

85
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

V. B. [Signature]

**IMPORTANCIA DEL MANEJO PSICOLOGICO
DEL NIÑO Y EL NIÑO IMPEDIDO**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

ARIADNA FLORES MONROY



MEXICO, D. F.

1991

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

IMPORTANCIA DEL MANEJO PSICOLOGICO DEL NIÑO
Y EL NIÑO IMPEDIDO

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
ASPECTOS GENERALES	
1.1 Concepto de Psicología	3
1.2 Concepto de Odontopediatria	4
1.3 Fines de la Odontología Infantil	5
1.4 Conceptos de Odontopediatria Preventiva y Operatoria	6
CAPITULO II	
CONCEPTO DE EVOLUCION	
2.1 Maduración	8
2.2 Desarrollo	8
2.3 Crecimiento	9
2.4 Aprendizaje	10
CAPITULO III	
IMPORTANCIA DEL MANEJO DE LA CONDUCTA	
3.1 Psicología Infantil	11
3.2 Conducta del niño a diferentes edades	14

CAPITULO IV

ACTITUD DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL	Pág.
4.1 Reacciones a Experiencias Odontológicas	18
4.2 Importancia del Miedo	22
4.3 Temores Objetivos	23
4.4 Temores Subjetivos	24

CAPITULO V

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

5.1 Ambiente en el Consultorio	27
5.2 Paciente de Primera Vez.....	28
5.3 Paciente de Emergencia	29
5.4 Comunicación con el niño y el padre	31
5.5 Historia Clínica	33
5.6 Examen Radiográfico	36
5.7 Profilaxis y Aplicación Topica de Fluor	37

CAPITULO VI

APLICACION DE LOS CONOCIMIENTOS PSICOLOGICOS EN LA ATENCION DEL PACIENTE

6.1 Uso de Palabras Adecuadas y Estímulos	40
6.2 Oír, Ver y Enseñar	41
6.3 Control del Cirujano Dentista	42

CAPITULO VII

CONDUCTA DEL NIÑO IMPEDIDO

7.1 Envoque Psicológico	45
7.2 Manejo del Niño Impedido en el Consultorio	47

	Pág.
7.3 Comunicación con los Padres	49
7.4 Restricciones Físicas	50

CAPITULO VIII

ALGUNOS TIPOS DE NIÑOS IMPEDIDOS

8.1 Retraso Mental	55
- Definición	
- Aspectos bucales	
- Tratamiento Dental Sugerido	
8.2 Síndrome de Down	58
- Definición	
- Aspectos Bucales	
- Tratamiento	
8.3 Parálisis Cerebral	59
- Definición	
- Aspectos Bucales	
- Consideraciones en el tratamiento dental	
8.4 Ceguera	62
- Definición	
- Aspectos Generales	
- Consideraciones en el Tratamiento Dental	
8.5 Sordera	65
- Definición y Tipos de sordera	
- Manejo en el Tratamiento Odontológico	

CONCLUSIONES	68
--------------------	----

BIBLIOGRAFIA	70
--------------------	----

INTRODUCCION

A lo largo de la vida, la psicología a jugado un papel importante para buscar el bienestar del hombre, como principio fundamental para su mejor desarrollo físico, intelectual y moral.

Es por eso la importancia para el cirujano dentista el conocimiento de ciertos aspectos psicológicos para que se de una mejor relación médico-paciente.

En odontopediatría estos aspectos psicológicos constituyen un elemento básico para un tratamiento adecuado.

Para tratar a un niño es necesario conocer y comprender sus sentimientos, ya que por su corta edad y escaso vocabulario, es incapaz de comunicarse de una manera clara. Y para esto se hace necesaria la ayuda que los padres nos puedan brindar y la información que le den a sus hijos, ya que de esto dependerá nuestro éxito o fracaso.

Es importante también para el Cirujano Dentista de practica general y en especial para el Odontopediatra, el conocimiento del manejo de niños impedidos, ya que este tipo de niños ademas de su corta edad, cuentan con otros problemas, como un coeficiente intelectual bajo, lo que los hace diferentes a los demas y por lo tanto su trato será diferente.

Si el Cirujano Dentista cuenta con estos conocimientos podrá atender sin temor alguno y de una manera adecuada a este tipo de niños, que tanto necesitan su ayuda y que en mu---

chas ocasiones se les niega por falta de conocimiento acerca del trato adecuado para estos niños.

Por lo tanto el objetivo principal de este trabajo es -- considerar la importancia que tiene el manejo adecuado de los aspectos psicológicos de cada paciente en sus diferentes etapas, así como los patrones de conducta y el medio ambiente -- que lo rige.

CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1 CONCEPTO DE PSICOLOGIA.

La psicología proviene de dos voces griegas: psique, cuyo significado es alma y logos que quiere decir estudio o tratado, se conoce como una parte de la filosofía que trata del alma, de sus facultades y operaciones desde el punto de vista del conocimiento de la acción.

Resulta muy difícil establecer una definición exacta de psicología, esto es debido a la vastedad de la misma y de sus objetivos. Las tendencias más actuales han decidido delimitar a la Psicología como una ciencia de apoyo desde un plano muy particular con un enfoque preciso que comprende a esta como la denominada "Ciencia de la conducta" la cual se ocupa exclusivamente de la conducta de los organismos, de su variedad y procesos de desarrollo.

La psicología ha dividido su conocimiento en áreas de estudio y aplicación, que no por ser diferentes, forman o constituyen una psicología parcial y ajena, y son: Psicología educativa, Psicología experimental, Psicofisiología, Psicología clínica, Psicología experimental, Psicología social y del desarrollo.

Debemos tomar en cuenta que cada individuo es un ser único, irreplicable, con una personalidad particular que la hace enfrentar y aceptar el mundo de un modo también particular. - Es por esto que la psicología resulta ser de mucha utilidad - para el odontopediatra cuyo objetivo es tratar al niño tanto física como psicológicamente y comprender con la ayuda de esta ciencia los diferentes tipos de conductas por las que atraviesa el infante y poder dar un adecuado tratamiento tomando en cuenta tanto su estado buco-dental como emocional en que se encuentra el paciente.

1.2 CONCEPTO DE ODONTOPEDIATRIA

Se define como una rama de la odontología general, que - se encarga del estudio del niño tanto física como psicológicamente, tratando de resolver sus problemas dentales actuales aplicando las medidas preventivas necesarias para conducirlo a un futuro de salud.

A esta especialidad también se le han dado otros nombres como son:

- Pediatría bucal
- Odontología pediátrica
- Paidodontia
- Odontopediatría
- Odontología infantil

Estos son los más comunes.

1.3 FINES DE LA ODONTOLOGIA INFANTIL:

Entre los fines principales encontramos:

- 1) Inculcar al niño hábitos de limpieza bucal, para mantenerla en un estado saludable.
- 2) Explicar la importancia que tiene el conservar los dientes primarios que proporcionan una función masticatoria -- eficiente, manteniendo así un espacio apropiado para la -- erupción de los futuros dientes permanentes, contribuyendo con ello al desarrollo físico y mental del niño.
- 3) Prevenir y corregir cualquier hábito o condición que pueda influir en una futura maloclusión.
- 4) Preservar los dientes permanentes.
- 5) Prevenir en lo posible la futura aparición de caries u otras condiciones indeseables, con todo los medio preventivos a su alcance.
- 6) Crear en el niño un sentido de cooperación y responsabilidad con respecto a su boca para que el mismo vele por ella.
- 7) Instruir a los padres para tener su completa cooperación.
- 8) Evitar hasta donde sea posible el dolor en el niño.
- 9) Conocer la estructura anatómica de las piezas dentarias para poder establecer las técnicas adecuadas y métodos ideales para la preparación de cavidades y colocación de las restauraciones adecuadas para cada caso en particular.

1.4 CONCEPTOS DE ODONTOPEDIATRIA PREVENTIVA Y OPERATORIA.

- La odontología restauradora u operativa, es quella que permite devolver la anatomía, fisiología, salud y estética de

los dientes, cuando estos han sufrido, caries, traumatismos, abrasión, etc.

La odontología preventiva: es aquella que se encargará de evitar hasta donde le sea posible, que las estructuras dentarias se vean alteradas tanto en su estado funcional como integral, esta evitará el uso de la odontología restauradora.

CAPITULO II

CONCEPTO DE EVOLUCION

Evolución se considera como un proceso de cambio continuo y progresivo de un órgano u organismo por el cual éste se hace cada vez más complejo por diferenciación de sus partes.

Es todo cambio de estructura, tamaño, función o externo. Aplicable tanto a la esfera somática como a la psíquica.

Los seres vivos están sujetos a la acción de --- fuerzas evolutivas y están en constante cambio, las es pecies actuales son resultado de la evolución de especies que existieron en épocas pasadas.

La materia está en constante transformación y ha evolucionado en un sentido de menor a mayor complejidad y organización.

La vida, desde sus formas más simples hasta las más complejas, no es otra cosa que una manifestación de esa evolución de la materia.

2.1 MADURACION:

El hombre se encuentra en constante evolución, generalmente para progresar en el medio en que se encuentra y trata por todos los medios de adaptarse a este. Cuando se logra esta adaptación al medio se llama maduración.

Si por lo contrario la evolución no dirige al individuo a un equilibrio con el medio ambiente que lo rodea, se tratará de un proceso regresivo, anormal o patológico.

La evolución se debe a dos factores importantes; uno es la herencia y el otro es la acción del medio ambiente.

2.2. DESARROLLO

El desarrollo se refiere a la función de las estructuras, los tejidos u órganos, los cuales conformaban creciendo, aumentan su función hasta llegar a una situación preestablecida.

El desarrollo se lleva acabo cuando la maduración depende preponderadamente de factores hereditarios es decir cuando los cambios de forma, tamaño, estructura o función dependen totalmente de la acción de la herencia. Y si existe al mismo tiempo un aumento de tamaño se estará llevando acabo el proceso de crecimiento.

2.3 CRECIMIENTO

El crecimiento esta considerado como el aumento de volumen que van realizando las estructuras, los tejidos y órganos hasta llegar a tener una forma determinada.

El crecimiento y el desarrollo se dividen en: Herencia y Medio Ambiente.

Herencia: son los cambios que sufre el organismo durante toda la vida.

Congénito: es cualquier cambio de la estructura de la vida intrauterina.

Adquirido: es el cambio que se adquiere después del nacimiento.

La fecundación, es la introducción del gameto masculino en el gameto femenino dando lugar a la célula diploide original a partir de la cual, se inicia el desarrollo.

