconocibles, pero el lenguaje muestra numerosos infantilismos.

Habla inteligiblemente consigo mismo durante el juego respecto de los sucesos que pasan aquí y ahora.

Hace preguntas continuamente comenzando con: "¿Qué?, ¿Dónde?".

El tartamudeo ansioso es común. (8)

3er. Año:

Trepará aparatos en la nursery con agilidad.

Dibuja un hombre con cabeza y habitualmente indicación de otra parte.

Combina dos o tres colores primarios (habitualmente rojo y amarillo correctamente pero puede confundir azul y verde).

Pinta con un pincel grande en la tela.

Corta con tijeras. (5)

Todavía habla consigo mismo en largos monólogos que tienen que ver con el presente inmediato, incluyendo actividades imitativas.

Gusta ayudar a los adultos en sus actividades.

Comprende vividamente el juego imitativo, incluyendo personas y objetos inventados.

Gusta jugar con ladrillos, cajas, trenes, y autos.

(9)

4to. Año:

Trepa escaleras y árboles.

Escucha y cuenta historias largas confundiendo a veces hechos y fantasías.

Come hábilmente con cuchara y tenedor.

Se lava y seca las manos. Cepilla sus dientes. Puede desvestirse y vestirse, se lava y seca las manos. Cepilla sus dientes, excepto los botones de atlas y cordones.

Gusta mucho del juego dramático y distraerse, construcciones al aire libre con cualquier material grande a mano.

Necesita otros niños para jugar y alternativamente es cooperador y agresivo con ellos, como con los adultos. 3)

5to. Año:

Activo y habilidoso para trepar, deslizarse, hama--carse, cavar, y otros " malabares ".

Salta alternando los pies, danza al compás de la música, dibuja un hombre, reconocible con cabeza, tronco, piernas, brazos y rasgos.

Dibuja una casa sencilla con puertas, ventanas, techo y chimenea.

Construye bien.

Juegos interiores muy complicados.

Protector hacia niños menores y animalitos. (5)

Si bien se dispone de normas razonablemente confiables para el desarrollo físico, las del desarrollo psicológico son más vagas. En los textos de odontología para niños se ha intentado generalizar sobre la conducta de los niños a distintas edades. Por ejemplo, se puede decir que un niño " típico " de 3 años goza del juego cooperativo y grupal, es más independiente y menos temeroso que el de un año menos, es ritualista en muchas actividades, amistoso y deseoso de agradar y puede tener celos de sus hermanos.

Algunas de esas características pueden tener celos de sus hermanos. Algunas de esas características pueden aplicarse a todos los niños, pero es muy probable que todos los niños de 3 años muestren cada uno de esos rasgos. Los patrones de conducta pueden compararse con un horóscopo, que es en el mejor de los casos una colección de trivialidades o generaliza--

ciones. El peligro radica en el daño que podría surgir si se - tomara una acción irrazonable como resultado de ellas. (8)

Cada niño es único, y, sin embargo, al estudiar los problemas de personalidad es necesario buscar similitudes de - las que puedan derivarse algunas formas de clasificación. Esto no se ha hecho aún con suficiente profundidad como para tener datos confiables. En el futuro podremos estar en condiciones - de establecer, con alguna medida de probabilidad estadística, un patrón de desarrollo a cualquier edad, con citar índices -- que permitan comparaciones entre niños. (8)

Por eso, aunque no se considera posible describir - normas de conducta a estas edades, o a cualquier otra, se pue- de anotar, en términos generales, lo que podría esperarse. (8)

El niño, entre el nacimiento y los 5 años de edad, pasa por varias etapas de independencia de su madre, inicial- mente, es dependiente por completo para todo alimento, calor, comodidad, amor y diversión. Se hace cada vez mas independien- te y capaz no sólo de ver su propia individualidad, sino tam- bién de reconocer que su madre tiene derechos propios. Comprende de que la conformidad es necesaria si se quiere gozar de la vi da, pero comprende además, que dentro de la unidad familiar -- tiene mayor oportunidad para no conformarse que en un ambiente extraño.

Goza de su capacidad para crear escenas, y parece - estar en condiciones de captar su poder para gozar situaciones por ejemplo: si se da cuenta que sus padres salen por la noche

puede a propósito crear problemas para ir a la cama. En algunas familias puede haber un conflicto entre madre e hijo que se manifiesta de la autoridad materna cuando la represalia es difícil o hasta imposible. Una visita al odontólogo puede ser una situación oportuna. Sin embargo, su temperamento y desarrollo psicológico dependen de tantos factores, una gran cantidad de los cuales no pueden ser siquiera comprobados subjetivamente que resulta imposible la predicción exacta de la conducta. (8)
(9)

Estas consideraciones son de enorme importancia - - práctica en la reacción de un niño a su odontólogo y también - en la solución del problema para ganar su cooperación y comunicarse con él. No existen reglas fijas, y en la actualidad es - necesario enfocar individualmente a cada niño. (9)

Junto con esta creciente independencia, que en realidad debe considerarse como interdependencia, el niño desarrolla capacidades de locomoción y destreza manual que, con el control de los esfínteres, le hacen más aceptable en un mundo adulto, aprende también a comunicarse. Un niño, puede entender cosas sencillas y anunciar sus necesidades inmediatas mucho antes que pueda hablar.

Cuando aprende a hacerlo por primera vez, su vocabulario es reducido, pero su capacidad para captar es considerable. Hacia los 5 años, si está de humor, puede mantener conversaciones " inteligentes ". Esta última característica es importante, porque puede así socializarse y desarrollarse intelectualmente a mayor velocidad. Sus poderes para elaborar conceptos son limitados, pero de todas maneras, existen. Puede pen--

sar en lo abstracto, aprender a escribir, y entender la aritmética simple. (8)

El desarrollo social del niño va acompañado por cambios físicos y emocionales, que reflejan directa e indirectamente, en parte, influencias ambientales, la edad a la que se considera listo para recibir educación formal difiere de un país a otro pero, a cualquier edad que pueda ocurrir, es un paso importante en su crecimiento emocional. (8)

DE LA VIDA ESCOLAR A LA ADOLESCENCIA:

El primer día de clase es un suceso dramático en la vida del niño y en la de sus padres. Su círculo social se ensancha inmediatamente y, salvo que antes haya asistido a un jardín de infantes, su rutina se hace mucho más organizada. (8)

La vida tiene una escala de tiempo diferente para niños y adultos, para el niño cada día ofrece una experiencia nueva, agradable y de otro tipo cada semana, es toda una vida y el tiempo entre cumpleaños una eternidad. Esto tiene gran importancia práctica cuando se juzga cuanto recuerda un niño de sus experiencias odontológicas previas y también la ineficacia de los sobornos.

El año está marcado por sucesos, mayormente determinados por los adultos, como: Navidad, Pascua, vacaciones de verano y el cumpleaños. Para cada suceso hay una gradual elaboración de excitación o temor, durante el cual se gana más placer

o miedo de la anticipación que del suceso mismo, que a menudo llega como un anticlimax. (8)

Los niños pequeños son estimulados por sus amigos - mayores y hermanos a imaginar y simular. Las fantasías, presentes en la mayoría de las edades, toman diferentes formas en diferentes periodos. Para el niño en quien la creencia ha sido fomentada, Papá Noel va desapareciendo lentamente hasta que -- una Navidad ya no está más. Eso se lamenta, pero la anticipación de los regalos es más agradable para el niño mayor quien puede contemplar mejor el futuro. (8)

En el hogar, las relaciones del niño se extienden - para incluir el padre, pero en épocas de stress, o dolor físico la madre sigue siendo la única persona quien puede verdaderamente brindar solaz y comodidad. Es más exigente en su deseo de ser reconocido como individuo y valora que se le pida su -- opinión. Asume un rol protector para con su madre y las incursiones con su padre en nuevos terrenos, como su trabajo, le introducen en una nueva forma de vida fuera de los dominios femeninos del hogar y la escuela. (8)

Otra figura entra ahora en el mundo del niño " la - maestra ", cuyas ideas pueden entrar en conflicto con las - los padres. Esta influencia es extremadamente poderosa en algunos campos y sorprendentemente débil en otros, porque las actitudes morales en los niños parecen surgir del hogar, mientras que la salud y el aprendizaje pueden iniciarse y fomentarse en la escuela. (9)

Para el pequeño escolar, una etapa de " Barra " parece ser una fase usual del desarrollo, porque dentro de la pandilla adquiere fuerza y se siente protegido al principio, es un grupo pequeño compuesto por pocos amigos, a medida que se acerca la adolescencia, aumenta en tamaño y cambia sus características y rol. (9)

Durante el tiempo del niño en la escuela, su desarrollo físico continúa su coordinación aumenta, y son posibles los juegos complejos. Las actividades en equipo engendran la idea de trabajar en comunidad entre el deseo de mostrar individualidad, por una parte de adaptarse, por la otra, hacen la vida difícil a veces. Quiere pertenecer, pero al mismo tiempo, ser diferente; usar uniforme escolar, pero ponerse la gorra en la parte de atrás de su cabeza. Su conciencia del sexo se basa en un conocimiento superficial de las diferencias entre los sexos y las impuestas por la cultura en que vive. (8)

Aunque por conveniencia de la descripción el niño ha sido designado por el pronombre masculino, no debe suponerse que las personalidades de varones y mujeres antes de la adolescencia son similares. Las dos son básicamente distintas desde el momento de la determinación sexual, y las diferencias son rápidamente aparentes tan pronto el niño puede comunicarse con los otros.

Una niña pequeña, desinhibida suele mostrar un instinto maternal y cede a los halagos sobre su aspecto, es atraída hacia los hombres y tiene una inclinación innata a la coquetería. Un muchachito sano tiende a ser ligeramente agresivo y responde al cumplido sobre su valentía, puede ser protector o

cruel, según las circunstancias, físicamente las niñas son parejas con los varones hasta la adolescencia, aunque debido a las diferencias de temperamento, pueden decidir no demostrarlo (9)

El cuerpo del varón es su dios personal, los daños incluyendo la pérdida de dientes, parece tener un significado mucho más profundo que en la adultez, y el miedo a perder partes de su cuerpo no siempre se puede interpretar en forma sencilla. (8)

En todo el periodo previo a la adolescencia hay un patrón obvio de desarrollo físico y mental, pero, para el niño esa tendencia no es clara. Es feliz donde está recién en la -- adolescencia aparecen deseos reales de ser mayor (o menor) -- mas sensato, mas lindo o más rico. (8)

ADOLESCENCIA:

La adolescencia es tanto un punto de referencia in-cuestionable como lo es el nacimiento, y se dispone de mucha -- información sobre los cambios físicos y psicológicos, que ocu-- rren en esta etapa, se producen evidentes diferenciaciones -- sexuales.

