

24795



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PSICOLOGIA DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

Resumo y autenticación
C. S. M. C. Ma. Elena R. Villanueva Sánchez

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N:
MIREYA SALGADO DUJE
JESUS AMARO DIAZ SILVA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PSICOLOGIA DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

INTRODUCCION

CAPITULO I. RECEPCION DEL NIÑO

- a) Conocimiento del niño (paciente) en el consultorio dental

CAPITULO II. EL DENTISTA PARA LOS NIÑOS

- a) El papel del odontólogo

CAPITULO III. MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

- a) Paciente de primera vez
- b) Pacientes de emergencia
- c) Momento y duración de la visita

CAPITULO IV. DESARROLLO PSICOLOGICO EMOCIONAL

Reacciones a la experiencia odontológica

a) Ansiedad

- 1.- Ansiedad y dolor
- 2.- Ansiedad y sentido de desamparo

b) Miedo

- 1.- Tipos de miedo
- 2.- Temores objetivos
- 3.- Temores subjetivos

c) Dolor

- 1.- Observaciones del paciente
- 2.- Descripción del dolor
- 3.- Medidas psicológicas para encontrar el dolor y el miedo en niños pacientes

**CAPITULO V. FACTORES PSICOLOGICOS EN LAS INCAPACIDADES
INTELECTUALES Y EMOTIVAS**

1.- El niño con retraso mental

2.- El niño superdotado

3.- El niño con problemas emocionales

**Componentes psicológicos de la incapacidad
física**

1.- El niño con defecto del habla

2.- El niño con visión deficiente

3.- El niño con deficiencia auditiva

4.- Los niños con lesiones cerebrales

5.- Los niños invalidos

**CAPITULO VI. COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES EN EL CONSUL--
TORIO**

1.- Instrucciones a los padres

2.- Educación directa

3.- Educación indirecta

4.- Consideraciones económicas

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

La odontología pediátrica trata al niño en su totalidad física y mental, con bases científicas para los problemas de la salud dental.

El niño atrae la atención general del cirujano dentista para que éste con las medidas preventivas sepa conducirse en una forma agradable y adecuada.

Está comprobado que existen muchos problemas dentales en los niños, debido al descuido que han tenido de su higiene dental; otro factor que influye es el crecimiento de la población infantil. Por eso se debe hacer conciencia de que una atención odontológica es necesaria.

La odontología es una experiencia que el niño debe dominar y tratar de borrar esa imagen negativa que tenía anteriormente. Siempre hay que inculcar confianza.

Cuando el niño domina su papel como paciente odontológico, se muestra más accesible en su conducta y tiene interés por lo que sucede a su alrededor.

El odontólogo que en su práctica diaria tiene más contacto con niños, aprecia los beneficios a largo plazo de una atención temprana y adecuada.

Cuando el odontólogo se da cuenta de la necesidad de aceptar más niños en práctica general, ayudará a reducir el cúmulo nacional de las necesidades dentales existentes y podrá contribuir a un mejor manejo de niños en el futuro.

Por lo tanto el odontólogo tendrá que ser un gran amigo del niño, mostrándole todo lo bueno de su ser.

CAPITULO 1

RECEPCION DEL NIÑO

- a) Conocimiento del niño (paciente)
en el consultorio dental**

RECEPCION DEL NIÑO

La primera persona con quien el posible paciente trata al concurrir al consultorio dental es la asistente dental.- El encuentro ocurre por lo general en la sala de espera. En ese primer contacto es cuando la asistente tiene la oportunidad de crear un clima de confianza y la atmósfera necesaria para que se establezca una comunicación adecuada con el paciente.

Cuando haya que recibir por primera vez a un paciente, la asistente deberá consultar el libro de citas para conocer su nombre y así saludarlo nombrándolo a su llegada. La asistente tendrá en cuenta muy especialmente que ella es como una amable dueña de casa para todos los que concurren al consultorio. Deberá presentarse en la sala de espera y recibir personalmente a cada paciente, en vez de limitarse a asomar la cabeza por detrás de la puerta. En todo momento se mostrará formal, digna y cortés.