Desde el momento de la fecundación hasta el nacimiento se divide en tres etapas:

- 1) Etapa de Huevo: es desde la fecundación hasta el catorceavo día.
- 2) Etapa embrionaria: que va desde el catorceavo día al cincuenta y seisavo día, que viene a ser la formación de tejido u órgano.
- 3) Etapa fetal: que va desde el día cincuentaseisavo -- hasta su nacimiento, viene a ser la maduración del organismo en general.

2.4 APRENDIZAJE

Cuando la maduración esta sujeta a la acción del medio el individuo obtiene un mejoramiento funcional en su adaptación a situaciones presentes, pasadas y futuras recibiendo el nombre de aprendizaje.

El aprendizaje en general es la ampliación y continuación bajo el estímulo ambiental de los procesos de crecimiento.

El niño en desarrollo puede considerarse, como un manajo de respuestas interrelacionadas en interacción -- con estímulos. Algunos de los estímulos provienen del medio externo, otros de la propia conducta del niño, y otros mas de la estructura y funcionamiento biológico del niño.

El aprendizaje es un proceso irregular, con ascensos, periodos de indiferencia y, hasta periodos de descenso. Todo esto esta relacionado con los cambios ambientales y los estados psicológicos.

El Cirujano Dentista en el consultorio dental, como los padres dentro del hogar pueden darse cuenta de las irregularidades, hay momentos en los cuales los niños aprenden con mucha facilidad y rapidez, o cumplen con gran cantidad de labores, pero estos momentos pueden estar seguidos por otros en que hacen muy poco o hasta parecen retroceder. Lo mismo suceder con sus juegos, su comportamiento en la mesa, el habla, etc.

CAPITULO III

IMPORTANCIA DEL MANEJO DE LA CONDUCTA

Para lograr con éxito el tratamiento dental de un niño - en la consulta debe comprenderse su conducta, la de los padres que los acompañan y la del equipo dental. Una evaluación apropiada de la conducta requiere dedicar tiempo al niño y a los padres. Esto no se puede lograr si uno se siente obligado a dar en cada cita con el niño información visual o tangible. A pesar de que la mayoría de los niños aceptan nuevas experiencias sin mayor ansiedad, algunos requieren una atención especial. Es importante conseguir toda la información posible en la primera cita para poder determinar las razones de una determinada parte de conducta; sin embargo esto no siempre es posible. Por ello el conocimiento de las etapas del crecimiento general de los niños ayudará mucho a comprender al niño, así como a darse una idea de qué conducta se puede esperar de él, y para todo esto se necesita tener conocimientos de psicología infantil.

3.1 PSICOLOGIA INFANTIL

Apesar del poco conocimiento de la psicología del niño el Cirujano Dentista en general logra llevarse bien con los niños y trabajar con la misma eficacia que con los adultos.

Se requieren conocimientos y capacidades psicológicas, para poder evaluar correctamente el estadio de crecimiento de la conducta del niño y el grado de comprensión de los padres y la apreciación del tratamiento dental, así como la propia habilidad para interactuar con estas fuerzas.

Para evaluar, comprender y tratar la conducta del nuevo paciente, tanto él como sus padres tienen que estar implicados interesar al niño en todos los aspectos del tratamiento hasta el grado en que sea capaz de comprender, es una buena forma. Se debe explicar a los padres el diagnóstico y el plan de tratamiento acordes con las necesidades del niño. Se hará de manera tal que les permita a los padres seguir la situación concerniente a su hijo.

Es realmente raro que el Odontólogo se encuentre con un niño que sea un verdadero problema, pero resultaría más fácil su atención, si supiera que los problemas de conducta o estados de ansiedad pueden diagnosticarse con facilidad, por lo que es necesario el estudio de la psicología infantil en relación con la odontología.

Pocos son los padres que llegan a comprender la desventaja que tiene el odontólogo al atender a un niño asustado, ansioso o de hecho opuesto al examen inicial y demás procedimientos.

El Odontólogo raras veces tiene la ventaja de conocer el desarrollo psicológico del pequeño y la preparación que los padres efectuaron antes de la primera visita o la posibilidad de una experiencia anterior lamentable.

Sin embargo, los padres esperan que el odontólogo domine por completo la situación y preste el servicio de salida a sus hijos cualquiera que sea su reacción.

Debemos comprender que las emociones y la personalidad de un niño se establecen por la interacción con la gente importante en su vida temprana, sus padres, hermanos y otros parientes cercanos y amigos. Sus experiencias pasadas también pueden ayudar a modelar sus pautas de conducta. Para el niño pequeño que no ha tenido que tratar con figuras de autoridad fuera de su casa, la situación dental puede ser difícil. Si se le conduce convenientemente esta nueva experiencia es amenazadora, puede pervertir o bloquear su capacidad para aprender de ella e impedirle de ser capaz de relacionarlas con otras parecidas en un futuro de manera saludable.

Por estas razones el manejo de la conducta del tratamiento dental en los niños es parte esencial del cuidado dental. Recuerde que él trae al odontólogo la personalidad y las pautas interpersonales que ha desarrollado hasta este momento, y del odontólogo depende el añadir algo positivo o negativo a sus experiencias.

La utilización de una técnica multisensorial para educar al niño es el mejor enfoque. Aprende mucho mejor cuando se le permite utilizar todos sus sentidos, vista, sonido, tacto, olor y gusto, que cuando sólo se le dice lo que debe hacer y lo que sucede. Ofrecerle estas oportunidades en la nueva situación dental puede ser el comienzo de una relación interpersonal sana que no sólo le beneficiará respecto a experiencias dentales futuras, sino que le puede ayudar a aceptar otras nuevas experiencias.

3.2 CONDUCTA DEL NIÑO A DIFERENTES EDADES.

Se consideran seis diferentes patrones de conducta por los que atraviesa el niño durante su desarrollo, y son:

a) El niño de 2 años.

Es considerado desde el nacimiento hasta los 2 años, y se conoce también como etapa de infancia. Es difícil que nos encontremos con un paciente de esta edad, generalmente se presentan en casos de una emergencia como después de una caída, golpes, traumatismos o con problemas de caries rampante.

La comunicación con estos pacientes es muy difícil, debido a que existe una diferencia considerable en el desarrollo del vocabulario a esa edad. Se dice que el niño de dos años está en etapa precooperativa. A esta edad el niño es tímido con la gente extraña y es difícil separarse de sus padres, es por esto que se le debe permitir pasar acompañado y sentar al niño con su madre en el sillón.

A esta edad el niño es demasiado pequeño para llegar con él con palabras solamente, debe tocar y manejar objetos con el fin de captar plenamente su sentido. Se le debe permitir que sostenga el espejo, huelga la pasta dentífrica, tocar la taza de hule, que recorra el consultorio, que suba y baje el sillón con el objeto de que se sienta en confianza y tenga un mejor idea de lo que el Cirujano Dentista intenta hacer.

b) El niño de 3 años.

El niño a esta edad empieza a comunicarse y razonar, le

gusta tanto dar como quitar, trata de hacer amigos y es muy susceptible a los elogios.

Con estos niños el Odontólogo puede comunicarse y razonar con más facilidad durante la experiencia odontológica, le gusta conversar y disfruta contando historias al odontólogo.

Este tipo de niños ya es capaz de sentarse en el sillón por sí solo, la madre se colocará en un lugar que le permita ser observada, y esto le inspirará mayor confianza, si se llegará a notar inseguridad o miedo realizaremos la técnica de acercamiento sin apresurarnos y con mucha calma, hablandole de una manera suave y con cariño, sin que nos alteremos, ya que esto entorpecería todo nuestro trabajo de iniciación de relación con el paciente.

c) Niño de 2 a 4 años.

A esta edad el niño se encuentra en el momento ideal para iniciar el tratamiento, ya que generalmente a los 2 1/2 años ya tienen erupcionados todos los dientes.

Los niños a los 2 años tienen un mejor desarrollo del lenguaje, así como más estabilidad emocional, aunque al ir aumentando de edad se puede volver rígido e inflexible, expresando emociones violentas como pegar, patear, romper cosas ó escaparse.

En la primer consulta se debe iniciar con la elaboración del examen clínico y seguir con la toma de Rx. Si se observa cooperación del niño, podemos sentarlo en el sillón sólo y tratar de explicarle el uso de los diferentes aparatos e instrumentos, es también conveniente efectuar una profilaxis pa-

ra que se acostumbre al uso de la pieza de mano, eyector y goringa triple, y las diferentes posiciones en que debemos colocar el sillón para trabajar.

d) Niño de 4 a 6 años.

También se conoce como edad pre-escolar, y es cuando se presenta el mayor número de problemas en el manejo de la conducta, el comportamiento dependerá de su personalidad y del medio que lo rodea.

El niño de 4 años escuchará con interés y reponderá bien a las indicaciones verbales pero también puede reaccionar de una manera desafiante y decir malas palabras, aunque en general este niño es cooperador. Al aumentar su edad si es bien preparado por sus padres no tendrá temor a una nueva experiencia, responde favorablemente a los elogios, y en muchas ocasiones temen separarse de su madre ya que para ellos es el centro del mundo y al niño le gusta estar cerca de ella.

e) Niño de 6 a 9 años.

Conocido como edad escolar, en la que debemos dar confianza y a la vez estimular al niño ya que a esta edad es suficientemente capaz de aceptar el tratamiento operatorio y el ambiente del consultorio, debemos tomar en cuenta que a esta edad el niño es vanidoso y empieza a sentirse independiente y le gusta alardear con sus amigos sobre sus experiencias.

En ocasiones es cobarde y agresivo, teme a lesiones en su cuerpo es caprichoso y gusta de dramatizar las cosas, pueden sentir que la gente está en contra suya, que no se quiere y que los padres son injustos.

f) Niño de 9 a 12 años.

Esta etapa se conoce como prepuberal, y rara vez tenemos problemas con estos niños, ya que se encuentran en una etapa de formación como personas, por lo tanto no temen al dolor -- causado por golpes y las exigencias de los adultos, son pocas las cosas que logran conoverlos, estos pacientes son pasivos y capaces de entender explicaciones y ordenes que se les imparten y cuando se les trata de una manera aducuada son bastante cooperativos.

Generalmente a esta edad el niño tiende a volverse grose ro y falta de respeto, es por esto que debemos siempre de -- guardar nuestra posición como profesionistas y darnos nuestro lugar.

CAPITULO IV

ACTITUD DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

4.1 REACCIONES A EXPERIENCIAS ODONTOLÓGICAS.

El odontopediatra que trata con niños se da cuenta rápidamente de que los niños no siempre demuestran una reacción definida o única, en ocasiones puede darse una combinación varias reacciones, y el Cirujano Dentista debe tener la capacidad de diagnosticar la reacción con rapidez.