Para cada individuo hay un brote de crecimiento, y en dos años y medio los muchachos pueden ganar hasta 20 cm. de altura. Esto afecta cada dimensión muscular y esquelética del cuerpo, solo dos tejidos disminuyen en cantidad, el linfoide -- (amígdalas, etc.), y la grasa corporal, los varones comien--

zan a adquirir la forma física de los hombres, y las niñas la de las mujeres. (8)

La edad en que comienza la pubertad varía mucho de un niño a otro, pero generalmente se inicia dos años más tarde en los varones que en las niñas (13 - 15½ comparado con las niñas 11 - 13½). El brote de crecimiento dura dos años y medios en ambos sexos. (8)

Debido a esta variación en el comienzo de la pubertad y el consiguiente brote de crecimiento de la adolescencia, la edad cronológica y la edad de desarrollo puede estar muy separadas. mientras previamente habían estado relacionadas muy de cerca.

Quien se desarrolla temprano tiene definidas ventajas físicas sobre quien madura tardamente. Es más capaz de realizaciones atléticas, y hasta quizás de logros intelectuales. Quien desarrolla más tarde es afectado emocionalmente, porque puede preocuparse por la falta de cambio corporal y pensará si se va a producir correctamente alguna vez, pero, en todos los adolescentes, las ansiedades sexuales son reales a nivel inconsciente y consciente, y están siendo asaltadas cada vez más por un mercado comercial que explota esos problemas para obtener beneficios financieros.

Sus dificultades pueden manifestarse en muchas formas; el deseo de adaptarse y de ser atractivo para el sexo opuesto, puede verse en la práctica odontológica, en realidad hay un movimiento serio en los Estados Unidos de Norteamérica

para establecer una especialidad que atienda a este grupo de edad específico. (8)

El odontólogo tiene, sin duda, un papel que jugar en la ayuda al niño para que supere esta crisis, y darse cuenta de los problemas que el individuo enfrenta en esta época, solo estudiando en profundidad puede lograrse alguna comprensión. (8)

CAPITULO II.-

FACTORES QUE PUEDEN MODIFICAR LA CONDUCTA DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO.

- a.- Factores que se deben tomar en cuenta
- b.- Reacciones a la experiencia Odontológica.

CAPITULO II.-

FACTORES QUE PUEDEN MODIFICAR LA CONDUCTA
DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO.

A.- FACTORES QUE SE DEBEN TOMAR EN CUENTA:

1.- EL PACIENTE DE PRIMERA VEZ:

Está aceptado que la preparación meditada del niño y de los padres antes de la primera cita dara por resultado un mejor esquema de conducta en el consultorio dental. La preparación bien puede comenzar en el momento del contacto telefónico de la recepcionista con el padre.

La recepcionista explicará: que a menos que exista una emergencia, el odontólogo desaria que la primera visita se arreglará para un momento que le permita completar el examen e introducir al niño en la odontología sin apuros. (9)

El odontólogo puede preferir que los padres eviten toda forma de preparación previa del niño para la primera visita, en la convicción de que él puede relacionar al niño con la odontología y el consultorio dental de una manera satisfactoria que los padres, en la que se describe la política del consultorio y se indica que es lo que se ha de realizar en la primera visita. (9)

Por lógica la reacción del niño a ésta primera experiencia es como la que se tiene ante lo desconocido y esta en el dentista y su asistente lograr su confianza y adentrarlo en el campo de su tratamiento, por lo tanto por medio de estas -- circulares se ayuda en la explicación a los niños de como el - odontólogo planifica ayudarlos a disfrutar de una buena salud dental. (9)

2.- MOMENTO DE LA VISITA:

En el momento del día en que se ve a un niño en especial al más pequeño puede influir sobre su conducta en terminos generales se reservarán las primeras horas de la mañana para los niños mas pequeños.

Los padres casi siempre cooperarán trayendo a sus - hijos en el momento sugerido, si el odontólogo les explica que los pequequeños son mas capaces de aceptar temprano el tratamiento que si llegan cuando están cansados, el odontólogo está más alerta y más capacitado para lidiar con las reacciones impredecibles a esa hora temprana. Es probable que entonces no - tenga ningún retraso en su plan de trabajo y que el niño no de ba aguardar para ser visto.

La espera en la sala de recepción a menudo da al ni ño la oportunidad de formarse un esquema mental de no cooperación o de asustarse por ruidos desusados o hechos. Hay, claro está, excepciones para las sesiones tempranas con niños; una - es el niño de quién se sabe que es poco cooperativo o está de alguna manera disminuido como para hacerle difícil adaptarse a

la rutina habitual del consultorio. Para este tipo de sesión de la mañana a algún momento en otros pacientes que pudieran resultar influidos por una perturbación. (9)

3.- EXTENSION DE LA VISITA:

Las visitas para el niño muy pequeño o el muy temeroso deben ser relativamente cortas, hasta que el niño esté -- plenamente informado de los procedimientos y haya adquirido -- confianza en si mismo y en el odontólogo. (10)

Recientemente, Lenchner llevó a cabo un estudio en un consultorio privado para determinar si el planeamiento de sesiones mas largas de lo acostumbrado, recargaban indebidamente al niño pequeño. Se consideró sesión larga la de 45 minutos o más. No halló diferencia significativa entre sesiones largas y cortas, según la evaluación del odontólogo, pero parecía haber una tendencia al deterioro de la conducta en las sesiones prolongadas. (9)

Lencher llegó a la conclusión de que en el tratamiento del niño no se debe prestar indebida consideración a la extensión de una determinada sesión; en cambio, la duración de las sesiones debe estar basada sobre los procedimientos involucrados en el tratamiento odontológico, en el profesional y su personal por las idiosincrasias del niño, y también sobre factores externos como los permisos en la escuela, el clima, el transporte, las " baby sitters ", los honorarios y la disponibilidad del tiempo.

Cuando se interrogó a las madres, se supo que en su mayoría preferían las sesiones largas por sí mismas y por sus hijos. Las razones dadas para preferir las sesiones largas incluyeron, además del bienestar físico y psicológico del niño, la conveniencia del padre y del niño y su preocupación por tener que pedir permiso en la escuela para las visitas odontológicas frecuentes. (10)

4.- LA VISITA DE EMERGENCIA:

El manejo del paciente puede no presentar grandes dificultades si el niño es traído para tratamiento antes que haya experimentado algún dolor. En estas circunstancias, es razonable ocupar una o dos visitas iniciales para aclimatar al paciente, sin embargo, surgen problemas cuando el niño es traído por primera vez con dolor. En éste caso, la aprensión del paciente aumenta por el recuerdo reciente del dolor, pérdida de sueño, y la preocupación de los padres. (6)

Es útil, entonces, evitar cualquier procedimiento operatorio, si es posible en la primera visita. Suele ser adecuado obtener una historia, hacer un examen, pulir los dientes y recetar un analgésico apropiado.

El paciente debe ser visto en 24 a 48 horas, cuando esté mucho más adaptado y dispuesto para el tratamiento activo de su diente. Aún en este estadio, debe efectuarse lo menos posible para que el niño se sienta cómodo. La situación tiene -- que ser aceptada y el tratamiento efectuarse tan cuidadosa y suavemente como sea posible por extraño que pueda parecer, es-

to no es frecuente.

Debemos recordar que un niño vive solo para el presente, el dolor experimentado por la noche anterior puede haber ocurrido una semana, un mes o un año atrás. El niño no está preocupado como el adulto, porque el dolor pueda volver en la noche solo que se ha ido.

El odontólogo quien trae de nuevo el dolor, no importa su buena intención, es un villano. No obstante el niño con dolor suele estar muy dispuesto a permitir que el odontólogo intervenga para librarlo de ese dolor. (6)

Aunque nuestro entrenamiento tiende a hacernos pensar en efectuar algún procedimiento práctico en un diente, no es el único método de aliviar la amenaza inmediata del dolor dentario. Deben tomarse en cuenta las necesidades a largo plazo del niño, aún cuando las presiones inmediatas son fuertes. (6)

B.- REACCIONES A LA EXPERIENCIA ODONTOLÓGICA:

Hay por lo menos cuatro reacciones a la experiencia odontológica: Temor o miedo, ansiedad, resistencia y timidez.

El odontólogo que trata niños se dará cuenta rápidamente de que el niño no siempre demuestra una reacción definida de varias de esas reacciones. Esta combinación de varias de esas reacciones torna más complejo el problema en particular -

dado que el odontólogo debe diagnosticar la reacción con rapidez y sin la ventaja del conocimiento de la experiencia previa del niño con miembros de las profesiones de la salud. (9)

1.- TEMOR O MIEDO:

El temor es una de las emociones que con más frecuencia se experimentan en la infancia. Su efecto sobre el bienestar físico y mental del niño puede ser extremadamente dañoso. (9)

Se estima que el temor es en su mayor parte "cultivado en el hogar", tal como los estallidos de amor o de rabietas. Cree además que hasta los 3 años la vida emocional del niño, ha quedado establecida y que los padres han determinado ya si el niño se convertirá en una persona feliz, íntegra y de buen carácter, o en una persona llorosa y quejosa, una cuya vida estará regida por el temor. Los niños, sin embargo, parecen tener ciertos temores naturales, tales como las asociadas con la inseguridad o la amenaza de inseguridad. (9)

Se dice que hay un tipo de temor en el niño cuando se golpea una puerta, se produce un movimiento, abrupto o experimenta una súbita pérdida de apoyo. Los niños mayores experimentan un segundo tipo de temor, un temor adquirido desarrollado por imitación de aquellos que temen. La persona que imitan puede temer las tormentas con truenos, la visita al odontólogo o una gran variedad de situaciones. Un tercer temor expresado por un niño es el resultado de experiencias desagradables; con un animal, un compañerito o quizá un médico o un -

dentista. (1)

No debemos suponer, por lo tanto, que todos los niños temen el consultorio odontológico. En vez, quienes tengan esta reacción puedan estar imitando a alguien o haber adquirido el temor como resultado de una experiencia real. (7)

Contrariamente a la que en general se cree dirigido y controlado adecuadamente el miedo puede ser muy valioso. -- Puesto que los estímulos que lo producen pueden realmente dañar al niño, el miedo es un mecanismo de preservación. La naturaleza misma de ésta emoción puede utilizarse para mantener al niño alejado de situaciones peligrosas, ya sea del tipo social o físico. (9)

La mayoría de los temores evidentes en niños han sido adquiridos objetiva o subjetivamente: Los temores objetivos son los producidos por estimulación física directa de los órganos sensoriales y generalmente son de origen 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 con un dentista, y ha sido manejado tan deficientemente que se le ha infligido dolor innecesario por fuerza desarrollará miedo a -- tratamientos dentales futuros. Es muy difícil lograr que un niño que ha sido dañado de ésta manera acuda al dentista por voluntad propia. Cuando le hacen volver, el odontólogo debe comprender su estado emocional y proceder con lentitud para volver a establecer la confianza del niño en el dentista y en tra

tamientos dentales. (1)