Si el cirujano dentista se haya atrasado en su horario, convendrá explicar a los padres del niño el hecho por el cual debe esperar. Si la demora fuese mayor de cinco minutos la asistente notificará al padre por cuanto tiempo se prolongará la espera. En caso de que el atraso supere los treinta minutos, será aconsejable concertar una nueva cita. El paciente merece una explicación por los inconvenientes que pudieran surgir y si este se mostrará molesto por la demora, la asistente tratará de conservar la calma.

Es una buena práctica reducir al mínimo la conversación entre paciente y asistente en la sala de espera.

Los temores de los enfermos aprensivos no pueden ser desvanecidos fácilmente. La asistente eficaz se mostrará considerada y se preocupará por el bienestar del paciente pero no conversará demasiado. Se asegurará que el paciente se encuentre cómodo y ofrecerá su ayuda en casos especiales si fuese necesario.

En la sala de espera se dispondrá un conjunto de revistas de asuntos variados para entretenimiento de los pacientes:

Deportes

Cuidados del hogar

Negocios

Novelas

Cine

Libros para niños

Libros infantiles para pintar (con lápices y tizas)

Este material se conservará en buen estado y bien ordenado.

e) CONOCIMIENTO DEL PACIENTE EN EL CONSULTORIO DENTAL.

Es agradable observar que la gran mayoría de los niños que llegan al consultorio pueden clasificarse como buenos pacientes, también es cierto que la mayoría de los niños llegan al consultorio con algo de aprensión y miedo.

Es interesante observar que el comportamiento del niño puede fluctuar en periodos de tiempo pequeños. Puede que a los dos años coopere y sea bien educado o mientras que a los dos años y medio se vuelva difícil o contradictorio.

Es importante que el niño sienta que todas las personas del consultorio le infunden confianza, esto habrá de verificarse con la asistente dental.

Los niños son muy sensibles a emociones ocultas e identificará rápidamente cualquier falta de entusiasmo hacia pacientes infantiles y esto los desalentará aun más.

El dentista también deberá asegurarse de que el personal que emplee sea a los niños y los trate bien y sabe manejarlos. Si los auxiliares tratan de forma inadecuada al niño, las oportunidades de éxito que tiene el odontólogo disminuyen enormemente.

Es buena política conocer al paciente infantil antes de que llegue al sillón dental. Cuando los padres llaman por primera vez para pedir cita, la asistente puede obtener información sobre el niño. Preguntarle al padre cuanto sabe el niño sobre el dentista y procedimientos dentales, ¿Teme el niño ir al dentista? ¿Es nervioso? ¿Se lleva bien con los adultos? ¿Ha estado en el hospital? ¿Tiene miedo a su médico? Estas preguntas pueden dar idea del comportamiento futuro del paciente.

Se puede aprender mucho sobre el comportamiento emocional del niño observándolo en la sala de recepción, si está-

sentado en el regazo de su madre o abrazado a ella, se pueden anticipar dificultades en el primer encuentro; sin embargo, si el niño se encuentra solo y lee un libro o juega alejándose de su madre se puede pensar que es emocionalmente maduro y está bien centrado para recibir tratamiento odontológico.

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

Con estos conocimientos sobre el paciente se puede prever su reacción al tratamiento dental, el manejo del paciente resulta mucho más sencillo si se puede predecir aunque sea remotamente como va a reaccionar cuando se le empiece a tratar.

Conocer al paciente significa ya media victoria, saber como actuar y saber guiar su manejo del niño. Es valioso predecir su comportamiento.

Cuando el cirujano dentista este tratando al paciente infantil siempre deberá llamarlo por su nombre de pila, si no lo sabe, pregúnteselo, nunca le llame muchachito u otro nombre poco familiar.

El trato con el niño deberá hacerse de manera normal y familiar, no demostrará nunca exceso de entusiasmo, ni será demasiado insistente, no le de la mano a la fuerza ni le saludé con voz demasiado elevada.

Trate al niño con confianza en la voz y en los actos,-

pero de manera natural y cálida. Recuerde que los niños temen a las caras desconocidas especialmente si parecen surgir de repente. Actitudes y voces amistosas y naturales dan mucha seguridad pero que no surgiera nada desagradable en el futuro.