Entre las reacciones más importantes a las experiencias odontológicas que pueden presentar los niños tenemos: el temor, ansiedad, resistencia, timidez, llanto, reacciones a la primera visita, reacciones a la inyección y reacciones a la exodoncia.

El temor es una de las emociones que con más frecuencia se presenta en los niños y su efecto sobre el bienestar físico y mental del niño puede ser extremadamente dañoso.

Los niños parecen tener ciertos temores naturales tales como los asociados con la inseguridad o a la amenaza de inseguridad, en el manejo de este tipo de niños, el odontólogo debe procurar determinar el grado de temor y los factores que pueden ser responsables de este.

El Odontólogo debe platicar con el paciente para encontrar la causa de su temor.

No es recomendable aplazar el tratamiento de un niño miedoso con la esperanza de que pueda superar el temor al tratamiento dental y sea más cooperativo.

La ansiedad se presenta en casi todos los niños, siendo más común en el niño preescolar, ya que temen hacia lo desconocido y al hecho de tener que separarse de su madre.

Los niños son capaces de responder a cualquier situación de stress, incluyendo procesos deseados emocionales y mentales estos pueden ser estimulados por sucesos externos del medio ambiente o por conflictos internos del individuo.

No es la ansiedad en si la que determina el tipo de paciente, sino la manera de asumir sus miedos.

La resistencia es una manifestación inseguridad o ansiedad y de hecho el niño se revela contra el miedo, y cuando no desea adaptarse a una situación puede hacer rabietas o golpearse la cabeza.

Cuando el niño se rehusa a desarrollarse se dice que es un estado regresivo, y el niño no desea hablar ni dejar sus hábitos de juego infantiles, moja la cama, etc.

La retracción es otra manifestación de ansiedad, y el niño se rehusa a los juegos colectivos y a platicar con desconocidos y para el Odontólogo resulta difícil comunicarse con estos pacientes, ya que se sienten agredidos con facilidad y lloran constantemente.

Otra reacción es la timidez y se presenta en ocasiones - en pacientes de primera vez. Cuando el niño tiene muy poca vida social.

Cuando se presenta un paciente tímido se debe permitir - que sea acompañado por otro paciente que este bien adaptado, - esto es para que gane confianza en sí mismo y en el Odontólogo.

La timidez puede reflejar una tensión resultante de que los padres esperan demasiado del niño o aún lo protegen en -- exceso.

Llanto.- frecuentemente los niños lloran mientras están - en el sillón dental.

Existen cuatro diferentes tipos de llanto según Elsbach; y son: llanto obstinado, llanto de temor, llanto por daño y llanto compensatorio.

El Cirujano Dentista debe ser capaz de diferenciar estos tipos de llanto a fin de responder adecuadamente al niño.

El llanto obstinado es fuerte y agudo, generalmente es - un berrinche para impedir el tratamiento odontológico.

El llanto por temor está acompañado por lagrimas y sollozos convulsivos.

El llanto por daño puede ser fuerte, acompañado de un pequeño lloriqueo, y el niño dirá voluntariamente que le duele.

El llanto compensatorio es un subido monótono que el niño emite para amortiguar el ruido de la fresa y el Odontólogo debe permitirlo ya que es un escape a la ansiedad experimentada por el niño.

Reacciones a la primera visita.- en este caso se recomienda que no sea después de los 3 ó 4 años. En esta primera visita sólo se realiza un examen, evaluación radiográfica y profilaxis.

Esto es aceptado por la mayoría de los niños. Una conducta no cooperadora puede presentarse al separar al niño de su madre o al tomar las radiografías.

Cuando el niño sabe que tiene un problema dental que requiere tratamiento puede no cooperar adecuadamente, cuando no sabe de su problema y piensa que sólo se le va a realizar un examen y una limpieza de su boca puede ser más cooperador.

Reacciones a la inyección: LA INYECCION de anestésicos locales produce la incidencia más alta de conducta interruptiva en los niños, es cuando se presenta más frecuentemente una conducta no cooperadora para el tratamiento, esto se debe a que durante la fase de inyección se presenta un estado más alto de ansiedad en comparación con otras fases.

Reacciones a la exodoncia.- la extracción de una pieza dental en un niño es uno de los procedimientos que provocan ansiedad.

Las reacciones que presentan los niños durante la extracción y posteriormente a ella varían, pueden presentar regre-

sión en su conducta, llanto, evitar hablar después de la extracción y es casi imposible que presenten una conducta aceptable.

4.2 IMPORTANCIA DEL MIEDO.

El miedo representa para el Cirujano Dentista el principal problema de manejo y es una de las razones por las que la gente descuida el tratamiento dental.

El miedo y la ira son repuestas primitivas que se desarrollan para proteger al individuo contra daños y la destrucción propia. El miedo es una de las primeras emociones que se experimentan después del nacimiento.

Los niños de corta edad son demasiado jóvenes para racionalizar mucho, por esto se produce un comportamiento que es difícil de controlar. En ocasiones si el niño se comporta de manera primitiva al tratar de luchar con la situación o huir de ella, cuando no lo logra, aumenta su miedo y la comunicación del dentista con el niño puede ser muy difícil. Los niños de más edad pueden también tener una situación en la que el miedo sea tan pronunciado que no pueda razonar claramente; pero conforme aumenta la edad mental del infante estas repuestas pueden ser más controladas.

Es de suma importancia enseñarle al niño que el consultorio dental no tiene porque inspirar miedo, los padres nunca deberán tomar la odontología como amenaza. El llevar al niño al dentista no debe ser como un castigo, ya que esto provoca miedo hacia el dentista. En el caso de que el niño aprecie -

al Cirujano dentista, el miedo a perder su aprobación puede - motivarlo para aceptar la disciplina del consultorio. Es por ello que el miedo resulta una emoción importante que se debe discutir ya que su influencia en el niño nos va a determinar un paciente infantil bueno o malo.

Es importante tratar de explicarle al niño todos los --- movimientos que haremos para no provocar el miedo en él, avisarle que lo vamos a subir, bajar o recostar en el sillón, no hacer movimientos rápidos o bruscos, el ruido y vibración de la fresa, etc.

4.3 TEMORES OBJETIVOS:

Los temores objetivos son producidos por estimulación -- física directa de los órganos sensoriales y generalmente no -- son de origen paterno. Son también reacciones a estímulos -- que se sienten, ven, oyen, huelen o saborean, y son de natura -- leza desagradable. Un niño que, anteriormente ha tenido con -- tacto con un dentista, y ha sido manejado deficientemente, -- por fuerza desarrollará miedo a tratamientos dentales futuros. El Odontólogo debe comprender su estado emocional y proceder -- con lentitud para volver a establecer la confianza del niño -- en el dentista y en tratamiernos dentales.

Los miedos objetivos pueden ser de naturaleza asociativa -- los temores dentales pueden asociarse con experiencias no re -- lacionadas. Un niño que ha sido atendido deficientemente en -- un hospital o que ha sufrido en él intensos dolores infligi -- dos por personas con uniformes blancos, puede desarrollar un -- miedointenso a los uniformes similares de los Odontólogos.

El miedo también hace descender el umbral del dolor, de manera que cualquier dolor producido durante el tratamiento - resulta aumentado y lleva aprensiones todavía mayores.

4.4 TEMORES SUBJETIVOS.

Estan basados en sentimientos y actitudes que han sido - sugeridas al niño por personas que le rodean, sin que el niño los haya experimentado personalmente. Un niño de corta edad es muy sensible a la sugestión, y al oír de alguna situación desagradable, o que produjo dolor, sufrido por sus padres u o tras personas, pronto desarrollará miedo a esa experiencia.

Un niño que oye hablar a sus padres o a un compañero de juegos sobre los supuestos terrores del consultorio dental -- los aceptará como reales y tratará de evitarlos lo más posible.

Los niños tienen un miedo intenso hacia lo desconocido.- Cualquier experiencia nueva y desconocida les producirá miedo hasta que obtengan pruebas de que su bienestar no se ve amenazado por ello. Hasta que el niño esté convencido de que no existe razón para asustarse, persistirá el miedo. La influencia de los padres será de vital importancia en la actitud del niño hacia la odontología.

Los temores subjetivos también pueden experimentarse por imitación. Esto se verifica principalmente si el miedo es -- observado en los padres. La ansiedad del niño y su comportamiento claramente negativo están íntimamente relacionados con ansiedades de los padres.

Los temores más difíciles de superar y eliminar son los que vienen de tiempo atrás. Los miedos sugeridos pueden aumentarse al grado de llegar a la irracionalidad y el niño no sabe por qué está atemorizado.

CAPITULO V

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

Para el manejo de los niños debemos tomar en cuenta su estado psicológico y su estado de adaptación.

Estado psicológico.- se refiere a las circunstancias internas del niño (caracter).

Estado de adaptación.- es la relación con el medio ambiente.

Existen enfoques adecuados al manejo psicológico de los niños en el consultorio dental. No se debe dejar el tratamiento para después, ya que esta no ayuda a eliminar el miedo. Cualquier razón no explicada inspira miedo a los niños, los niños temen excesivamente a lo desconocido y se sienten mal preparados y aprensivos para afrontar nuevas situaciones, visitar al Odontólogo antes del tratamiento puede hacer que lo desconocido se vuelva más familiar y tal vez disminuyan temores o necesidades futuras de huir.

No es conveniente mostrar actitudes sarcásticas y desdeñosas con el niño para que por vergüenza se porte bien en el consultorio. El ridículo puede producir frustraciones y resentimientos al niño, y de ello puede resultar un aumento de aversión al Cirujano Dentista y tratamientos dentales.

Si el procedimiento tiene que producir dolores, aunque sea mínimos, es mejor prevenir al niño y conservar su confianza que dejarle creer que ha sido engañado.

5.1 AMBIENTE EN EL CONSULTORIO.

El ambiente total creado para el niño en el consultorio del Odontólogo, es una consideración extremadamente importante y debe dársele suficiente reflexión para lograr la atmósfera más placentera posible. 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.

Numerosos signos externos pueden utilizarse para demostrar este interés por el paciente infantil, por ejemplo, un rincón pediátrico en la sala de espera como el que podría ser una sala de juegos. Los colores sólidos brillantes establecen para el niño una sensación agradable de pertenencia. Los cuadros, tapiz o el aspecto de las paredes, los muebles y otras decoraciones proporcionan cordialidad y personalidad.

Deberá disponerse de material de lectura bastante amplio para el niño. Los juguetes y otros objetos de interés para los pacientes más pequeños, contribuirán a crear un ambiente favorable y familiar.

La música es uno de los factores más importantes para lograr relajamiento en el consultorio. Deberá elegirse el tipo de música adecuada.