Los miedos objetivos pueden ser de naturaleza asociativa. Temores dentales pueden asociarse con experiencias no relacionadas. Un niño que ha sido manejado deficientemente en un hospital o que ha sufrido en el intenso a los uniformes similares de los dentistas o las higienistas dentales. Incluso el olor característico de ciertas drogas o compuestos químicos asociados anteriormente con situaciones desagradables puede causar temores injustificados. Un diente doloroso puede asociar dolor con odontología y puede causar aprensión hacia la visita dental. El miedo también hace descender el umbral del dolor, de manera que cualquier dolor producido durante el tratamiento resulta y lleva aprensiones todavía mayores. (7)

Los temores subjetivos están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridas al niño por personas que lo rodean sin que el niño los haya experimentado personalmente. Un niño de corta edad es muy sensible a la sugestión. Un niño de corta edad y sin experiencia, al oír de alguna situación desagradable, o que produjo dolor, sufrido por sus padres u otras personas, pronto desarrollará miedo a esa experiencia. La imagen mental que produce miedo permanece en la mente del niño, y vuelve imponente. Un niño que oye hablar a sus padres o a un compañero de juego sobre los supuestos terrores del consultorio dental los aceptará muy pronto como reales y tratará de evitarlos lo más posible. (1)

Los niños tienen un 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

verá amenazado por ella. Su miedo es un intento de ajustarse a una situación que temen sea dolorosa. Hasta que el niño esté 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. (7)

Los temores sugestivos también pueden experimentar-se por imitación. Un niño que observa miedo en otros puede adquirir temores hacia el mismo objeto o hecho tan genuinos como el que está observando en otros. (7)

Esto se verifica principalmente si el miedo es observado en los padres. Frecuentemente los niños se identifican con sus padres, si el padre está triste, el niño se siente -- igual si el padre muestra miedo, el niño está temeroso, la ansiedad del niño y su comportamiento claramente negativo están íntimamente relacionados con ansiedades de los padres. (7)

A medida que se desarrollan las capacidades imaginativas del niño, los miedos imaginarios se vuelven mas intensos. Los temores imaginarios por lo tanto, aumentan con la edad y -- el desarrollo mental, hasta cierta edad en que la razón prueba que no tienen fundamento. (1)

Sin embargo no debemos suponer que todos los niños que temen al consultorio dental estan imitando a alguien ya -- que dicho temor puede deberse a una experiencia real. (1)

En el manejo del niño temeroso en el consultorio -- dental, el odontólogo debe primero procurar determinar el gra-

do de temor y los factores que pueden ser responsables de él. Algunos niños llegan al consultorio dispuestos a responder con tensión y temor, sobre todo a causa de la manera en que la odontología les fue presentada en su hogar. En casos aislados, el temor a un odontólogo puede ser el resultado de una experiencia odontológica traumática que dejó sensibilizado al niño y desarrolla en él sus propios temores a partir de sus padres, familiares y relaciones. (1)

Son muchos los enfoques que han sido recomendadas a la profesión dental en cuanto al problema de eliminar el temor. Incluye la postergación de la sesión, intentos de razonar con el niño, ridiculizarlo, retarlo o dejar que observe la atención dental del otro niño. Ninguno de estos métodos ha tenido gran éxito para resolver el problema.

La mayor parte de los niños llegan al consultorio necesitados de algún tipo de tratamiento inmediato o de atención preventiva; por lo tanto, es práctico postergar el tratamiento de un niño miedoso en 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.

El ridículo a la comparación con un niño normal que pasó por la experiencia odontológica sin problema alguno solo podrán complicar la vida emocional del niño asustado y por lo general no conduce a un grado satisfactorio de cooperación. La mayor parte de los dentistas encontraron también que es muy poco práctico dejar que el niño miedoso observe mientras otro se

atiende. Rara vez se mostrará menos temeroso o más cooperativo cuando le llegue su turno para encarar la situación. Por lo tanto el abordaje más lógico parece ser el reacondicionamiento del niño temeroso. (9)

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.

El odontólogo deberá lograr la confianza del niño - platicando con el y mostrándole el instrumental, tratar de hablar su idioma e introducirlo en el tratamiento odontológico - para ir eliminando el temor en el niño. Es de suma importancia que los padres comprendan que en un momento dado el odontólogo y su asistente pueden retener al niño para cumplir un examen superficial y probar al niño que el procedimiento es placentero y en verdad bien distinto de lo que esperaba. (6)

2.- ANSIEDAD:

La ansiedad o inseguridad está probablemente muy relacionada con el estado de temor. Algunos niños desarrollan la necesaria seguridad con lentitud o permanecen inseguros y ansiosos mucho tiempo después que superaron esos sentimientos. Los niños angustiados están esencialmente asustados de toda nueva experiencia.

Su reacción puede ser violentamente agresiva, en los niños, la rabieta suele ser una reacción que oculta lo que

pasa dentro del niño, un estado de ansiedad o de inseguridad.

El odontólogo debe saber decidir sobre si una determinada reacción es de dolor agudo o verdadero temor o es una rabieta. Por supuesto, si el niño está realmente asustado, el odontólogo debe mostrarse comprensivo y proceder con suma lentitud. Si por el contrario se trata de una rabieta, el dentista debe hacer valer su autoridad y dominar la situación. (9)

3.- RESISTENCIA:

La resistencia es una manifestación de ansiedad o inseguridad y de hecho el niño se revela contra el miedo. Puede hacer despliegue de rabietas o darse la cabeza contra las paredes o provocar vómitos cuando no desea adaptarse.

La regresión puede ser otra manifestación en cuyo caso el niño se rehusa a desarrollarse. Puede seguir mojando la cama, puede no intentar hablar bien o puede seguir con sus hábitos de juego mas infantiles.

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 conocidos. El odontólogo tiene dificultades para comunicarse con éste tipo de pacientes; el niño se siente lastimado con facilidad y llora casi por cualquier ocasión. (9), (6)

Si bien no entra en la responsabilidad del odontólogo

go tratar los estados psicológicos antes mencionados, será - -
útil que pueda reconocerlas y comprender que la reacción del -
niño en el consultorio dental está condicionada por la expe -
riencia previa, la educación en el hogar y el miedo, la apren -
sión pudo ser trasmitida al niño por la madre, en particular -
si ella ya había reconocido que ese problema necesitaba trata -
miento la conducta negativa del niño aumenta si el niño cree -
que tiene un problema dentario. (6)

4.- TIMIDEZ:

La timidez es otra reacción que se observa ocasio--
nalmente, en particular en el caso del paciente de primera vez
Suele estar relacionado con una experiencia social muy limita--
da por parte del niño. El niño tímido necesita pasar por un pe
riodo de " pre-calentamiento ". Esta es una instancia en la --
que puede ser útil permitir que el niño tímido sea acompañado
al consultorio mismo por otro niño paciente bien adaptado. El
tímido necesita ganar confianza en si mismo y en el odontólogo
Por otra parte, la timidez puede reflejar una tensión resultan
te de que los padres esperan demasiado del niño a aún lo prote
ge en exceso. (6), (9)

CAPITULO III.-

MANEJO Y ADOCTRINAMIENTO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE INFANTIL.

- a.- Los propósitos de la odontología para niños
- b.- Ambientación recomendable de una clínica y comportamiento del personal.
- c.- Introducción del niño a la Odontología
- d.- Manejo del niño y su aclimatación al tratamiento.
- e.- Control del dolor y la incomodidad

CAPITULO III.-

MANEJO Y ADOCTRINAMIENTO ODONTOLÓGICO
DEL PACIENTE INFANTIL.

A.- LOS PROPOSITOS DE LA ODONTOLOGIA PARA NIÑOS:

Debido a la creciente demanda existente en nuestros días por un servicio odontológico eficaz se debe hacer un análisis concienzudo de cada uno de los propósitos que se deben llegar para conseguir nuestros objetivos.

Antes que pueda establecerse un servicio eficiente para cualquier grupo de pacientes, el terapeuta debe saber -- bien en general, que está tratando de lograr con sus esfuerzos. Una vez en claro el concepto de sus propósitos, muchos de los problemas del plan de tratamiento serán más fácilmente, porque su trabajo tiene un propósito hacia el cual puede dirigirse el tratamiento del niño individual puedan formularse en objetivos precisos que expresen esos propósitos en términos de puntos es pecíficos de tratamiento. Es importante que esos propósitos -- sean mantenidos como prioridad y revisados a la luz de la expe riencia personal y la sabiduría de otros. (9)

Nuestra primera consideración es hacia el niño como totalidad. Aunque como odontólogos somos evidentemente mas res ponsables por la salud de su aparato masticatorio, en un sentido mas amplio somos parte del equipo de salud preocupado por - el individuo total.

Un odontólogo quien recibe las visitas regulares de gente aparentemente sana, está en tan buena posición como cualquier otro miembro de ese equipo para observar los primeros -- signos de la enfermedad. Mas específicamente, en el caso de -- los niños, puede estudiar el crecimiento y desarrollo, no sólo de las estructuras bucales, sino de todo el individuo y derivar al paciente para consejo y tratamiento cuando pueda parecer necesario. En esta forma, mientras práctica odontología para niños tiene oportunidad de ayudar activamente a mantener su salud y bienestar general. (9)

La preocupación no debe terminar mostrando interés en la condición física del niño. Hay una excelente oportunidad durante nuestro trabajo de observar su desarrollo mental y psicológico y notar cualquier anomalía que pudiera ocurrir. - (9)

Un odontólogo debe entender que su trabajo mismo revela la inestabilidad emocional que de otra manera no se hubiese notado. Debe recordar también que sus propias acciones no cuidadosas pueden producir un trastorno emocional que cause innecesaria infelicidad y ansiedad al niño y al padre. Por eso, como miembro de un equipo de salud, su primer propósito debe ser el bienestar total, físico, mental y emocional de sus pacientes.

Debemos apreciar que nuestra capacitación en ciencia médica nos haya dado conocimiento y la experiencia superior a la del público y usarlos en beneficio de nuestros pacientes, aun cuando sus problemas puedan no ser directamente dentales. Por lo tanto, el primer propósito de un odontólogo -

quien trata niños, es la atención total de sus pacientes. (6)

Sin embargo, estamos preocupados más específicamente con la salud bucal, y primero y principal nuestros esfuerzos, deben dirigirse a prevenir enfermedad. En su mayor parte, las estructuras bucales sanas se encuentran sólo en niños pequeños y para practicar prevención cabalmente debemos comenzar en esa edad.