Si un niño de muy corta edad se negará a ir con el dentista a la sala de tratamiento y se aferrará al brazo de su madre, sino lo puede convencer con palabras el odontólogo deberá acercarse al niño de manera amistosa y rodearlo con los brazos como si fuera a abrazarlo.

De esta manera se tiene el control del niño y se le puede recoger y llevar a la sala de tratamiento sin temor a que sus pies o manos dañen a nadie. Haga que el niño sienta que el cirujano dentista es suficientemente fuerte para llevarlo y protegerlo pero no lo suficiente para herirlo y si el dentista tiene confianza en sí mismo, es seguro que algo de este sentimiento se transmite a su paciente.

El cirujano dentista debe dirigir la conversación hacia el niño, cuando tome el historial haga las preguntas a su acompañante, de vez en cuando haga preguntas al niño para que este le conteste.

Si fuerza al niño a permanecer callado en una conversación que no le interese pensará naturalmente en lo que le va a pasar en el sillón dental. Si el niño no ha tenido experiencias dentales lo que va a pasar puede resultar sintético.

Existen reglas que son útiles en el consultorio dental para manejar a los niños:

1.- Atraer la atención del niño y asegurarse que escucha las indicaciones que le está dando el cirujano dentista.

2.- El odontólogo expresará sus ordenes con un lenguaje comprensible, que no sea tan extraño para el pequeño. Las palabras se pronunciarán lentamente y con claridad.

Cuando el niño tiene toda su atención en lo que le están ordenando, es capaz de seguir las instrucciones que deben ser pocas y de una por vez.

Cuando un niño no desea cooperar puede estar asustado o sentir aprensión, se debe de tomar tiempo y explicar el uso de los instrumentos empleados en el consultorio dental en una forma sencilla. Para que el temor del niño se vaya reduciendo hay que hacer la primera inspección bucal digital y posteriormente se introduce un espejo o explorador. Siempre se debe tener el menor número de instrumentos sobre el braquet.

Cuando el niño se niega a cooperar se deberá conversar con los padres para hacerles saber que el niño no desea cooperar y decirles la necesidad del examen y tratamiento y así obtener el permiso para proceder en forma cariñosa pero firme.

Nunca se debe dejar a un niño sentado en el sillón dental porque sus temores no se han disipado por completo y --

pueden agrandarse.

No es recomendable trasladar al niño de una sala a otra porque se pueden causar situaciones de ansiedad.

El odontólogo no debe abandonar la sala de operaciones dejando el paciente solo ya que el niño si está atemorizado puede presentar una situación más difícil.

En caso de que se tenga que abandonar la sala, la asistente dental se quedará con el chiquillo y deberá distraer su mente para disipar más sus temores.

Cada niño debe de recibir una atención completa del odontólogo como si fuera el único paciente que tenga.

CAPITULO II

EL DENTISTA PARA LOS NIÑOS

a) El papel del odontólogo

EL DENTISTA PARA LOS NIÑOS

La odontología para niños requiere algo más que conocimientos dentales puesto que se está tratando con organismos en período de formación. Tan solo en los niños se encuentra este crecimiento y desarrollo rápido donde los individuos están en constante cambio.

El modelo de desarrollo que se considere normal para cualquier niño aun no ha sido fijado y puede sufrir modificaciones.

El odontólogo pediatra se encuentra en posición de modificar el patrón de crecimiento y la resistencia a las enfermedades de los tejidos en estos pacientes pudiendo producir estructuras bucales más perfectas desde el punto de vista metabólico funcional y estético.

La odontología para niños trata generalmente de la prevención, en realidad no hay ninguna fase importante de este campo que no sea preventiva en su perspectiva más amplia. Desde este punto de vista, la odontopediatría es en verdad un servicio de dedicación puesto que la prevención es siempre la meta final de la ciencia médica.

El cirujano dentista cuando está tratando con niños debe ser realista y razonable, no se debe condenar a un niño porque está asustado. El odontólogo debe ponerse en su lugar y comprender su actuación, debe respetar las emociones del niño.