El consultorio deberá tener un sitio adecuado para enseñar las técnicas de higiene bucal, el cual debe de tener un lavado adecuado para niños y un espejo para las técnicas de cepillado.

La sala de operaciones puede hacerse más atractiva al niño si algunos dibujos en las paredes muestran niños jugando. El dibujo de un niño alegre riéndose es siempre bueno.

5.2 PACIENTE DE PRIMERA VEZ.

La edad recomendable para la primera visita al Odontólogo es a los 3 ó 4 años de edad.

Se deben reservar las primeras horas de la mañana para los niños más pequeños. Los padres casi siempre cooperan trayendo a sus hijos en el momento sugerido si el Odontólogo les explica que los pequeños son más capaces de aceptar temprano el tratamiento que si llegan cuando están cansados.

Para los niños poco cooperativos se debe tomar en cuenta la última sesión de la mañana o algún momento en que el consultorio esté libre de otros pacientes que pudieran resultar influidos por una perturbación.

La mayoría de los niños aceptan con facilidad su primer examen bucal, la limpieza y el tratamiento tóxico de floururo.

La impresión que el niño obtenga de su primera experiencia dental se recomienda sea positiva, agradable e interesan-

te, ya que cada cita se irá mejorando pues un sólo fracaso en este sentido, puede cambiar su buena disposición.

De la primera experiencia que se obtenga resultará el mejor o peor paciente. En el aspecto propiamente psicológico - de la primera visita, el Odontólogo debe empezar como se mencionó anteriormente por el examen médico, que además de brindar una seguridad, es un motivo de toma de contacto con el niño. Además debe incluir el estudio psicológico del niño.

Primero se debe ver al niño en compañía de sus padres para que estos expongan el motivo de la consulta, posteriormente podemos tratar por separado con el padre y después con el niño. Con los datos familiares podemos definir las condiciones de vida obteniendo un primer acercamiento psicológico de las personalidades maternas y paternas logrando así entender la personalidad del niño.

Si el Odontólogo comprende que el niño responderá normalmente excluirá la presencia de los padres, y empezará a manejarlo de manera natural y dando confianza de acuerdo con él. De esta forma podría darse cuenta que tipo de niño es, además de entrever la conducta y disciplinas que se guardan y se establecen en su hogar.

5.3 PACIENTE DE EMERGENCIA.

La introducción de este tipo de pacientes al consultorio dental, es un tanto difícil, por el estado nervioso en que se encuentra, por lo cual el cirujano dentista tendrá que introducirlo en una forma rápida y precisa.

Antes de cualquier explicación previa a su tratamiento, se tratara de hacer algún tratamiento paliativo que alivie su malestar.

Después de que el Cirujano Dentista haya procedido de dicha manera y que el niño se encuentre más calmado y tranquilo puede que el C. D. trate de hacer que el niño confie en él, y si el tratamiento paliativo del niño dio resultado, el dentista tendrá una amplia ventaja para lograr que el niño confie en él y coopere en su tratamiento.

En la siguiente cita el Odontólogo tratara de hacerle entender la importancia de su tratamiento, haciéndole ver que si no sigue el consejo anterior tendrá las mismas molestias que le obligarán a asistir al consultorio dental.

La frecuencia con que se presentan al consultorio dental estos casos es numerosa, por lo tanto el dentista se ve obligado a hacer tratamientos que solo curen o alivien la molestia de esos momentos.

Los principales casos son aquellos como abscesos alveolares agudo y crónico, fracturas parciales o totales de dientes gingivitis por la mala higiene bucal, infección aguda por virus del herpes simple, etc.

Rara vez se presenta un niño con dolor en el momento, comúnmente, hay una historia de dolor el día o la noche anterior. Es impardonable que un pequeño entre al consultorio sin sentir dolor, pero salga llorando con un diente dolorido por interferencias del Odontólogo. Por extraño que pueda parecer, esto no es frecuente.

El dolor experimentado la noche anterior puede haber ocurrido una semana, un mes o un año atrás. El niño no se preocupa como el adulto, porque el dolor pueda volver en la noche. El Odontólogo que provoque un nuevo dolor, se convertirá en un villano. No obstante el niño con dolor suele estar muy dispuesto a permitir que el Odontólogo intervenga para librarlo de ese malestar.

5.4 COMUNICACION CON EL NIÑO Y EL PADRE.

En la primera visita al Odontólogo es útil que uno de los padres acompañe al niño, ya que nos puede proporcionar información valiosa que ayude en el examen. Se le debe preguntar a la madre o al padre si hay algo que les preocupe en particular respecto a la boca de su hijo. Se aconseja darles tiempo para expresarse y para contar una breve historia de toda atención dental previa.

Es preciso ganarse la confianza y la atención del niño y expresarse en el lenguaje que se pueda comprender. Es importante que al hablar se haga con lentitud y claridad. De este modo el niño podrá seguir las instrucciones, que además deberán ser pocas y de una por vez. Para evitar cualquier presión en esta charla se explicará el manejo de los instrumentos empleados, usando términos que sean comprensibles para el niño. Es conveniente que en la atención de primera vez no se tenga nada en la platina, y se debe examinar separando los labios con los dedos e inspeccionando los dientes a simple vista. Posteriormente ya se usará el espejo y el explorador.

Es aconsejable describir de una manera breve a los padres lo que se observó en la boca del niño. Se debe explicar que los problemas dentales encontrados y el plan de tratamiento será efectuado en una visita posterior, después de haber completado todos los datos.

En el momento de hablar con los padres se hará de una manera clara y expresándose en un tono natural y modulado y se conversará de una manera eficiente y sin apuros. La indecisión, las respuestas abruptas, el atolondramiento y las contestaciones confusas, provocarán un rechazo paterno hacia el Odontólogo y sentirá que le han brindado un mal servicio a su hijo.

En el caso del niño, si se le habla demasiado se confundirá y le producirá desconfianza y aprensión. Se deben utilizar palabras que sean comunes en los niños de la edad del paciente. Al conversar con el niño, se deben elegir temas y situaciones que le sean familiares; si por ejemplo, se habla de futbol con un niño pequeño, no se discutirán las reglas complicadas del juego, es mejor charlar de experiencias del niño en el campo de juego. Se debe permitir que el niño lleve la conversación. En el caso de que el niño sea muy pequeño será conveniente añadir algo de fantasía para dar mayor interés a la conversación. No es conveniente hablarse como si fueran más pequeños de lo que en realidad son; ya que esto es una ofensa mayor que si se les habla como si fueran mayores. No hay que utilizar palabras de bebé en niños de 4 ó 5 años. Generalmente se sienten halagados si se les considera mayores de lo que son, no hay que subestimarlos y se les debe hablar de algo que les interese y les resulte agradable.

5.5 HISTORIA CLINICA.

Es de suma importancia en cualquier tipo de paciente obtener una historia clínica del paciente, lo más completa y significativa posible, esto nos evitará dificultades durante el tratamiento dental. El Odontólogo deberá tomar un registro completo de la historia del paciente y anotar que es lo que le aqueja principalmente. Si este mal es una urgencia, el paciente deberá recibir un tratamiento de naturaleza paleativa o correctora durante esta primera visita.

Se debe preguntar si el niño recibe exámenes médicos regulares, así como el nombre y dirección de su médico. Si el niño ha sido recomendado por un pediatra deberá consultarse con este último antes de empezar el tratamiento. El registro deberá ser complementado con la fecha y la firma de la persona que da la información así como su relación el paciente.

La historia clínica también debe contener los datos personales del niño y sus padres (nombre, edad, etc.), así como una descripción del síntoma o síntomas actuales. Se debe realizar de tal forma que sea más una conversación que un interrogatorio.

Una historia clínica completa incluye:

Historia Familiar:

Esta parte de la historia nos sirve para obtener información acerca de la situación social del niño y un trasfondo familiar, condiciones de vivienda, profesión de los padres, tipo de alimentación e higiene.

Historia Médica.

Por medio de este punto nos enteramos del estado general de salud y desarrollo del niño, así como también tendremos información sobre cualquier enfermedad de importancia, es conveniente solicitar una consulta con el médico del niño.

Historia Dental.

Se deben revisar las experiencias del niño en servicios dentales, el tipo de tratamiento que recibió y cuál ha sido su aceptación a la terapéutica dental, constituye una información importante que nos permite evaluar la conducta del niño en la situación dental.

Hay que identificar todos los factores de interés para la salud del paciente pediátrico, tales como los hábitos de higiene oral cotidiana, hábitos dietéticos y hábitos de succión.

La historia del caso también persigue la identificación de la etiología de afecciones raras como: caries rampante, atricción atípica, recesión gingival, etc., observadas durante la breve inspección inicial.

EXPLORACION CLINICA.

Aspectos Generales.

La exploración clínica comienza desde el momento en que el niño entra en la consulta dental. A partir de entonces el Cirujano Dentista debe tomar nota de cualquier deformidad o limitación física del paciente, las reacciones emocionales-

frente al ambiente dental, se puede observar el grado de madurez y rasgos de personalidad del niño las observaciones sobre el desarrollo del lenguaje son importantes para determinar hasta que punto el Cirujano Dentista puede aprovechar la comunicación verbal con su paciente.

Exploración de Cabeza y Cuello.

Esta parte tiene como objeto detectar cualquier asimetría aumento de volúmen o defectos en piel y labios; hay que examinar la calidad del cabello, superficie y color de la piel, diagnostico de posibles trastornos en el desarrollo hay que examinar la relación de los maxilares y desviaciones en apertura y cierre.

Exploración Intraoral.

Comienza con la exploración de la mucosa oral; empezando por la parte interior de los labios, hasta la mucosa interior de las mejillas incluidos también los surcos alveolares superior e inferior; seguimos con el paladar, piso de la boca y lengua. La exploración se debe hacer también por palpación, para probar la presencia de ulceraciones, cambios de color, zonas hinchadas o retracción gingival que indique un proceso patológico intrarradicular.

También debemos observar si los tejidos periodontales presentan alteraciones inflamatorias.

En la exploración de los dientes se observará la morfología color, número, y estructura superficial. En caso de lesiones traumáticas es preciso valorar el color, la trasluci-

dez del diente lesionado mediante luz reflejada y luz transmitida ya que con frecuencia el cambio de color indica una afec
ci"on pulparl

Se deben revisar si existen lesiones cariosas iniciales, así como las obturaciones, buscando zonas sobre sellantes, - roturas marginales, etc.

Finalmente hay que comprobar si el paciente presenta mala oclusión, además de desviación en el desarrollo dentario - oclusión de ambas arcadas y alteraciones especiales.

Exploración Radiográfica.