Nuestros más tempranos intentos de prevención deben dirigirse a la mujer embarazada y, como ella concurre frecuentemente al odontólogo en esa época, debemos aconsejarla, mientras efectuamos el tratamiento de rutina, sobre su dieta y, explicarle cómo influirá en los dientes de su hijo en gestación. (6)

Después que el niño ha nacido, debemos procurar que la madre vuelva para exámenes periódicos durante sus primeros años para continuar con los consejos. El examen de la boca del niño para edad temprana estimulará e interesará aun más a la madre, y establecerá el hecho que los buenos hábitos de salud bucal deben iniciarse precozmente. (6)

El concepto de prevención debe impregnar todo lo que hacemos, de modo que el niño y el padre no se contenten con dejar la atención y el cuidado dental en nuestras manos viniendo regularmente, sino que estén verdaderamente preparados para ayudar llevando sus vidas en tal forma que la salud dental se convierta en rutina. Solamente en esta forma nuestros esfuerzos pueden tener valor. (3)

El segundo propósito: es la prevención de la enfermedad dental y el desarrollo de una conciencia de la importancia de la salud dental, por medio de una educación sanitaria - odontológica efectiva. (3)

Sin embargo, si la enfermedad se produce, entonces debe ser tratada devolviendo a la boca su buena salud y función eficientes. Cuando el tratamiento restaurador se realiza en niños ¿ qué debe lograrse ?. En primer término, está la necesidad de convencer a los pacientes y a los padres que el tratamiento dental es valioso.

Solamente el trabajo de la más alta calidad técnica tendrá éxito en la dentición primaria, y lo mismo debe aplicarse a los dientes permanentes juvenes si se quiere evitar más enfermedades dentales como resultado directo de los procedimientos restauradores. No obstante, la alta calidad debe ser al mismo tiempo agradable para el paciente.

Si el tratamiento es desagradable para los niños -- creará en ellos una resistencia para el tratamiento futuro. -- Sin embargo, un compromiso en las normas para superar esto resultará en un fracaso técnico, la odontología para niños aparecerá como ineficaz para pacientes y padres, y desvirtuará nuestra meta final de crear un paciente odontológicamente consciente. (9)

Para superar estos problemas, se requiere un diagnóstico precoz que permita los métodos de tratamiento más sencillos. La atención regular, toda ayuda diagnóstica posible, -

analgesia local, y equipo moderno de corte, son importantes, pero sólo ayudan a la simpatía básicamente esencial que debe desarrollarse entre el odontólogo y el niño para que ambos puedan esperar el próximo encuentro.

Ni la caries es el único problema, esta resultando cada vez más evidente que la enfermedad periodontal, se establece mucho más temprano en la vida de lo que se pensaba, y en ese estadio es completamente reversible, minimizando problemas futuros. (3)

El tercer propósito que puede expresarse como la erradicación de la enfermedad bucal por el diagnóstico precoz y el tratamiento, en tal forma que los pacientes vuelvan contentos, en un esfuerzo por mantener las normas elevadas que han llegado a apreciar. (3)

Un odontólogo general, quien ve a un niño regularmente y con toda probabilidad atiende a sus padres y hermanos está en excelente posición para estudiar su desarrollo bucal e intervenir o derivar para tratamiento especializado, si lo considera necesario. La oportunidad y tipo de tratamiento para un niño determinado depende de muchas más cosas que de factores puramente de desarrollo, y el odontólogo general quien ha estado al niño y su familia por una cantidad de años, suele estar en posición de ayudar a una consulta ortodóncica a decidir cuál es la mejor línea de tratamiento a seguir. (3)

Por eso, el cuarto propósito es observar, y controlar cuando es necesario, las denticiones en desarrollo de nues

tros pacientes niños. (3)

Por más duramente que los odontólogos puedan luchar para alcanzar la perfección, siempre serán llamados a atender una emergencia para el alivio del dolor y la infección.

Nuevamente, la consideración principal debe ser el bien del niño como totalidad. No debemos actuar innecesariamente bajo la presión de una madre perturbada, o arriesgar el futuro dental del paciente por una noche sin dormir de los padres. Un quinto propósito es, por lo tanto, aliviar el dolor y la infección y, cuando es necesario, tener en mente el bienestar dental y total del paciente. (3)

Por último, y no menos importante, hay un propósito común a todas las profesiones y es la ampliación del conocimiento de la materia. Quienes practican odontología para niños se dan cuenta claramente de los defectos en nuestras técnicas y las lagunas en nuestro conocimiento. Debemos esforzarnos, -- por la observación cuidadosa y el registro minucioso, en agregarlos a la suma total de nuestro saber. La opinión basada en la experiencia no es suficiente; de ser respaldada por la evidencia que convenga a nuestros colegas de su valor. En ésta -- forma, la materia se expandirá y crecerá sobre la base firme de hechos establecidos, en lugar de oscilar de una creencia de boga a otra. (3)

Si hacemos todo lo que está a nuestro alcance para mantener una dentición funcional y completa durante la niñez, ¿ qué otros beneficios resultarán ?. El futuro status de la --

profesión radica en su capacidad para persuadir a la comunidad de que vale la pena cuidar las estructuras bucales.

La educación sanitaria odontológica, en su sentido más amplio está en la raíz del problema. La ignorancia general en asuntos odontológicos que es corriente en nuestra población puede resultar principalmente de la ansiedad que produce la -- odontología. Este miedo puede no superarse nunca, pero, de todas maneras, se puede reducir a los fines prácticos a una cantidad insignificante donde el conocimiento de los beneficios a obtener supera las ansiedades menores que pudieran quedar toda vía. Esto puede lograrse por medio de un entrenamiento correcto desde edad temprana.

El comprender la importancia de una dentición sana, y el entusiasmo por regular la propia vida cotidiana para lograrla. Surgen los hábitos correctos de salud bucal, iniciados temprano en la vida. Cuanto antes comiencen estos hábitos mas firmemente serán adoptadas.

De esto podemos sacar en conclusión que la actitud del público hacia sus dientes y hacia la profesión odontológica, radica mayormente en nuestra capacidad para educar y tratar a los niños correctamente, de modo que crezcan en una generación con simpatía por nuestros propósitos. (3)

En resumen los propósitos de la odontología para niños son los siguientes: Primero está nuestra preocupación, por el niño en general; por su bienestar físico, mental y emocional, en todas sus formas. En particular por la prevención de la enfermedad bucal y el mal desarrollo, por su tratamiento --

precoz cuando ocurren, y por el alivio del dolor y el sufrimiento cuando existen. Tercero debemos esforzarnos por mejorar nuestra capacidad para ayudar a nuestros pacientes, aumentando el conocimiento y perfeccionando las técnicas.

Siguiendo estos propósitos brindaremos un servicio para el odontológicamente educada, un conocimiento cada vez mayor de nuestra materia y una elevación del status de la profesión y cumpliremos más plenamente con las necesidades de nuestros pacientes. (3)

B.- AMBIENTACION RECOMENDABLE DE UNA CLINICA Y COMPORTAMIENTO DEL PERSONAL.

Como es probable que el niño entre al consultorio con miedo, el primer objetivo que deberá alcanzar el odontólogo será infundir confianza al niño y se de cuenta de que no es el único que pasa por esa experiencia, si la práctica no está limitada a los niños, una manera eficaz de inspirar esta sensación es hacer que la sala de espera sea similar en varios aspectos al miedo familiar. Hágala cómoda y cálida y que dé la sensación de que los niños frecuentan el lugar, y no les resulta desconocido.

La atmosfera creada deberá ser lo mas placentero posible, los pacientes mas jovenes deben tener un sentimiento de aceptación si se trata de obtener una comunicación y cooperación óptima. La apariencia general del consultorio y la personalidad del equipo auxiliar deberán adaptarse a las necesidades del paciente pediátrico, y al mismo tiempo cuidar de los gustos y confort del paciente adulto. (4)

Numeroos signos externos pueden utilizarse para de mostrar este interés por el paciente infantil, por ejemplo: un rincón pediátrico en la sala de espera, los colores sólidos, - carteles pegados en las paredes con dibujos y motivos infantiles. Alfombrar el consultorio tiene la ventaja de crear un aspecto de suavidad. Los cuadros, y el tapiz o el aspecto de las paredes, los muebles y otras decoraciones proporcionan cordialidad y personalidad.

Es posible que se requieran los servicios de un decorador profesional de interiores como el medio más eficaz para lograr un ambiente relajado y alegre, donde los niños van a sentirse a gusto. La música suave en todo el consultorio agrega una atmósfera sedante. (4)

Deberá disponerse de material de lectura bastante - amplio para el niño. Los juguetes y otros objetos de interés - para los pacientes mas pequeños, contribuirán a crear un ambiente favorable y estarán más confortables en un consultorio brillante y alegre y la autoconfianza como padre o como paciente aumentará con la exhibición franca del cuidado para el paciente dental pediátrico. (4)

Un sistema audiovisual utilizado para el entrenamiento de los niños, así como para la educación dental, puede ser herramienta valiosa para reducir al mínimo la ansiedad en los miembros más jóvenes de la familia.

Para uso de la profesión está disponible una amplia variedad de sistemas audiovisuales y educativos y de cintas y películas de entretenimiento para los grupos en edades pediá-

tricas. Deberán ser revisados y considerados con seriedad. Los niños por lo general son receptivos a esta técnica de aprendizaje, las caricaturas y otros programas de entretenimiento también pueden ser útiles para aliviar la aprensión. (4)

El diseño operatorio abierto permite una mayor eficiencia en la utilización del espacio, y, lo que es más importante, los pacientes infantiles están mucho más cómodos en grupo con otros niños o con los adultos. El dentista pediátrico y el ortodoncista han utilizado en forma eficaz este concepto -- por años en sus diseños operatorios. La planta física ideal para el dentista familiar podría incluir dos o más sillones dentales y módulos de tratamiento en una área abierta. Los pacientes más jóvenes se asustarán con menos frecuencia del aislamiento o el abandono y probablemente se comportarán mejor. (4)

Como mínimo, parte del área operativa del consultorio deberá destinarse al cuidado pediátrico de modo que el operador y el equipo auxiliar puedan ser tan eficientes como sea posible. La decoración de esta sección también deberá estar de un modo que el niño se sienta cómodo y especial. (4)

El tratamiento del paciente pediátrico requiere que cada miembro del personal del consultorio haga un esfuerzo sincero y consistente para tranquilizar al niño. Por lo tanto, su comportamiento juega un factor de suma importancia en el tratamiento pediátrico. Los niños de todas las edades responden favorablemente si están recibiendo consideraciones especiales y todo el personal, incluyendo a la recepcionista, al ayudante, al higienista, al dentista, deberán saludar al niño utilizando su primer nombre o su apelativo siempre que sea posible. (4)

El personal dental auxiliar en un ambiente pediátrico debe ser cuidadosamente elegido y entrenado con el pensamiento de mantener la odontología pediátrica amena y agradable para todos. Es probable que los aspirantes aun puesto en el equipo dental con interés especial en los niños o con cierta base educativa o entrenamiento con niños realicen sus actividades respectivas con el paciente pediátrico con más éxito.