El ego del niño le permitirá ajustarse a la tensión. Al niño se le debe dar la oportunidad de participar en los procedimientos, el pequeño sentirá que es parte del servicio que se está realizando y se interesará y cooperará más.

Al niño se le debe tratar como individuo con sentimientos y emociones y no como objeto inanimado en la silla.

Debemos recordar que los niños de corta edad se asustan con lo desconocido, todos los movimientos y procedimientos operatorios deberán mostrar suavidad y gracia.

Cuando se baje al niño en la silla, o esté inclinado el respaldo de ésta, se debe hacer despacio. Porque si el movimiento es brusco el niño tendrá la sensación de que está cayendo. Al inyectar, la jeringa no debe llevarse tan rápido a la boca, pues el niño tiende a asustarse. Debe hacerse de una manera natural y deliberada.

La odontología es una profesión llena de gracia. Si hubiere que definir los requisitos de un buen odontopediatra serían: Habilidad, conocimientos e inteligencia.

a) EL PAPEL DEL ODONTOLOGO

Todo odontólogo debe tener objetivos y una política adecuada para una mejor atención en el consultorio dental.

1.- Objetivos de la atención odontológica.

a) Fomentar, proteger o restaurar la salud bucal, como parte integral de la salud general de la población, utilizando los recursos humanos, científicos y tecnológicos disponibles.

b) Fomentar las actividades de enseñanza para mejoramiento técnico, científico y humano de la persona.

c) Participar en actividades que contribuyan al mejor conocimiento de la problemática epidemiológica, clínica, sociomédica, operacional, etc. de la población, así como recursos técnicos y administrativos de la profesión odontológica.

ch) Vincular la atención odontológica a la atención médica en general.

2.- Política en un consultorio.

a) Los pacientes deben ser objeto de un diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento por parte del cirujano-dentista.

b) Para confirmación del diagnóstico en caso necesario el cirujano dentista puede recurrir a los auxiliares de diagnóstico (laboratorio de análisis clínicos)

c) Los tratamientos odontológicos, farmacológicos y quirúrgicos serán indicados y efectuados por el cirujano dentista según su criterio y el caso que se necesite.

ch) El tratamiento odontológico en caso necesario se complementará con participación de otros médicos. Por lo que el cirujano dentista debe trabajar en colaboración con el médico familiar o con otros especialistas.

d) Los recursos físicos para el servicio como equipo, instrumental y material deben ser de todo tipo y cantidad suficiente conforme con la norma específica, para garantizar la correcta aplicación de las actividades.

e) El cirujano dentista será auxiliado en los procedimientos técnicos por personal adiestrado, por lo que redundará en aprovechamiento mayor del tiempo útil y mejoramiento de la calidad de la atención.

Todo esto lo debe tener muy presente el profesionalista, ya que se aplica en su práctica diaria. Así tendrá una mejor atención para cada uno de sus pacientes, principalmente si trata con niños.

El dentista debe tener siempre presente todos los cambios de conducta del niño. Y saber tratarlo con eficacia cuando el niño llega al consultorio dental.

Para que haya éxito en el tratamiento dental del niño, el cirujano dentista debe tener en cuenta los siguientes factores:

1.- La conducta hacia un paciente niño es diferente a la que se practica con un adulto. Tanto la psicología y patología son diferentes.

2.- Se debe tener conocimiento indirecto del paciente por medio de los padres.

3.- La vestimenta del odontólogo debe ser lo más informal, sin que se atente contra las reglas higiénicas.-

Las batas blancas producen ansiedad en todo tipo de pacientes.

El odontólogo debe tener una comprensión y conocimiento activo de la conducta infantil y anomalías que diagnosticará y manejará. Porque hasta el niño más pequeño no puede captar la indecisión y angustia del profesionalista.

El cirujano dentista debe tener la disposición de dar un trato amable a todo tipo de pacientes.

Existen procedimientos nuevos para la modificación de la conducta, que son por medio de estímulos. Se clasifican en tres categorías.

1.- Reforzadores positivos.

Son estímulos sociales como una sonrisa, un cumplido, juguetes.

2.- Estímulos de aversión.