La radiografía es muy importante para un mejor diagnóstico, nos ayuda a determinar lesiones cariosas, lesiones periapicales, anomalías, aberraciones del desarrollo, secuelas de lesiones traumáticas, endodoncias, estimación de la edad, -- trastornos maxilofaciales etc.

5.6 EXAMEN RADIOGRAFICO.

Dependiendo de la edad, tamaño de la boca y cooperación del niño, se seleccionará la técnica radiográfica adecuada, la cual deberá con un mínimo de películas, el menor tiempo posible y la obtención de un examen adecuado de los dientes y estructuras contiguas.

La mayoría de los niños aceptan el tratamiento radiográfico si se les trata con calidez y buen ánimo. Es importante

saludarlos de manera íntima, dirigirse a ellos por su primer nombre o aún por su sobrenombre; así como establecer una conversación agradable al niño.

El equipo de rayos X puede generar curiosidad o provocar miedo, dependiendo de cada niño.

Se le debe permitir al niño tocar la cabeza del aparato, que oprima el botón y que haga todo aquello que pueda hacerlo entrar en confianza. Se le debe mostrar una de las películas y enseñarle donde debe sostenerse. También hay que mostrarle el zumbido del aparato antes de comenzar con las radiografías. Se aconseja comenzar con la toma de radiografías por las zonas fáciles de radiografiar. Esto es importante en particular si el niño tiene un reflejo de vómito. Para estos pacientes son de beneficio los anestésicos tópicos.

Aún cuando el niño se rehuse a cooperar después de repetidos intentos de comunicación de parte de Cirujano Dentista la mayoría de los niños permitirá que el radiólogo obtenga radiografías laterales de los maxilares, aún cuando se rehuse a las bucales, y el radiólogo no debe permitir jamás que el paciente piense que ha fallado.

5.7 PROFILAXIS Y APLICACION TOPICA DE FLUOR.

Cuando nos encontramos con un niño muy aprensivo o pequeño, se aconseja comenzar el tratamiento dental con una profilaxis y una aplicación de fluor. Esto nos ayudará para que el niño comience a tenernos confianza y acepte más fácilmente el tratamiento.

La profilaxis consiste en la limpieza de todas las superficies dentales utilizando una pasta no abrasiva ayudandonos con el motor de baja velocidad y un cepillo para profilaxis e hilo dental sin cera para limpiar los espacios interproximales.

Se aconseja explicar al paciente para que sirve cada uno de estos aditamentos haciendo mención también de que sólo estamos limpiando sus dientes, esto se hará para que el niño tome confianza en el Odontólogo.

Continuaremos con la aplicación Tópica de fluor. Esta se puede llevar acabo por medio de derivados fluorados en solución, barniz o en forma de gel en cubetas, la ventaja que tienen los geles con respecto a las soluciones, es que permiten un mayor tiempo de contacto entre el fluoruro y el esmalte dentario.

Por regla general, los geles se aplican una o dos veces al año, aunque en algunos estudios se aprueba la aplicación diaria.

Existen métodos tópicos que pueden emplearse para su auto aplicación, como son los colutorios y las pastas dentales que contienen fluor, los enjuagues con fluor forman también parte de programas realizados bajo su prevención profesional.

TECNICA DE APLICACION DE LA SOLUCION DE FLUORURO:

- 1.- Aislamiento de los dientes con rollos de algodón y aspiraciones de saliva y secado con aire.
- 2.- Aplicación de la solución de fluoruro utilizando una

torunda de algodón. La solución se lleva a los espacios proximales con ayuda de la seda dental, los dientes se mantienen húmedos durante 3 a 4 minutos.

- 3.- Instruir al paciente para que escupa, que no se enjague, no coma ni se cepille los dientes durante media hora.

CAPITULO VI

APLICACION DE LOS CONOCIMIENTOS PSICOLOGICOS
EN LA ATENCION DEL PACIENTE.

6.1 USO DE PALABRAS ADECUADAS Y ESTIMULOS.

El Odontólogo deberá evitar utilizar palabras que inspiren miedo al niño. Muchos de los temores sugestivos no los produce el procedimiento en sí, sino el significado atemorizante de alguna palabra.

Algunos niños se estremecerán de miedo al oír palabras como aguja o fresa, y sin embargo, no se oponen demasiado a la experiencia si se llama de otra manera al procedimiento. Cuando se trate con niños deberán evitarse engaños, pero cuando sea posible, deberán usarse palabras que no despierten miedo, palabras como inyección, aguja, pincho, las podemos cambiar y decir: vamos a poner algo en tus encías que se sentirá como el piquete de un mosquito. En vez de la palabra fresa, diremos que va a cepillar los insectos malos y sacarlos de sus dientes. Al mismo tiempo, haga correr sobre la uña del niño una broca grande de cono invertido, explicando que la broca es llana, y no puede penetrar en el diente.

Cuando se trata a niños, es siempre buena política informarles de lo que se va a hacer, pero evite asustarlos utili--

zando palabras mal seleccionadas que le sugieran dolor.

En procesos de aprendizaje, el castigo y la recompensa - son básicos. Una de las recompensas que más busca el niño es la aprobación del Odontólogo. Por lo tanto, que el Odontólogo reconozca la conducta ejemplar del niño influye para que este se porte bien. Cuando el niño sea buen paciente, dígaselo, esto impondrá una meta a su comportamiento futuro. Cuando alabe al niño, alabe mejor el comportamiento que al individuo.

Darle al niño algún regalo cuando se ha portado bien forma parte de un manejo adecuado; existen muchas variedades de regalos, pero lo que más impresiona favorablemente al niño, es que reconozca su mérito.

6.2 OIR, VER Y ENSEÑAR.

El enfoque de oír, ver y enseñar ha resultado muy útil - en la prevención del desarrollo de los temores odontológicos - en el paciente nuevo, así como en la minimización de la ansiedad y mala conducta asociada en el paciente previamente desensibilizado.

Básicamente el objetivo principal de esta técnica es luchar con el temor de un niño de los objetos y personas que lo rodean. El Odontólogo puede reducir este temor, primero diciéndolo (oír) al niño sobre la nueva situación y lo que va a hacer en ella, después mostrándole (ver) el nuevo ambiente y finalmente haciendo (enseñar) lo que se le dijo que haría. Este proceso deberá ser continuo desde la entrada del niño al

consultorio a través de todos los procedimientos involucrados con el tratamiento. A medida que se presente cada nueva persona o procedimiento al niño, debe emplearse la técnica de --oír-ver-enseñar, para orientarlo gradualmente a los estímulos que provocan ansiedad de manera tal que sea capaz de enfren--tar la situación.

Debemos tener en cuenta que el niño no entiende el len--guaje que nosotros usamos y deberá ponerse cuidado especial --para instruirlo de acuerdo a su lenguaje, frecuentemente los niños no comprenden las paíabras del C.D. al dar las instrucc--iones o mostrar el material para esto es conveniente tomar --en cuenta algunas palabras que el niño relacione y que mejore su calidad de comunicaci3n, por ejemplo: en lugar de decir dolor podemos decir piquete de hormiguita, en lugar de aguja, --diremos mosquito; en lugar de forceps decimos grúa para ayu--dar a caminar el diente, etc.

6.3 CONTROL DEL CIRUJANO DENTISTA.

El Odont3logo nunca deber3 perder su dominio y enfadarse la ira como el miedo es una reacci3n emocional primitiva e in--madura, es señał de derrota e indica al niño que ha tenido --3xito y ha disminuido su dignidad. El paciente lo pone en --una situaci3n de gran desventaja, porque la ira disminuye su capacidad de razonar claramente y tener las reacciones adecu--das, si el C.D. pierde su control y eleva la voz, solo asusta--r3 m3s a3n su cooperaci3n, si no puede evitar enfadarse, es --mejor despedir al niño y dejar que otro pruebe suerte, tal --ves 3l pueda tener 3xito donde nosotros hemos fallado debido--a nuestro temperamento, si el C.D. ha tratado lo mejor posi--

ble, y no puede entablar relación con el niño es mejor admitir la derrota que arruinar al niño para tratamientos dentales futuros.

CAPITULO VII

CONDUCTA DEL NIÑO IMPEDIDO

La reacción del Odontólogo hacia el niño deficiente es - la misma que éste puede tener hacia el Odontólogo. Ambos pueden sentir un nivel de ansiedad incrementada.

El niño minusválido tiene un defecto mental, físico o -- emocional que interfiere con su habilidad en todas las actividades de la vida. Esto le puede impedir funcionar normalmente a pesar de que experimenta las mismas necesidades biológicas y físicas que cualquier niño.

La mayoría de niños retrasados mentalmente no tienen ningún defecto físico y lo contrario también sucede. Aun cuando los niños retrasados mentales y los disminuidos físicos se -- clasifican como un grupo, es sólo con el propósito de describir una conducta general. Cada niño, normal o disminuido, es un individuo y tiene una conducta única que debe ser comprendida por el Odontólogo para lograr un cuidado dental apropiado.

El niño deficiente mental está por debajo de lo normal, -- tanto en el funcionamiento intelectual general como en la conducta adaptativa.

El individuo con grave retraso mental necesitará siempre de alguna ayuda en las actividades de la vida diaria.

El niño disminuido físicamente tiene defectos estructurales que le impiden comportarse parcial o totalmente en forma normal. Ejemplos de deficiencias físicas incluyen la parálisis cerebral, trastornos visuales, deterioro en el oír y trastornos ortopédicos, cardíacos y convulsivos. Algunos niños - disminuidos para superar los defectos estructurales en las actividades diarias.

La conducta con los niños impedidos generalmente toma -- más tiempo para el cuidado dental que la de los normales. Por eso se ha de dejar suficiente tiempo en cada cita para afrontar la conducta del niño y atender sus necesidades dentales.

Los enfoques para la conducta del niño impedido son los mismos que para el niño normal con algunas modificaciones.

7.1 ENFOQUE PSICOLOGICO.

El conocimiento de sí mismo es importante antes de aceptar la responsabilidad de tratar niños disminuidos. Hasta el niño deficiente mental posee una misteriosa habilidad para -- sentir cuando se le quiere y respeta. Cuando hay incongruencia entre la comunicación verbal y la no verbal uno aparece -- como falta de sinceridad. Si el Odontólogo es sincero, los -- niños le ayudarán a lograr los objetivos del tratamiento.

El enfoque de oír, ver, enseñar se debe modificar para -- el niño disminuido en uno o más de sus sentidos utilizando mejor los sentidos que le quedan intactos. Por ejemplo: 1) los niños retrasados mentalmente pueden no entender instrucciones verbales, 2) los niños sordos pueden no oírlas claramente, --

3) los niños parcial o totalmente ciegos pueden entender las instrucciones pero pueden no estar familiarizados con el arreglo especial del consultorio y 4) los niños disminuidos físicamente pueden ser incapaces de cumplir a pesar de que entienden.