Estas habilidades deberán examinarse durante la entrevista y serán una consideración al tiempo de decidir acerca del empleo de cada miembro del personal. Aquellos miembros del personal que continuamente se comunican con el paciente infantil en tanto que le proporcionan algún tratamiento directo, deben ser especialmente capaces de enfrentarse con éxito a un niño temeroso y de aplicar modificaciones a las técnicas de la conducta, nunca deberá ser filosofía del personal esquivar el uso de comprensión, sinceridad, tiempo y alabanzas que esta gente joven necesita para que los objetivos del tratamiento tengan éxito. Por lo tanto el empleo eficiente del personal auxiliar del dentista en el consultorio, es muy importante para una odontología pediátrica óptima. (4)

C.- INTRODUCCION DEL NIÑO A LA ODONTOLOGIA:

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 odontológico y el medio como por casualidad, pero al mismo tiempo tratándose 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 es paciente de primera vez, desconoce por completo el hecho de que un diente doloroso o una infección periapical plantean una amenaza al bienestar. En cambio, el niño puede ver en el odontólogo y sus colaboradores la verdadera amenaza. Si el personal odontológico toma bien en cuenta este hecho, le servirá para comprender la reacción del niño normal en el consultorio. (9)

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 por ayudarlo. -- Pueden hacerlo logrando que el niño tome conciencia de la importancia de la visita odontológica y los diversos procedimientos. (9)

Ha de aceptarse el proceso de aprendizaje como proceso irregular, con ascensos, mesetas y quizás hasta periodos de descenso. Este proceso irregular está por supuesto, relacionado con los cambios ambientales y 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 en que hacen muy poco o hasta parecen retroceder. Lo mismo es cierto de sus hábitos de juego, su comportamiento en la mesa, su habla y por cierto su relación con el odontólogo y las asistentes. (1)

Hay una cantidad de situaciones que pueden influir sobre el proceso de aprendizaje. No obstante, hay una de la -- cual el odontólogo debe tener plena conciencia de un estado de enfermedad física prolongado, el encierro por mucho tiempo en

el hogar o en el hospital pueden influir mucho en el proceso - de aprendizaje.

El periodo de actividad y socialización interrumpido crea un esquema anormal. Un niño confinado por largo tiempo en la sala de un hospital, se observa que las experiencias pre escolares de los niños físicamente disminuidos estaban por debajo de lo normal en casi todos los aspectos, fuera o no aspecto limitante en lo físico. (1)

El odontólogo puede observar ocasionalmente una - - reacción negativa en el paciente muy pequeño. Benjamin (13), - llama a éste el " periodo de resistencia ", y lo consideró normal en el crecimiento o proceso de aprendizaje del niño. El niño puede reaccionar contra cualquier procedimiento porque carece de la capacidad de comunicarse con el odontólogo y el personal de su consultorio.

Es importante que el profesional tenga presente que está reacción puede ser considerada normal y que es parte del proceso de aprendizaje y no una reacción provocada por él o su personal. Con esto en la mente, debe trabajar con rapidez, suavidad, y aún así, con firmeza. (9)

D.- MANEJO DEL NIÑO Y SU ACLIMATACION AL TRATAMIENTO:

El manejo del niño en el consultorio odontológico - es el medio por el cual se puede completar un tratamiento para un pequeño paciente en el menor tiempo posible, asegurando al mismo tiempo que volverá a continuarlo de buena gana. Está di-

rigido también a lograr que el niño, consciente o inconscientemente, no reacciona desfavorablemente a los esfuerzos por mantener la salud de su dentición en el hogar. (6)

El manejo del niño es más que simplemente convencer a una persona pequeña a que se someta a alguna forma de procedimiento odontológico; implica llevarle a aceptar que la salud de sus dientes es importante para él, y que el odontólogo se convierta en una persona de quien guste y a quien respete. (9)

El manejo correcto de los niños surge de una comprensión fundamental de su desarrollo mental y emocional. Se pueden anotar una cantidad de "reglas de oro" - la mayoría muy sensatas - pero no sólo aplicaciones prácticas del conocimiento fundamental y no valen por sí solas. La mayoría de los odontólogos logran intuitivamente una respuesta favorable de los niños en grado variable, mientras que otros fracasan con frecuencia, sin embargo, casi todos pueden aprender cómo tratarlos en el consultorio odontológico, y hasta aquellos con una habilidad natural pueden mejorarla, aumentar sus logros, y la cantidad de placer que deriven de ello. (9)

Existe una diferencia importante entre un niño y un adulto en la situación odontológica. Un adulto solicita un servicio a ser realizado en su boca. Si no le gusta el tipo de servicio que recibe, busca satisfacción en otra parte.

Los niños concurren al consultorio odontológico porque sus padres les obligan; si no les gusta la experiencia, -- igual se les obliga a volver. Esto afecta el problema en dos formas. En primer término, podemos esperar que un adulto tole-

re alguna incomodidad inevitable, porque concurre por propia voluntad y puede apreciar el resultado; un niño, sin embargo, puede no ver una buena razón para la atención del odontólogo y no mirará necesariamente el futuro de manera tan irresponsable. Segundo, los errores cometidos por un odontólogo a menudo le son ocultados por la naturaleza estoica del paciente adulto -- o porque deja de concurrir, mientras que los efectos de los -- errores en el niño no sólo tienen que ser enfrentados sub- -- guientemente, cuando el paciente regresa contra su voluntad.

Por esto, no podemos tratar a los niños como a los adultos; la situación es fundamentalmente diferente, y por lo tanto, exige un enfoque muy distinto, sin embargo, si elegimos aplicar a los adultos los mismos principios de tratamiento que estamos obligados a aplicar a los niños, encontraremos que los adultos son mucho más felices con su tratamiento odontológico, pero éste es un asunto que va más allá de la intención de este libro. (4)

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

Pueden darse dos ejemplos sencillos de falla en -- apreciar esto: Se sostiene comúnmente que los dientes primarios son menos sensibles que los permanentes y, por lo tanto, no requieren anestesia antes de la preparación cavitaria, esto no sirve como excusa porque si un niño tiene dientes primarios sensibles, no es consuelo para él que sus dientes permanentes pueden ser aún más sensibles.

En la misma forma, si un niño está inquieto durante la preparación de una cavidad porque la vibración de la fresa es molesta, tiene poco sentido ignorar sus protestas, como - - irrazonables porque no le está doliendo. Si objeta la vibración, eso es lo que les preocupa; la sensibilidad de la dentina no tiene nada que ver. (4)

No podemos examinar la reacción del paciente al - - odontólogo sin examinar al mismo tiempo la reacción del odontólogo al paciente. Todo tratamiento médico u odontológico implica una relación entre pacientes y profesional, y esta relación actúa en ambas direcciones. Cuando el paciente es un niño, la relación es más compleja, porque una tercera influencia, la familia del paciente, y particularmente la madre, entran en la - reacción en medida considerable. (4)

Es bien sabido que algunos odontólogos provocan una reacción adversa en algunos de sus pacientes; los comediantes y caricaturistas han utilizado esto a menudo para su conveniencia. Lo que es menos bien conocido, excepto para los odontólogos en ejercicio, es que algunos pacientes producen reacciones adversas en algunos odontólogos. Infortunadamente, esas reacciones adversas suelen evocar una contrareacción aun peor del paciente, y se establece un círculo vicioso que resulta en el fracaso completo del tratamiento o en un tratamiento inadecuado. (4)

¿ Qué es lo que causa esos sentimientos de desesperación cuando un paciente determinado aparece en el libro de - citas o en la sala de espera ?. ¿ Podemos controlar nuestra -- propia actitud y utilizarla para revertir la tendencia y crear

un enfoque más favorable en el paciente ?. Antes que podamos - considerar esto adecuadamente, debemos examinar nuestra propia filosofía de trabajo. ¿ Qué nos han enseñado a hacer, y cuáles son nuestros propósitos ?. (4)

Un odontólogo tiene un entrenamiento singularmente práctico y un trabajo práctico para hacer, y sin embargo, su - trabajo debe realizarse en un paciente muy sensible y emocio-- nalmente comprometido. En las escuelas de odontología se da un entrenamiento muy adecuado en la técnica, pero poco en compren-- sión humana.

Parecemos estar evitando deliberadamente este punto difícil. ¿ Cuántos de esos problemas resultan de este desequi-- librio ?. Para muchos lejos el aspecto más importante de la -- odontología es el temor que tienen a los odontólogos y a pesar de eso, en muchas escuelas, el entrenamiento odontológico permite al operador desarrollar su manejo de este problema funda-- mental en una forma casual. Algunos operadores se arreglan muy bien, mientras otros ignoran por completo el problema e incons-- cientemente eligen pacientes de entre los valientes y los in-- sensibles, alejando a los otros. (3)

Así, el entrenamiento y propósito de un odontólogo están dirigidos a realizar procedimientos técnicos y difíciles y el éxito se evalúa en esos términos. El fracaso, para un - - odontólogo, significa incapacidad para completar alguna tarea práctica difícil, un paciente quien no aprecia (quien no valo-- ra nuestro trabajo correctamente), es un " mal " paciente, y quien nos traba en alguna medida es un paciente " difícil ".

Es como si nuestro trabajo fuera tan preciso desde un punto de vista práctico que nos molesta la falta de apreciación de este hecho en nuestros pacientes, o la falta de cooperación necesaria para que esa tarea difícil lo sea un poco menos. Hasta podemos culpar inconscientemente a nuestros pacientes de nuestra propia incapacidad para realizar un procedimiento que es demasiado difícil para nosotros. (4)

Los odontólogos con frecuencia hacen más difícil su tarea involucrándose demasiado con los pacientes, si un odontólogo está tratando a un niño de buen comportamiento agradable, entonces, automáticamente gustará de él, y querrá hacer todo lo que pueda por él. (6)

El niño rápidamente percibe esto y reacciona favorablemente; los sentimientos provocados son buenos, productivos, si un odontólogo se enfrenta con un niño grosero, de mala conducta, incontrolado, instintivamente siente disgusto por él, - provocando mayor falta de cooperación del paciente, y los sentimientos provocados frenan de inmediato el progreso.

El padre también entra en la relación y la afecta - profundamente, Infortunadamente, la madre de un niño de mal -- comportamiento suele estar emocionalmente preocupada y se apura a defender la conducta de su hijo. A la inversa, la madre - del niño de buena conducta está complacida y responde bien, to do tiende a mejorar la situación buena y empeorar la mala. (6)

Por eso los problemas se agravan cuando el odontólogo entra en el interjuego emocional. Esta es una reacción muy

natural, que sin embargo, debe ser reconocida y utilizada correctamente, esto implica hacer dos cosas: primero comprender que esta produciendo, en una situación particular, una reacción adversa al progreso del tratamiento por parte del paciente, y segundo controlar los sentimientos personales de modo -- que el odontólogo no entre incorrectamente en la situación.

El factor más importante es entender la motivación del paciente, una vez desarrollada esta comprensión, el odontólogo esta en mejores condiciones de controlar sus propios sentimientos en beneficio del progreso de un caso determinado. --
(6)

La desesperación que a veces se siente, surge de un sentimiento de inadecuación para superar la situación para combatir esto, el odontólogo debe primero aumentar su repertorio de técnicas para poder manejar un espectro más grande de casos y, segundo debe poder manejar una reevaluación sus objetivos para extenderlos más allá de la salud de los dientes. Un odontólogo exitoso es quien sabe sacrificar la salud de la parte en beneficio de la totalidad. (3)

Por consiguiente, antes que un odontólogo pueda controlar correctamente una situación de conducta adversa, debe - poder entender que la de está motivando, entender sus propias reacciones naturales a ella, y poder controlarlas de tal manera que el interjuego emocional conduzca a superar el problema.
(3)

La principal emoción que un niño experimenta al encontrar una situación nueva es el miedo, cuya intensidad varia

rá mucho en diferentes situaciones y en diferentes niños. El grado más leve puede llamarse " ansiedad ".

El miedo es una emoción básica de auto-conservación sin él, una especie sería destruida. Es, por lo tanto, una - - reacción muy natural y es necesario reconocerla como tal. Hay dos miedos que el niño tiene cuando enfrenta la situación odontológica. El primero, es el miedo a lo desconocido y el segundo, al dolor. El miedo a lo desconocido es superado familiarizando al niño con los procedimientos asociados con la odontología y el miedo al dolor, eliminando todos los estímulos dolorosos. (3)

ACLIMATACION AL TRATAMIENTO

El miedo a lo desconocido puede ser tan bien controlado como para resultar insignificante. En otros casos, puede ser tan dominante como para asumir el control completo del niño, y nuestros esfuerzos iniciales deben dirigirse a vencer -- ese miedo. El grado de miedo y la reacción del niño, dependerán mucho de su experiencia anterior. Esto no es sólo su experiencia pasada, aunque puede ser importante, sino su experiencia de vida total, sobre todo en el hogar. Si ha sido, en su mayor parte agradable y predecible, entonces, puede considerar su primera visita al odontólogo como algo grato.

Si por otra parte su experiencia previa con las cosas nuevas le ha llevado a considerarlas con sospecha, entonces puede estar genuinamente asustado cuando encuentre a un extraño en un ambiente totalmente desconocido. En este momento,

ningún reaseguro podrá calmarle porque por su experiencia pasada, ha aprendido a desconfiar del reaseguro. (6)

La conducta de un niño en una situación determinada puede modificarse habitualmente por técnicas adecuadamente controladas. Antes que éstas puedan aplicarse es fundamental conocer bien la naturaleza exacta de la conducta que se requiere - del niño en cada momento y un cuadro definido de los patrones de conducta ideseables. Una vez que esto está en claro, entonces las conductas deseables deben ser recompensadas, y las indeseables castigadas.

En esta forma el paciente será estimulado para que se acerque a la conducta deseada y se aleje de la improductiva este puede parecer un concepto muy simple y obvio, pero frecuentemente se pasa por alto, o hasta se actúa en contra en una situación determinada. Un niño quien se comporta bien, a menudo suele ser ignorado para completar el procedimiento técnico rápidamente, pero si el paciente comienza a protestar y llorar, inmediatamente recibe atención, hasta puede ser despedido del consultorio, alejándose de sus problemas una vez fuera del consultorio, con frecuencia será abrazado y consolado por su madre.

El patrón de conducta deseable (sentarse tranquilamente en el sillón dental con la boca abierta), fue castigado (ignorado, incomodidad), mientras que el comportamiento indeseable (intentar salir del sillón, llorar, negarse a abrir la boca) fue recompensado (atención simpática, salida del consultorio, consuelo de la madre). Esta situación y muchas como ésta, sólo enfatizarán un patrón de conducta indeseable. (6)

Si consideramos la situación inversa, el niño debe ser recompensado por mostrar los patrones de conducta deseados ¿ Cuántos odontólogos toman la docilidad del niño como cosa natural, y cuántos padres no demuestran su placer y orgullo, por que no desean que sus emociones naturales sean mal interpretadas por quienes las observan ?.

Si esta situación se maneja correctamente, entonces puede que nunca aparezcan los patrones indeseables y la conducta deseable será reforzada constantemente. Resulta obvio de esta descripción que, para que las conductas puedan ser específicamente recompensadas o castigadas, el odontólogo debe tener bien en claro cuáles son deseables y cuáles no lo son, y éstas deben ser entendidas en términos de comportamiento como " siéntate en el sillón ", " abre la boca ", y no en términos generales como " cooperador ", " difícil ", que no permiten al sistema operar correctamente en este punto, por lo tanto, es importante definir en forma precisa que queremos que el paciente haga en cada visita. (3)

LAS PRIMERAS VISITAS:

Es difícil, al ver al niño por primera vez, determinar exactamente que reacciones mostrará hacia la nueva situación. Es imposible conocer sus verdaderos sentimientos, y con frecuencia su temor no se manifiesta en forma evidente, sino que está bajo la superficie, listo para irrumpir en cualquier momento.

La cantidad de experiencias nuevas que puede encontrar antes de perder su auto-control es limitada y varia mucho

de un niño a otro, o en el mismo niño, dependiendo de la ocasión y del ambiente, es mejor, por lo tanto, suponer que el niño puede aceptar solamente pocas experiencias nuevas por vez y graduarlas con cuidado. (6)

Las nuevas experiencias que deben incluirse en la primera visita son el viaje al consultorio, la sala de espera, la recepcionista, el consultorio mismo, y el odontólogo, esta es la meta de la visita, por lo cual, debe ser corta, ciertamente no más de quince minutos. Debe limitarse a obtener una historia breve, haciendo un examen del paciente y su boca, nada más que una inspección visual, ayudada con un espejo bucal si es necesario, y el pulido de los dientes con una taza de goma, limitado, cuando corresponde sólo a los dientes anteriores. Esto suma tantas experiencias nuevas como puede tolerar un niño gratamente en una visita, y no compromete al operador a situaciones difícil de las que podría resultarle embarazoso salir. (6)

Para que esta primera visita tenga éxito, es preciso que todo esté listo en el consultorio antes que el niño entre, y no debe esperar. La conducta deseable del niño en la primera visita, por tanto, es que entre al consultorio acompañado por el padre, se siente en el sillón dental cuando se le pida que lo haga (habitualmente después de obtenida la historia), abra la boca y la mantenga abierta mientras se hace el examen y se pulen los dientes. Esas conductas específicas deben ser recompensadas y las que impiden alcanzar las metas deben ser sancionadas. (6)

Hay que conocer el nombre del paciente antes de su

llegada siempre que sea posible, es mejor conocer a la madre y a su hijo en una habitación separada del consultorio, o tener una parte del consultorio amueblada como zona de consulta con una mesa y sillas.

A la madre hay que darle la oportunidad de hablar de su hijo, averiguar sobre la historia médica y odontológica previas, sus antecedentes sociales, sus gustos y rechazos, observar como el niño reacciona a la situación, pistas como el aferrarse a la madre indican como puede comportarse después.

El paciente debe ser saludado por su nombre y luego prestar atención a la madre, Ella debe sentarse cómodamente, y preguntarle cómo es su hijo y si se está quejando de sus dientes, luego se le dice que hoy se examinará la boca del niño. - (3)

En el consultorio, la atención del operador se dirige ahora al niño. Se le explica que se van a observar sus dientes y se le pide que se siente en el sillón dental. No debe intentarse levantar a un niño pequeño; debe llevarse suavemente de la mano y esperar que trepe al sillón, si es necesario con alguna ayuda del operador. (3)

El odontólogo debe sentarse entonces frente al niño y hacerle uno o dos comentarios breves. Es importante explicar le cada procedimiento antes de realizarlos; por otra parte, no hay necesidad de gastar tiempo en explicaciones prolongadas o " juegos " con el equipo. Niño, padre y odontólogo quieren completar los procedimientos necesarios en el tiempo mas corto posible y éste debe ser claramente el propósito. (3)

El sillón se adapta adecuadamente en la altura y posición correctas, de modo que operador y paciente estén confortables, y luego se examina la boca en general, dejando el examen detallado para la próxima visita.

Después se limpian los dientes usando pasta dentífrica en la taza de goma blanda montada en la pieza de mano, comenzando en los incisivos, después de un enjuague se pide al niño que baje del sillón y vuelva a su madre, con un cumplido adecuado por sus primeros esfuerzos. (3)

En la segunda visita, el niño ya está familiarizado con el ambiente odontológico, el operador y su personal; está listo ahora para conocer cosas nuevas. La historia y el examen pueden completarse, tomar la radiografías que sean necesarias, los dientes son pulidos nuevamente con una taza de goma y pasta dentífrica y puede comenzarse con una restauración simple.

Las visitas subsiguientes pueden emplearse para introducir mas cosas nuevas, a un ritmo aceptable para el paciente, hasta que se sienta bien " como en casa " con todos los aspectos de la odontología.

El trabajo progresa más y más rápidamente a medida que pasa el tiempo. El cuidado en la preparación del paciente en esta forma rendirá sus ganancias mas tarde, porque un niño feliz y confiado significa odontología descansada y de buena calidad. Así, con un programa preparado de familiarización gradual, permitiendo a cada paciente progresar a su propio ritmo óptimo, el primer miedo a lo desconocido, puede ser superado. Este plan, por supuesto, será parte integral del programa de -

tratamiento. (6)

Estas son las conductas deseables que esperamos del paciente niño. Resulta aparente que la prevención de la enfermedad dental requiere también patrones de conducta específicos del paciente, y que estos deben desarrollarse en ellos de manera similar. (4)

Una vez que hemos definido la conducta deseable, tenemos que desarrollar recompensas y castigos adecuados. El sistema de recompensas y castigos deben ser deliberadamente controlado en una forma justa de tal manera que una conducta cooperativa se recompense inmediatamente y cualquier conducta indeseable debe castigarse inmediatamente.

La recompensa o el castigo serán más eficaces cuando siguen de cerca a la conducta. Sin embargo, las recompensas son mucho más importantes que los castigos y estos no deben usarse, salvo que haya patrones de conducta alternativos que puedan provocar recompensas de inmediato. A medida que prosigue el tratamiento, las conductas deseables deben ser progresivas antes de recomendarlas de otra manera las recompensas dejarán de ser eficaces.