Hay una tendencia a creer que el niño impedido físicamente tiene un deterioro de la inteligencia y del oído. Evite - ofender a estos niños comuníquese en forma apropiada.

Los total o parcialmente ciegos tienen que confiar mucho en las instrucciones verbales. Describir una imagen de latéxica con palabras es un buen sustituto de la visión. El oído de los niños parcialmente ciegos es generalmente muy agudo y muchas veces pueden oír la voz del dentista en busca de aprobación para su conducta. El dentista debe recordar que su voz refleja emociones tales como aceptación o rechazo de la conducta infantil.

El niño retrasado mental puede no entender una petición de abre tu boca, pero puede imitar voluntariamente al Odontólogo. Muestre su aprobación por su buen comportamiento sonriendo y asintiendo inmediatamente. Al niño sordo se le deben mostrar y permitir tocar objetos desconocidos. La demostración de la jeringa de aire, cepillo de dientes y pieza de mano le ayudarán a comprender el deseo del dentista de que acepte el tratamiento dental. Mirará la expresión facial para buscar signos de aprobación o desaprobación de su conducta. - Al niño parcialmente vidente se le debe también permitir el tocar y explorar la silla y demás equipo dental.

Después de preparar al niño con la explicación y demostración, lleve a cabo la técnica de manera que transmita confianza. Evite los movimientos bruscos que pueden sorprender al niño y mantenga una comunicación táctil con él durante el tratamiento. Esto le ayudará a sentir seguridad.

7.2 MANEJO DEL NIÑO IMPEDIDO EN EL CONSULTORIO.

Revise con los padres la historia médica y dental para obtener información sobre las experiencias médicas y dentales anteriores del niño. Pregunte sobre su nivel de comunicación la gravedad de su disminución y su capacidad de colaboración. El saber lo que se puede esperar ayuda al manejo del niño.

En la primera cita el Odontólogo debe preguntar a los padres por qué ha traído al niño. Esto determinará qué procedimientos se han de efectuar en la primera cita. Siempre que sea posible, la primera cita debe ser dedicada a la información y no al tratamiento. Emplee ese tiempo para recoger material de diagnóstico rutinario y hablar sobre odontología -- preventiva. En caso de una urgencia trátela de la forma menos traumática posible. Por ejemplo, una infección se puede tratar con antibióticos o analgésicos en vez de extraer el diente afectado en la primera entrevista. Esto representará para el niño una mejor introducción a la Odontología.

El Odontólogo debe acomodar el sillón en la posición deseada antes de hacer pasar al paciente no ambulatorio, evitando así asustar al niño bajándolo cuando ya esté en él. Muchos niños deficientes presentan problemas de altitud cuando no saben qué pasa, como el movimiento del respaldo del sillón cuan

do están sentados en él.

Cuando se traslade al niño no ambulatorio de la silla de ruedas al sillón dental explíquese siempre cómo y por qué lo moverá. Recuerde que se puede sentir amenazado al verse movido del ambiente familiar de la silla de ruedas al sillón dental. El traslado para estos niños es muy difícil y se usa un método poco apropiado pueden resultar afectadas las espaldas del dentista o del auxiliar. Los padres son con frecuencia muy hábiles para trasladar a su hijo de un sitio a otro.- No dude en pedir su ayuda.

Una vez instalado el paciente confortablemente en el sillón ha de hacerse un examen visual y digital de la cabeza, -cuello, cara y otras estructuras paraorales, lo mismo que un examen intraoral. Este examen, unido a la explicación de la técnica, permite al dentista evaluar al paciente de manera --tranquilizadora. Una vez ganada la confianza del niño use la técnica del oír, ver y enseñar para introducir el espejo y el explorador, y luego complete el examen.

Si es posible, antes de empezar el tratamiento haga un -examen radiográfico general. Hay mucho desacuerdo sobre la -incidencia de las caries en niños minusválidos, pero el hecho es que más del 50% de las superficies estropeadas no serán de -tectadas si se omite el examen radiográfico.

Un examen radiográfico sirve para dos fines: 1) provee la información necesaria para el diagnóstico y 2) ayuda a -prevenir conductas futuras. Cuando la conducta de un niño -permite tomar radiografías adecuadas, generalmente las técnicas restauradoras se pueden completar en el consultorio.

La enfermedad dental es una condición de minusvalidez -

que puede ser prevenida. También es mucho más fácil efectuar técnicas restauradoras primarias en niños disminuidos que técnicas restauradoras. El niño minusválido de familia numerosa o de una institución puede estimar en forma muy positiva sus citas y gratificadoras sus experiencias, ya que acaso sea una de las pocas veces en que se vea el centro de la atención. Aproveche esta oportunidad para hablar de la importancia de la salud oral, e involucre a los padres desde la primera cita. - Aunque frecuentemente se encuentran abrumados con los inmediatos problemas cotidianos, la mayoría reciben con gusto las sugerencias que repercuten en un mejor cuidado de la salud para su hijo. Se dan cuenta de que su hijo puede no tener la habilidad mental o destreza manual para la remoción adecuada de la placa pero muchas veces se sienten frustrados porque son incapaces de limpiar la boca de su hijo. Insista en la importancia de restringir el consumo de carbohidratos y del uso de la terapia con flúor. Enséñeles cómo mancha el esmalte con una solución reveladora y cómo quitarla con un cepillo manual o eléctrico. El cepillo adaptable es una manera excelente de que el Cirujano Dentista ayude al niño disminuido físicamente en su lucha por la independencia.

7.3 COMUNICACION CON LOS PADRES.

Es conveniente para el Odontólogo, tener una charla con los padres del niño impedido, para hacerlo consiente de los problemas dentales que pueda tener su hijo, tomando en cuenta que debe ser de una manera clara y breve.

Por medio de esta conversación podremos informarnos acerca del comportamiento del niño, su grado de invalidez y su

capacidad de adaptación.

7.4 RESTRICCIONES FISICAS.

Por razones obvias, los procedimientos técnicos como el ejercicio de mano-sobre-boca no se han de usar con niños gravemente disminuidos. Sin embargo, es necesario en ocasiones contenerlos físicamente para impedir que el niño, que no puede controlar sus movimientos corporales, se lesione a sí mismo, al Cirujano Dentista o a los asistentes.

Los niños tienden a resistirse o a pelear cuando son sujetados físicamente por otra persona. Sin embargo, cuando se usa un objeto inanimado como una sábana Pedi-Wrap o correa aparentemente se tranquilizan al darse cuenta de que están sujetos en forma segura. La sujeción positiva disuade de la lucha inútil y previene que una conducta poco deseable se haga insostenible.

Algunos niños aceptan fácilmente el uso de sujeciones; - por ejemplo, el niño con parálisis cerebral, que quiere ayudar pero que tienen una respuesta neuromuscular tal que cuanto más trata de ayudar más espasmódicos son sus movimientos.

Una vez que el niño está sujeto, el Odontólogo y su equipo se responsabilizan de protegerlo de cualquier lesión. Por eso se deben usar correas de sujeción para asegurar al niño - en el sillón y prestarle protección.

Como en todas las formas de tratamiento, la sujeción puede ser mal entendida. Obtenga el consentimiento consciente e

informe a los padres del porqué y cómo piensa abordar la conducta de su hijo. Las explicaciones antes del tratamiento -- pueden evitar los malentendidos.

El propósito de las restricciones físicas es limitar o - detener los movimientos de cabeza, extremidades o torso del - paciente.

Entre las restricciones físicas para control total del - cuerpo tenemos diferentes métodos como son:

Pedi-Wrap: es una sábana de punto de nylon reforzado -- con cierres de Velcro. Se hacen en tamaño pequeño, mediano y grande. Se coloca el Pedi-Wrap en el sillón previamente colgado en posición. El Cirujano Dentista y su ayudante se mantienen en lados opuestos del sillón. El niño se coloca en la sábana de forma que el Odontólogo y su asistente puedan asegurar los brazos y uno y otro lado y también los cierres de - Velcro sobre su pecho.

Se asegura el tercer cierre de la cabeza para dominar el movimiento excesivo de la mano y luego asegurar también los - restantes cierres. Las dos cintas de encima del hombro se -- han de quitar, pues no se usan en las técnicas dentales.

Manta de sujeción: ésta asegura al niño sobre una base rígida con tres pares de cintas de lona. La manta de sujeción, igual que el Pedi-Wrap, utiliza el sistema Velcro de -- cierre por presión y de separación fácil de cerrar y ajustar. Este dispositivo puede sujetar al paciente menos colaborador.

Sábana y cintas para la piernas: una sábana doblada en las esquinas formando un triángulo facilita un método efectivo para dominar los movimientos indeseables de brazos. El --

vértice de triángulo se pone por debajo de los brazos cruzados del paciente y se ata fuertemente alrededor de ellos. Se dobla entonces la base del triángulo sobre los brazos y a través de los hombros sin impedir la respiración. Las puntas restantes de la sábana se atan entonces detrás del sillón dental. Para controlar el resto del cuerpo, asegure las piernas por encima de las rodillas con una cinta de sujeción u otra sábana doblada a lo largo. La cinta impedirá que el niño mueva las piernas. Las cintas de sujeción de vinilo con cierres Velcro se consiguen en tiendas que se dediquen a este ramo.

Estos métodos del control corporal representan sólo algunos de los muchos métodos aceptables para dominar los movimientos indeseables del niño durante el tratamiento dental.

Una vez que se han asegurado el cuerpo y las extremidades, el odontólogo y su equipo deben mantener un control absoluto de la cabeza del niño. Los movimientos inesperados durante la administración de anestesia local o durante las técnicas restauradoras pueden lesionar al paciente.

El dentista debe mantener firmemente la cabeza del niño entre su pecho y su brazo de manera que su mano quede libre para sujetar el espejo y retraer la mejilla. Si no puede dominar adecuadamente la cabeza del niño, un ayudante se colocará a la cabecera del sillón dental para asegurarla. Al tener al ayudante manteniendo quieta la cabeza del niño con una mano a cada lado, se puede practicar la odontología sentado, a cuatro manos.