Es importante también evitar recompensar inadvertidamente la conducta indeseable, como en el ejemplo anterior, en que el niño recibe atención sólo cuando se comporta de manera inproductiva. La sutileza de esta técnica radica en desarrollar recompensas y castigos adecuados.

Varias recompensas son factibles, pero los castigos de que dispone el odontólogo son claramente limitados. La mayor recompensa que un odontólogo puede dar al niño es su aprobación, satisfacción y amistad y sus signos visibles verbales, visuales o táctiles, actuarán como estímulos potentes.

Es importante comprender que las comunicaciones no verbales de satisfacción y amistad son mucho más importantes - que las palabras en orden de prioridad, es probable que el tocar sea primero la expresión facial después, la entonación vocal y la postura luego y las palabras al final, una relación feliz con el profesional es muy valorada por el niño, y el odontólogo debe aprender a comunicar esos sentimientos a un paciente de manera controlada, para no confundir al niño, y dirgir sus reacciones constructivamente. (6)

Aparte de este tipo de felicitación directa, el odontólogo debe pensar en otras recompensas pequeñas, estrellas rojas o doradas pegadas en una tarjeta de progreso, han sido utilizadas con efecto considerable, y los odontólogos han usado insignias o pequeños regalos, algunos de ellos hasta donados por padres agradecidos de otros niños. Sin embargo, es fundamental que se usen como recompensas por el progreso deseable no como sobornos para intentar resolver comportamientos indeseables, pues entonces sólo ayudan a reforzar lo que se supone deben eliminar.

Si un padre promete una recompensa por una buena -- conducta en una visita al odontólogo, el niño nunca puede cooperar verdaderamente por temor a suprimir la necesidad de la promesa en la cita siguiente. Es importante tener una batería de recompensas diferentes, porque poder ofrecer una variedad a

cualquier paciente, facilitará el desarrollo de un patrón de conducta.

Es también esencial que las "recompensas" sean -- eficaces; esto es, sean consideradas de valor por el paciente. Los castigos que un odontólogo puede usar son demostrar leve - frustración o desviar su atención del paciente durante una se- cuencia de conducta indeseable.

El retiro temporario de recompensas es un tipo de - castigo importante, cuando se castiga en esta forma, es impor- tante comprender cabalmente qué está motivando la conducta in- deseable, y no usarlo inadvertidamente como recompensa, supri- miendo un estímulo desagradable, porque se reforzaria la con- ducta. No hay técnicas que reemplacen a la recompensa porque - pueden aplicarse en la situación equivocada y por consiguiente fracasar. (6)

Es también fundamental, que todos quienes están vin culados con el niño en la situación de tratamiento apliquen la misma recompensa o castigo. La asistente y el padre deben com- prender que si interfieren en el momento equivocado, o en la - forma equivocada, pueden contrarrestar cualquier progreso que el odontólogo y el paciente pudiera haber hecho. El odontólogo debe dirigir en todo momento; si dá una recompensa todos los - demás deben reforzarla, y si usa un castigo todos tienen que - estar de acuerdo. (3)

Un niño debe saber siempre que esperar. Los procedi- mientos deben serle explicados antes que los encuentre por pri- mera vez, pero esas explicaciones deben ser positivas y no de-

masiado extensas. También es importante explicarle que se hará en la visita siguiente y obtener su aprobación.

Este acuerdo debe recordarse el comienzo de esa sesión y se espera que el niño lo cumpla. Por lo tanto, es muy importante no forzar al paciente a un acuerdo que no puede cumplir. Como en todas las formas de aprendizaje el alumno debe avanzar a un ritmo que pueda manejar, y el éxito traerá éxito, mientras que el fracaso impide el progreso, el fracaso es un castigo potente y el éxito una recompensa fuerte. No intentar pasar a la siguiente forma de tratamiento antes que una etapa determinada haya sido aceptable. (6)

EL NIÑO NO COOPERADOR:

La mayoría de los niños concurren al odontólogo en un estado mental bastante neutro. Cooperarán si se les trata correctamente, pero dejarán de hacerlo si se les trata incorrectamente, por eso, para comenzar, si las conductas deseadas son recompensadas, se establecerán rápidamente y no se desarrollarán las indeseables.

Sin embargo, ocasionalmente a menudo por una experiencia previa infortunada, un niño comenzará siendo no cooperador. En esos casos, los mismos principios comentados servirán para ganar su cooperación; no obstante, en lugar de establecer simplemente un patrón de conducta es necesario reemplazar un tipo de conducta por otro. (6)

Por supuesto, el patrón de conducta deseado debe es

tablecerse sin necesidad de una recompensa consciente, sino -- más bien en la misma forma que un cambio en la oclusión producido por un aparato ortodóntico debe alcanzar un estado de -- equilibrio que ya no requiere un aparato para retenerlo.

Afortunadamente la producción de patrones de conducta deseables en el consultorio odontológico suelen resultar en auto-gratificación para el paciente. El niño tiene éxito (una recompensa en si misma). El padre está orgulloso y complacido el odontólogo siente que crece una relación personal con el paciente (recompensado al niño y al odontólogo por igual), y -- asi desaparece gradualmente la necesidad de inventar recompensas. (4)

Ninguno de estos sencillos principios es nuevo, por que cada uno de ellos ha sido utilizado por una variedad de -- odontólogos por muchos años. Sin embargo, estudiándolos sistemáticamente y aplicándolos conscientemente mas que intuitivamente, cualquier odontólogo quien desea tratar niños tendrá éxito en casi todos los casos. Pero esos son los únicos elementos; -- nada se logrará sin un afecto genuino por todos los niños, -- cualesquiera sean sus patrones de conducta, que es parte del -- éxito de cualquier odontólogo de niños. (4)

EL PAPEL DEL PADRE:

Las opiniones parecen diferir en cuanto a si el niño debe ser acompañado por su madre al consultorio. Desde el -- punto de vista del niño, es una carga agregada tener que -- enfrentar una experiencia nueva sin la presencia inmediata de su

principal apoyo emocional y no parece haber una buena razón para que tenga que soportarla hasta que haya tenido tiempo de perder su miedo.

La mayoría de los niños prefieren que su madre esté con ellos en el consultorio en la primera visita; algunos, especialmente los mayores de 9 años prefieren ser atendidos a solas. Preguntarle al niño si le gustaría que su madre entre con él le dá seguridad de que, desde el principio sus opiniones serán consultadas, y respetadas. Puede ser útil permitir que la madre se sienta de modo que pueda ver a su hijo y ser vista -- por él.

En la primera visita necesitamos información de la madre sobre el niño, y si ella le acompaña en el consultorio, esto brinda la oportunidad de averiguar que clase de persona es y qué clase de relación existe entre ella y su hijo, en las visitas siguientes, ella puede quedar en la sala de espera, -- aunque debe recordar que, en ese caso, se pierde la oportunidad de educarla odontológicamente, mientras se realiza el tratamiento. Se ha dicho que un niño se comportará mejor en ausencia de una madre ansiosa que cuando ella está presente.

Si los temores del niño son entendidos y superados, entonces se portará bien y es probable que al observar directamente su reacción mejorada al tratamiento ella misma adopte actitudes más positivas hacia la salud dental. Algunos odontólogos encuentran difícil impedir que las madres interfieran durante el tratamiento.

Nuevamente es un problema demostrar la propia personalidad en la forma correcta. En última instancia, no se puede ofrecer una regla fija sobre este punto, cada caso debe ser -- examinado individualmente. Es óbvio que cuanto más pequeño, -- más dependiente es el niño de su madre para protección. (6)

A una edad mayor, puede aceptar de buen grado la posibilidad de una pequeña medida de libertad de su madre. Es deber del odontólogo juzgar cada caso según un sólido entendimiento de las necesidades del niño más que de una declaración autoritaria dogmática, o un temor básico de revelar al padre -- su inadecuación para manejar una situación difícil. (6)

E.- EL CONTROL DEL DOLOR Y LA INCOMODIDAD:

Una vez superado el miedo a lo desconocido por una introducción programada, el único miedo remanente es el dolor. No habrá duda de que la dentina de algunos dientes primarios es sensible a los instrumentos y, en ese caso, la experiencia de la preparación cavitaria es desagradable. El factor aislado más importante en el control del dolor es la anestesia local, que debe establecerse a comienzos del plan de tratamiento, generalmente en la segunda o tercera visita y continuarse como procedimiento de rutina.

Una vez eliminada toda posibilidad de dolor, el tratamiento puede ser de la más alta calidad. Las cavidades pueden prepararse exacta y rápidamente, las matrices pueden ajustarse y acuñarse correctamente el estímulo adicional a las glándulas salivales del paciente también desaparece de modo que la salivación se reduce, y si es necesario se puede colocar el dique de goma rápida y fácilmente.

Un enfoque completamente diferente en el tratamiento de los niños pequeños puede adoptarse por el sencillo procedimiento de administrar un anestésico indoloro, una técnica que puede aprenderse con facilidad, siempre que se observen unas pocas reglas sencillas. Es mucho más fácil introducir la anestesia a un niño para la restauración de un diente primario superior, aun cuando la anestesia pueda no ser absolutamente esencial, que estar obligado a usarla para la restauración de un primer molar permanente inferior que requiere una regional del dentario inferior. (4)

TECNICA DE LA ANESTESIA LOCAL:

Las indicaciones para el uso de la anestesia local en niños son las mismas que para los adultos; preparación cavitaria en dientes vitales y cirugía bucal menor. (1)

Es una parte de la experiencia odontológica normal del niño y debe ser introducida en el momento apropiado en su educación dental. La primera experiencia del niño con la anestesia local puede afectar su reacción a los procedimientos - - odontológicos en el futuro, de modo que es importante que se aplique correctamente. Todo debe estar listo antes que el paciente llegue y no debe haber interrupciones en la continuidad del tratamiento. (6)

Se debe decir al niño que su diente, y sólo su diente se va a dormir. Debe aplicarse una pasta anestésica de superficie en el sitio de la inyección por 2 minutos. Es mejor - mantenerla en el lugar con medio rollo de algodón, usando la - otra mitad para secar la mucosa antes de aplicar la pasta. Debe explicarse al niño que la pasta primera " va a dormir la encía " y luego, después de 2 minutos, la inyección se dá " para lavar la pomada ".

La mucosa debe estirarse y volcarse rápidamente sobre la aguja y el procedimiento no se sentirá. Nunca es necesario depositar más de 1 ml de solución para obtener una anestesia adecuada de cualquier diente en un niño. Si no se logra -- anestesia, es inútil depositar más solución en el mismo lugar; debe culparse a una técnica defectuosa.

Debe recordarse que cantidades adicionales de solución anestésica por sobre la necesaria para producir el efecto deseado sólo agregan incomodidad al paciente. Si el anestésico pareciera no surtir efecto siempre hay que dar al niño el beneficio de la duda y hacer un esfuerzo para superar las dificultades, mejorando la técnica y mostrando mayor esfuerzo y comprensión. (6)

Todos los dientes anteriores superiores e inferiores, pueden ser anestesiado por infiltración con aguja corta. Los molares inferiores se anestesian mejor con la regional del dentario inferior pero en ciertos casos. Por ejemplo: niños -- muy pequeños, una infiltración bucal puede dar buen resultado.

Sin embargo, ocasionalmente podría ser necesario aumentar esto con una inyección intra-septal, penetrando la enccia insertada interdientaria en ángulo recto a la superficie de la mucosa hasta tocar el hueso. Se aplica un poco de presión -- sobre el hueso con la punta de la aguja y se depositan lentamente unos 0.2 ml de solución. La anestesia de los dientes a -- cada lado del sitio de inyección se produce rápidamente pero -- la técnica nunca debe instarse salvo que ya se haya anestesiado la papila interdientaria. (6)

Todas las regionales del dentario inferior deben -- darse con una aguja larga para que, en caso de romperse quede suficiente de ella afuera, como para tomarla con un alicate o una pinza que debe estar siempre a mano. Cuando se de una regional del dentario inferior, hay que recordar que la mandibula del niño es más pequeña y el ángulo más obtuso y dirigir la aguja ligeramente más hacia abajo. La punta de la aguja no de-

be tocar el hueso ni insertarse más de 2.5 cm para evitar la glándula parótida. (6)

En el caso de extracciones en el maxilar superior, debe evitarse una inyección palatina porque es casi imposible darla sin causar alguna incomodidad. La alternativa es esperar que haga efecto la infiltración bucal y, luego inyectar en la parte palatina de las papilas interdentarias desde el lado bucal por mesial y distal al diente a extraer.

Esta ha sido denominada a menudo inyección intrapilar y es necesaria a veces para colocar una matriz y una cuña en una ceja profunda de la cavidad de clase II. (4)

El uso exitoso de la anestesia local rutinariamente en niños pequeños depende principalmente de la técnica de administración. Hay que cuidar muy especialmente la comodidad y tranquilidad del paciente.

Después que el niño ha experimentado una o dos inyecciones dadas correctamente, las aceptará sin protesta, en realidad, muchos niños no están dispuestos a aceptar el tratamiento odontológico sin anestesia local. (6)

Es fundamental explicar al niño todas las sensaciones que experimentará antes de que se presenten de modo que no aparezcan miedos. Es importante también explicarle que él no se dormirá, solo el diente y que éste despertará pronto de nuevo, alguna indicación de cuándo ayudará. Por ejemplo: "después del té". (6)

La única decepción permisible en el tratamiento de niños es evitar que vean la jeringa. Es importante también no usar palabras de connotaciones infortunadas, como dolor, inyección " aguja ", " pinchazo ", aun en sentido negativo como " - no va a doler " o es solo un pinchacito ", esas expresiones -- que provocan emoción pueden crear una respuesta adversa del paciente. (6)

Es importante adoptar una posición como para contra rrestar de inmediato cualquier movimiento repentino del niño. Si intenta agarrar la jeringa durante la administración del -- anestésico, se le debe decir suave, pero, firmemente que no lo haga, pero no debe intentarse forzar una anestesia en un niño que rechaza. (4)

Cuando se ha dado una anestesia local a un niño, -- hay que advertirle a él y al padre de los peligros de morder - el tejido blando mientras está anestesiado. Esto es un problema, especialmente en niños pequeños. Aunque generalmente asociado con la regional del entario inferior, debe recordarse -- que cualquier inyección que anestesia los labios y carrillos - puede resultar en esas lesiones traumáticas que, aunque parecen bastante alarmantes al principio, suelen producir poca incomodidad y raramente ocasionan algo más que un hinchazón -- del tejido blando por pocos días, es difícil que el paciente - repita el error.

INSTRUMENTOS:

El uso correcto de los instrumentos es un factor --

importante en la comodidad del paciente. Los niños objetan frecuentemente la vibración excesiva de una fresa, y a veces resienten la sensación de los instrumentos de mano. El ruido de la turbina también perturba a algunos pacientes sensibles. Por eso hay que tener en cuenta estos factores, aun cuando la anestesia local haya eliminado la posibilidad de dolor. (4)

Los instrumentos de mano, son también tolerados -- siempre que al niño se la haya dado alguna explicación sencilla sobre su propósito mientras se están usando. (3)

Se pueden emplear cincelos, aun con presión considerable, si la cabeza del niño está bien sostenida por el hombro del operador o, si se usan en el maxilar inferior por la mano libre del operador. (6)

Las explicaciones sencillas sobre el uso de otros instrumentos, como las matrices, no solo interesan al paciente sino que también le reaseguran, puede pensar por ejemplo: si este dispositivo no quedará en su diente para siempre.

Esas explicaciones deben darse como al pasar, sin interrumpir el tratamiento. Cuanto más sabe un niño sobre los procedimientos practicados y el equipo utilizado en odontología, menos temeroso será éste, es un objetivo importante de la educación sanitaria odontológica. (6)

Las piedras de diamante deben usarse para cortar esmalte, y si se usan fresas en la dentina, las pequeñas causan menos vibración que las grandes. Sostener el diente con un de-

do de la mano libre reduce la sensación desagradable de la vibración. (4)

La velocidad de corte es una consideración importante, siempre que sea posible, deben usarse velocidades altas -- (Por ejemplo: arriba de 70 000 r.p.m.), junto con adecuada refrigeración por agua. El sonido penetrante de la turbina perturba a algunos niños (pueden ser más sensibles al ruido de alta frecuencia), pero nuevamente, alguna explicación sencilla a menudo aleja sus temores. El aire que llega a la boca -- desde la pieza de mano es a veces otro factor que intranquiliza. (6)

Los mejoramientos en el diseño de esas piezas de mano están superando esas dificultades. Las de alta velocidad -- son muy aceptables para los niños porque suprimen la mayoría de estos problemas. Si van a más de 70 000 r.p.m. se elimina la sensación de vibración. (6)

El uso de un aspirador al vacío de alta velocidad, elimina el problema del agua que se junta en la boca, y eliminando también todos los restos, mantiene un campo limpio y suprime la necesidad del paciente de cerrar su boca o enjuagarse durante los pocos minutos que lleva completar la preparación cavitaria. El mismo aparato de succión asegura que la amalgama pueda condensarse en una cavidad libre de humedad. Una asistente eficiente y simpática junto al sillón es esencial para el manejo correcto del paciente niño. (6)

CONCLUSIONES.

CONCLUSIONES.

Como conclusión se puede decir que antes de que se pueda establecer un servicio eficiente para cualquier grupo de pacientes, el dentista debe saber bien, en general que esta -- tratando de lograr con sus esfuerzos y como debe encausar la - conducta de dichos pacientes logrando una comunicación con éstos y un diagnóstico fácil de sus problemas.

Por lo tanto y como se ha dicho la orientación de - la conducta y la aceptación del tratamiento por parte del pa-- ciente se producirá solo como resultado de estudios e investi-- gaciones continuas en el campo relativamente intacto de la psi-- cologia infantil, en relación con la odontologia.

Otro punto importante es considerar lo que es mejor para el niño en el momento actual y que es mejor para el adul-- to en el que se convertirá dicho niño, pero siempre viendo al niño como un ser total y con una personalidad propia.

Otros factores en los que podemos concluir son los siguientes:

El ambiente del consultorio debe ser confortable pa-- ra nuestro paciente.

El odontólogo debe saber ganarse la confianza de -- sus pacientes.

La estancia en el consultorio por parte del niño no debe prolongarse mucho.

Debe haber pleno conocimiento por parte del odontólogo de la psicología infantil para un mejor manejo y orientación de la conducta de nuestro paciente en el consultorio.

Hay que saber manejar las reacciones a la experiencia odontológica.

BIBLIOGRAFIA.

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

- 1.- BARBER THOMAS K.; LUKE LARRY S.
Odontología Pediátrica.
1ra. Edición
Editorial El Manual Moderno
México, D.F., 1985
p.p. 42 - 61

- 2.- BRAHAM RAYMOND L.; MORRIS MERLE E.
Odontología Pediátrica
3ra. Edición
Editorial Médica Panamericana
Buenos Aires (Argentina), 1984
p.p. 437 - 505.

- 3.- CHASTEEN JOSEPH E.;
Principios de Clínica Odontológica
1ra. Edición.
Editorial El Manual Moderno
México, D.F., 1981
p.p. 1 - 49

- 4.- DURAN VON ARX JOSE.;
Problemas Dentales del Niño.
1ra. Edición
Ediciones Bellaterra
Barcelona, España, 1981
p.p. 3 - 31

- 5.- FINN SIDNEY B.;
Odontología Pediátrica
4ta. Edición
Editorial Interamericana
México, D.F., 1982
p.p. 29 - 39
- 6.- HOLLOWAY P. J.;
Salud Dental Infantil
1ra. Edición.
Editorial Mundi
Buenos Aires (Argentina), 1979
p.p. 9 - 42
- 7.- LEYVT, SAMUEL E.
Odontopediatria
1ra. Edición
Editorial Mundi
Buenos Aires (Argentina), 1957
p.p. 1 - 34
- 8.- LOWREY GEORGE H.; WATSON ERNEST H.;
Crecimiento y Desarrollo del Niño
1ra. Edición
Editorial Trillas
México, D.F., 1979
p.p. 126 - 178.

- 9.- Mc DONALD RALPH E.
Odontologia para el Niño y el Adolescente
3ra. Edición
Editorial Mundi
Buenos Aires (Argentina), 1971
p.p. 25 - 36
- 10.- SNAWDER, KENNETH D.
Handbook Of Clinical Pedodontics.
1ra. Edition
DCU Mosby Company
St. Louis Missouri, 1980
p.p. 43 - 48

CITAS BIBLIOGRAFICAS.

- 11.- " Douglas y Blomfield (1958) ". Pag. 13
Holloway P.J.; Salud Dental Infantil
1ra. Edición. Buenos Aires (Argentina)
Editorial Mundi, 1979. Pag. 16

- 12.- " Inglaterra y Gales ". Pag. 13
Holloway P.J.; Salud Dental Infantil.
1a. Edición. Buenos Aires (Argentina)
Editorial Mundi, 1979. Pag. 16

- 13.- " Benjamin ". Pag. 55
Mc. Donald Ralph E. Odontología para
el Niño y el Adolescente. 3ra. Edición
Buenos Aires (Argentina) Editorial
Mundi, 1971. Pag. 29