Una vez dominados los movimientos de cabeza laterales, u se un abridor de boca para mantenerla abierta si es necesario durante el tratamiento. El abridor de boca ideal ha de ser -

completamente adaptable y cómodo para el paciente, pero no ha de interferir en la administración de la anestesia local o en el dique de goma. El abridor de boca no sólo protege al niño de cerrarla involuntariamente sobre la pieza de mano u otros instrumentos, sino que también protege al dentista. Muy pocos niños morderán intencionadamente, pero el niño aprensivo o incapaz de entender las órdenes verbales puede lesionarse o lesionar al dentista al cerrar la boca inadvertidamente. El abridor de boca, al igual que cualquier otro instrumento, debe mostrarse y demostrar su funcionamiento antes de usarse. - Se puede utilizar un término sustitutivo, por ejemplo, un niño muy pequeño entiende que el hombre de goma es algo que sig ve para colocar en la parte posterior para impedir que se lesionen los dientes anteriores. Existen dos tipos de abridores.

Bloque de mordida intraoral: es una cuña de goma semidura que se inserta entre las superficies oclusales del lado -- de la boca donde no se efectúa el tratamiento. El bloque de mordida existe en tamaño pequeño, mediano y grande y se usa con éxito en el paciente corriente durante técnicas de restauración muy larga. Cuando se usa con el niño minusválido el bloque de mordida se debe atar con seda dental para retirarse fácilmente en caso de necesidad.

Abridor de bocas extraoral Molt con acción de tijera: es de metal y recubierto con tubo de goma. La versatilidad de este sujetador de boca compensa su mayor costo inicial. Aunque el abridor de boca en forma de tijera existe en diferentes tamaños, se recomienda el más grande por su mayor consistencia y por su descanso oclusal más ancho. Puesto que los descansos interoclusales del abridor de boca son ajustables, el tamaño más grande se puede utilizar en la posición parcial mente cerrada en niños más pequeños, y el mango de tijera ex-

traoral facilita la manera de dominar simultáneamente los movimientos laterales de la cabeza y mantener la boca abierta durante el tratamiento. Colocando el sujetador de boca en el lado opuesto del lugar de la inyección, se puede utilizar la técnica tradicional para anestesia local. El sujetador de boca extraoral tipo de tijera también facilita el uso de aislamiento por medio de dique de goma.

Cuando los niños minusválidos se hacen mayores también aumentan en tamaño y fuerza y son mucho más difíciles de dominar, a no ser que hayan comprendido que el Odontólogo es un amigo en quien pueden confiar. Cuando el niño no puede ser dirigido correctamente, bien con contenciones psicológicas o físicas, puede ser necesaria la premedicación. Algunas veces un niño puede mostrar una conducta que sólo pueda dominarse con anestesia general. Al facilitar al niño la inconsciencia le quitamos la oportunidad de aprender a enfrentarse con la Odontología, sin embargo, se facilita un cuidado dental óptimo a un niño que de otra manera podría no tener acceso a él.

CAPITULO VIII

ALGUNOS TIPOS DE NIÑOS IMPEDIDOS

La definición de niño impedido, nos dice que es aquel que tiene una condición psicológica, física o social que le impide alcanzar su pleno potencial de desarrollo en comparación con otros niños de su edad. Esta definición implica demasiadas condiciones incapacitantes, las cuales, por la abundante literatura existente de cada una de ellas, se decidió en este capítulo plantear solamente algunos tipos de niños impedidos.

8.1 RETRASO MENTAL

La definición de retraso mental más aceptada en la actualidad es la realizada por la Asociación Americana sobre Deficiencia Mental:

El retraso mental significa un funcionamiento intelectual general notablemente por debajo del promedio, que existe junto con deficiencias de adaptación y que se manifiesta durante el periodo de desarrollo.

Según la definición anterior, para que una persona se le clasifique como retrasada mental, se tienen que cumplir tres

criterios: pruebas estándar de inteligencia por debajo del -- promedio; tener una conducta de adaptación deficiente y la de ficiencia tiene que aparecer durante el desarrollo.

Hay muchos individuos que cumplen con uno o dos de los - criterios pero sin el tercero no se podran considerar retrasados.

Respecto a los aspectos bucales en estos niños, solo se- han encontrado alteraciones adquiridas por la falta de higie- ne bucal adecuada, aunado a una dieta blanda que es muy común estos pacientes.

Debido a esto se encuentran aumentados en forma considera ble el porcentaje de caries, problemas periodontales como - gingivitis, bolsas periodontales con problemas de tejido de - soporte y en casos graves puede existir la exfoliación denta- ria.

Existe un factor importante para determinar el grado de -afección bucal y ésta será el estado de insuficiencia mental- que presente el niño, ya que de aquí derivan los problemas de entendimiento, de conducta y principalmente la coordinación - de movimientos; todo esto de gran importancia para que se lle- ve acabo un buen aseo bucal y el correcto entendimiento de -- una técnica adecuada de cepillado.

La dieta blanda desencadena una serie de factores funda- mentales en la patología bucal en el niño, ya que esta le es proporcionada por comodidad de la madre o por que en muchos - casos se encontrarán solo restos radiculares por el grado tan avanzado de la caries, imposibilitando la función masticato-- ria correcta por falta de coronas clínicas.

Otro motivo sería el dolor, causado por piezas dentarias con formación de abscesos, ya que como es natural no será posible llevar a cabo la masticación correcta de alimentos duros ya que provocaría el aumento del dolor.

TRATAMIENTO DENTAL SUGERIDO:

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

La mayoría de los pacientes retardados mentalmente que llegan al consultorio entran en la categoría denominada subnormalidad leve, y puede tratarse a la mayoría de estos niños con algo más de firmeza y comprensión que las requeridas para tratar a pacientes de 3 a 10 años. Haciendo alarde de comprensión y paciencia, el Odontólogo puede generalmente ganar la confianza de estos niños. Si no se lograra el nivel de cooperación necesario para poder realizar trabajos restaurativos ordinarios o si el niño retardado necesita tratamiento dental extenso y de habilitación, la única esperanza de tratar con éxito al paciente será recurrir al empleo de anestesia general.

8.2 SINDROME DE DOWN.

El síndrome de Down es una aberración cromosómica, la -- más frecuente y con el índice de supervivencia más alto de to dos los transtornos cromosómicos.

Se caracterizan por tener ojos ligeramente sesgados, na riz pequeña con la parte superior plana, cabeza más pequeña - de lo normal, las fontanelas pueden ser relativamente grandes y cerrarse más tarde que en el niño normal; las orejas pueden ser pequeñas al igual que el lóbulo auricular; boca relativa- mente pequeña, pero la pequeñez de la boca combinada con el - débil tono muscular hacen que la lengua salga ligeramente de la boca. Los dientes pueden ser pequeños o implantados anormalmente. Cuello corto, manos pequeñas con dedos cortos y un pliegue palmario en lugar de dos. La piel aparece ligeramen- te amoratada y relativamente seca, cabellos finos, ralos y la cios. La apariencia corporal es rechoncha e hipotonía genera- lizada.

ASPECTOS BUCALES.

Entre las manifestaciones bucales encontradas en este -- síndrome que se pueden hayar, tenemos:

Lengua escrotal, macroglosia con protusión y mordida a-- bierta, anomalías palatinas (rugas anteriores prominentes, -- dos surcos en el paladar), maxilar superior hipoplásico, ángu los genianos calícuos (tendencia a clase III), disarmonías o- clusales (mordida cruzada anterior, mordida cruzada posterior

rotaciones), microdoncia, dientes primarios que no exfolian, patrones de erupción aberrantes, dientes conoides, hipoplasia del esmalte, anodoncia, dientes supernumerarios, índice de caries alta y algunas afecciones gingivales.

TRATAMIENTO.

El tratamiento en este tipo de niños, es básicamente igual al descrito anteriormente, ya que estos niños presentan también retraso mental. El Odontólogo los debe llenar de comprensión y paciencia para poderse ganar la confianza del niño.

A pesar de la deficiencia del niño mongólico en el campo intelectual, todas las mejorías en el campo somático conducen a un aumento duradero del nivel de de la capacidad del niño y con ello, del desarrollo de la personalidad.

8.3 PARALISIS CEREBRAL

No existe una definición de parálisis cerebral que sea convincente ni admitida unánimamente. La parálisis cerebral es un término amplio, utilizado para describir un grupo de trastornos estáticos no progresivos, causados por un daño cerebral que ocurrió prenatalmente, durante el nacimiento o en el período postnatal, antes de que el sistema nervioso central alcanzara su madurez. El daño cerebral resultante se manifiesta como una malfunción de los centros motores y se caracteriza por parálisis debilidad muscular, incoordinación y otros trastornos de la función motora.

El grado de complicación y los síntomas clínicos dependen de la extensión y ubicación del daño al sistema nervioso central y puede variar desde una hemiplejía leve sin otros defectos neurológicos, hasta un trastorno totalmente incapacitante que el individuo dependa por completo de otros para su existencia.

ASPECTOS BUCALES.

Los pacientes con parálisis cerebral suelen tener problemas dentales que prevalecen más en ellos que en la población normal.

La hipoplasia del esmalte de dientes temporales es más frecuente en niños con parálisis cerebral e indica la época del daño cerebral ocurrido al feto en desarrollo.

Enfermedad periodontal.- Existe una relación entre la gravedad de la enfermedad y la higiene bucal debido a la incapacidad física del individuo. Los paráliticos cerebrales que toman fenitofina (Dilantina) para el control de convulsiones presentan una gingivitis hiperplásica.

Maloclusiones.- Aproximadamente las maloclusiones tienen una doble prevalencia en estos pacientes de la que presenta la población en general. Las condiciones observadas incluyen protrusión de dientes anteriores superiores, sobremordida mordidas abiertas y mordidas cruzadas unilaterales. Una causa de esto puede ser la relación no armoniosa que existe entre los músculos intrabucales y peribucales de estos pacientes.

Bruxismo.- Común en pacientes con parálisis cerebral --

atetofde. Atrición y pérdida de la dimensión vertical, son otros de los padecimientos encontrados. Los trastornos de la ATM pueden ser secuela de esta condición en pacientes adultos.

CONSIDERACIONES EN EL TRATAMIENTO DENTAL.

A excepción del mayor grado de caries dental y enfermedades periodontales, la mayoría de los niños con parálisis cerebral no presentan problemas dentales específicos. La principal preocupación del Odontólogo responsable de su salud dental es lograr ajustar sus procedimientos a las condiciones físicas y mentales del paciente individual. El Odontólogo podrá lograr éxito siempre que obtenga una historia personal minuciosa del niño antes de la primera visita de este al consultorio dental. Debe conseguirse esta información de los padres o tutores, así como del médico que normalmente atiende a ese paciente.

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

Después de conseguir toda la información disponible respecto a las características físicas y mentales del niño paralítico cerebral, el Odontólogo deberá hacer su evaluación personal durante la primera visita del niño al consultorio. Es-

ta visita también deberá emplearse para planear el tratamiento y dar oportunidad al paciente de familiarizarse con el medio y con las personas que participarán en su cuidado dental.

Como muchos de estos niños llevan vidas retraídas y están poco acostumbrados a tratar con personas extrañas a su medio, el Odontólogo puede prever en sus pacientes gran aprensión. En los casos en que se aconseje quimioterapia para premedicación, deberá consultarse al médico que atienda al niño sobre la elección de premedicación.

Deberá acomodarse lo mejor posible a los niños impedidos en la silla dental. Una silla ajustada en posición inclinada hacia atrás da más apoyo y sensación de seguridad al paciente cualidad especialmente importante para niños afectados de ataxia. Los espásticos pueden requerir aún más apoyo y control, lo que será tarea de la ayudante dental. Los procedimientos restrictivos, como empleo de correas, raramente son necesarios y podrían dificultar el manejo del niño, en vez de facilitarlos ya que restricciones excesivas pueden provocar espasmos musculares involuntarios.

Si se puede administrar de manera segura, no existe contraindicaciones al empleo de anestesia local en niños con parálisis cerebral. El Odontólogo deberá prever posibles movimientos bruscos de la cabeza del paciente, y la jeringa deberá ser mantenida firmemente en su lugar en el momento de inyectar.

8.4 CEGUERA

Se entiende por ceguera a la incapacidad para ver, pero-

dado que la pérdida de la visión puede presentarse en distintos grados, ha sido difícil determinar la exacta aceptación del término. La definición que da el Comité de Estadísticas del Ciego de Estados Unidos de Norteamérica, preferida en la actualidad por los círculos oficiales y científicos de ese país, es la siguiente: Se considera que una persona padece ceguera si la agudeza visual no excede de 20/200 en el ojo mejor con lentes correctores o si la agudeza es mayor de 20/200 pero acompañada de un campo visual no mayor de 20 grados.

ASPECTOS GENERALES.

Es importante señalar algunos aspectos psicológicos para el mejor trato con el niño invidente. Debemos olvidar de primera instancia, que el niño es diferente de los demás, y hablarle y darle demostraciones de cariño por medio de las caricias y mimos, así como jugar con él tanto o más que con un niño vidente, ya que no puede ver la expresión afectuosa de un rostro; necesita oír conversaciones y explicaciones de objetos y hechos que suceden a su alrededor ya que no cuenta con la experiencia de una información visual.

Se recomienda que desde sus primeros meses de vida, la alimentación sea materna, ya que el contacto físico de niño-invidente con la madre es de valor especial para él, cuando el niño es un poco más grande y que está en edad de tomar sus alimentos por él mismo, se le colocará en sus manos una cuchara y se le ayudará a que encuentre la comida en el plato.

Generalmente los niños ciegos suelen ser más bien pasivos e inactivos por que el movimiento es peligroso para ellos y exige más esfuerzo. Una de las primeras cosas que se le en

señaran es que se mueva con confianza, que no adquiriera el hábito de andar a tuestas, sino que aprenda a caminar por sí solo; naturalmente se pondrán protecciones en lugares de peligro como escaleras, etc.

En estos niños podemos encontrar trastornos en la cavidad bucal como: dientes hipoplásicos en dentición primaria - (asociados a incompatibilidad Rh, diabetes materna y prematuridad; éstas, estrechamente vinculadas a la ceguera, sordera y otras anomalías), enfermedad gingival y trauma en dientes anteriores.

CONSIDERACIONES EN EL TRATAMIENTO DENTAL.

El manejo dental del niño ciego comenzará antes de hacer contacto con el paciente. El Odontólogo debe recabar datos e informes de padres, médico familiar y maestro especial, sobre el ajuste emocional del niño, su actitud y la de su familia, y la habilidad del niño para desenvolverse.

Es importante que tengamos una actitud positiva y de aceptación total hacia el niño invidente. La actitud del dentista es la más importante, y ejerce mejor influencia que las técnicas o métodos empleados para suministrar el tratamiento.

Debemos de incorporar los sentidos restantes del niño como el tacto, el olfato, oído y gusto al plan de tratamiento. Al principio se hará una cita corta con explicaciones verbales adecuadas hasta que el niño acepte y entienda el tratamiento y nunca utilizar la fuerza en este tipo de niños.

En citas sucesivas, el niño se familiarizará con el medio dental, sus sonidos y olores. También se le explicará el mobiliario de la sala y del área inmediata para que tenga una idea de la ubicación de las cosas, para cuando él se desplace de un lugar a otro. Se recomienda armarse de paciencia y aceptar todos los accidentes o contratiempos calmadamente.

El personal dental deberá estar bien informado y adecuadamente preparado para atender a este tipo de niño. Es de su ma importancia que el dentista al presentarse, se describa ff sicamente al niño, de ser posible agregando un toque humorístico, esto ayudará al niño a percibir al odontólogo como persona y no como un par de manos en movimiento.

Los instrumentos y objetos que serán colocados dentro de su boca, deberán ser manejados totalmente por el niño y se da rá una explicación verbal de su uso, teniendo la precaución de proteger al niño contra las lesiones, por ejemplo de los instrumentos afilados o con puntas agudas.

Desde un principio el niño deberá saber lo que se espera de él en lo que respecta a su comportamiento y cooperación.- No debemos olvidar que el tono de nuestra voz es sumamente im portante para el niño invidente, ya que él captará nuestro es tado de ánimo y esto repercutirá en su desenvolvimiento en el consultorio dental.

8.5 SORDERA

Un niño catalogado como sordo es aquel que no posee el - suficiente oído residual para comprender el habla. Existen -

cuatro grados de deficiencia de la audición y que se relaciona principalmente con las condiciones del oído interno.

Pérdida leve (pérdida de 15-30 decibeles)

Descritos a veces como el niño "Duro del oído" o hipoacúsico, el daño poco interfiere con el desarrollo del lenguaje, no requiere de ayuda especializada.

Pérdida parcial (de 30-65 decibeles)

Dificultad para oír la conversación común (la conversación es de 60-70 decibeles a 1 mtr. ó 1.20 mts. en circunstancias normales). En la mayoría de los casos precisa la ayuda de un audífono y la enseñanza en el hogar para aprovechar el resto de la audición. Un buen estímulo del lenguaje en el hogar desde los primeros años, consigue que el niño pueda concurrir a una escuela común a los 5 años de edad.

Pérdida grave (65-95 decibeles)

Es el caso del niño que no puede oír una conversación a menos que se le hable con voz muy alta y muy de cerca, y aún así, no alcanza a comprender lo que oye. La mayoría de estos niños asisten a centros especiales. Sería útil si se complementara su educación con la lectura de los labios.

Pérdida profunda (95 decibeles y más)

Muy pocos niños tienen pérdida auditiva total, generalmente pueden oír pocos sonidos si son amplificadas. Es necesaria la enseñanza intensiva de la lectura labial.

MANEJO EN EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

Se deberá realizar para una mejor comprensión del problema del niño, una historia clínica completa. Se utilizará el enfoque decir-mostrar-hacer siempre mostrando nuestras gesticulaciones enfrente del niño y permitiendo que vea los instrumentos y de ser posible con un ejemplo previo.

La sonrisa y las gesticulaciones son una forma para promover la confianza y reducir la ansiedad; debemos también tener cuidado de no bloquear el campo visual del niño con nuestras manos, ya que esto le provocará ansiedad e inquietud.

Debemos cuidar que al hablar con el niño, nuestras gesticulaciones y el habla deben ser a ritmo natural y sin gritar. Las expresiones faciales exageradas dificultan la lectura labial. Se observará la expresión del paciente, asegurándonos de que entienda lo que va a suceder.

Es preferible que la persona que acompaña al niño, se coloque enfrente de él, para que éste lo observe y se sienta -- más seguro y protegido, y de ser posible sugerir al niño que disminuya o desconecte su audifono auricular ya que se amplificarán todos los sonidos como el de la turbina de la pieza de mano.

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

A lo largo de este trabajo, nos hemos dado cuenta de lo importante que es el paciente infantil y la manera de llevar a cabo el tratamiento en cada caso.

Pero es importante también, no enfocarnos exclusivamente al trato con niños normales, sino también a pacientes impedidos. Quienes al igual que los demás necesitan de la ayuda del Odontólogo.

Es de vital importancia, que al atender a estos pacientes seamos comprensivos y abiertos al diálogo con los padres, para que estos sientan un mayor apoyo al problema que presenta el niño y así depositen toda la confianza en nosotros.

El Odontólogo que se dedique al tratamiento de los niños deberá estar perfectamente bien preparado, tanto en su técnica para tratar a sus pacientes, como en su forma de pensar y en el control de sus emociones, debe ser una persona muy centrada y segura de si misma para sacar adecuadamente todo tipo de problemas que puedan presentarse.

Resulta conveniente que al atender a los niños impedidos el Odontólogo se arme de valor y paciencia, y acepte los contratiempos que pudieran presentarse, ya que ésta actitud positiva ejerce mejor influencia que cualquier técnica o métodos empleados en el tratamiento.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

69

El Odontólogo debera saber ganarse la confianza de los niños y estimularlos para aceptar el tratamiento creando en ellos un sentimiento de cooperación para el cuidado de su boca. De igual modo debe mantener siempre una buena relación con los padres para que haya una colaboración completa.

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

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Sidney B. Finn.

Editorial Interamericana, S.A. de C.V.

México, 1985.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Thomas K. Barber

Editorial Manual Moderno

México, D.F. 1985.

ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

Mc. Donald.

Editorial Mundi

México 1975.

MANUAL DE ODONTOPEDIATRIA CLINICA

Kenneth D. Snawder

Editorial Labor, S.A.

2ª. edición: 1984.

DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO

Huriok PH. D. Elizabeth B.

Edición. Cuarta: Libro Mc Graw Hill

PSICOLOGIA EVOLUTIVA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

Mira y Lopez Emilio

Edición 11ª. El Ateneo 1967.

EL NIÑO DISMINUIDO

Bowley, Agatha - Gardener, Leslie.

Editorial Médica Panamericana.

Buenos Aires, Argentina.

LA EDUCACION Y LA FAMILIA DEL DEFICIENTE MENTAL

Coronado, Guillermo

Editorial C.E.C.S.Á.

México, 1981.

EL RETARDO EN EL DESARROLLO

Calguera, Isabel

Editorial Trillas.

México, 1984.

ODONTOLOGIA PARA EL PACIENTE IMPEDIDO

Nowak, Arthur J.

Editorial Mundi

Buenos Aires, Argentina, 1979.

EL NIÑO DEFICIENTE FISICO, MENTAL Y EMOCIONAL

Wallin, J. E. y otros

Editorial Paidós.

Argentina, 1986.