Es la disminución de frecuencia de la conducta como son estímulos físicamente dolorosos, críticas.

3.- Estímulos neutrales.

No aumentan ni disminuyen la frecuencia de la conducta como por ejemplo, el tic-tac de un reloj.

Por eso es que el dentista que trabaja con niños tiene tres responsabilidades.

1.- Para con su paciente.

2.- Para su comunidad.

3.- Para consigo mismo.

Siendo de mayor consideración la responsabilidad -- del dentista para consigo mismo, ya que los requisitos -- exigidos por él, darán como resultado mayor atención a -- su paciente y a su comunidad.

1.- Responsabilidad del dentista hacia su paciente.

Esta requiere que se use buen juicio al planear y -- llevar a cabo el tratamiento, que es uno de los requisit-- tos del manejo satisfactorio del consultorio.

El dentista debe ser capaz de manejar bien a los ni-- ños. La falta de capacidad para manejarlos puede frus-- trar todo intento de realizar una odontología de gran ca-- lidad, debe darse énfasis a la prevención lo que requie-- re no solo conocimientos de técnicas preventivas sino -- también el conocimiento científico de sus funciones.

Un dentista competente debe ser capaz de contestar-- inteligentemente las preguntas de los paciente y sus pa-- dres con conocimientos correctos.

La odontología infantil requiere el uso de auxilia-- res para un buen diagnóstico, así como una interpreta-- ción correcta de los resultados en situaciones de urgen-- cia y en problemas rutinarios.

2.- Responsabilidad del dentista hacia su comunidad.

El odontopediatra debe poner todo su interés hacia las distintas responsabilidades que su comunidad le exige, ya que éstas le darán mayor facilidad para la elevación de niveles de salud para practicarlos dentro de su consultorio, lo cual le permitirá obtener un alto prestigio ante sus pacientes.

Sin embargo, no debe acatarse únicamente a saber efectuar un tratamiento dental sino que deberá ponerse al nivel de aprendizaje que el pediatra lleva a cabo.

El odontopediatra, así podrá ser el trabajador clave para con los programas de su comunidad con respecto a la salud dental de los niños y aprovechará para darle mayor confianza a los padres y hará que estos sientan admiración por su trabajo y la odontología.

3.- Responsabilidad del dentista para consigo mismo.

Ego y Humildad, son dos atributos que adquiriendo el estudiante en el transcurso de su educación odontológica, le ayudarán a lo largo de su carrera y podrá lograr el éxito en el campo de su elección.

El ego deberá ofrecer al dentista la satisfacción por su profesión que escogió, misma que le ayudará a elevar los niveles de salud aliviando dolores y sufrimientos, al mismo tiempo le dará la confianza necesaria para su carrera profesional y así poder ocupar el lugar que le corresponde dentro de la comunidad.

El dentista debe darse cuenta que el aumento de la capacidad que ejerza dentro del consultorio, trae consi-

go un aumento de responsabilidad cada vez mayor, para esto debe tener suficiente humildad y nunca deberá tomar las responsabilidades exigidas a la ligera.

El dentista debe continuar y llevar a la práctica lo que sigue aprendiendo, ya que su profesión está en constante expansión en cuanto a sus técnicas y conocimientos, es por eso que no podrá dar nunca por terminado su aprendizaje, sino que éste deberá ampliarse más día a día, lo que implica que está en la necesidad de asistir a congresos, conferencias, cursos, reuniones profesionales y toda clase de publicaciones que le proporcionen aumento en sus conocimientos y capacidad.

Todo esto nos trae como consecuencia que debe de haber una buena atención odontológica, tanto para los niños como para los padres. La atención odontológica se puede clasificar de diferentes formas, una de ellas sería la siguiente:

1.- Urgencias.

Se da una atención prioritaria a problemas agudos, dolorosos, infecciosos, hemorrágicos, traumáticos, etc.

2.- Atención ordinaria según grupos de edad.

a) Grupo de 0 a 7 años (principalmente de 3 a 7 años).

Este grupo se caracteriza porque se completa la erupción de los dientes primarios, aparecen los principales dientes permanentes (primer molar) y porque la conducta de los niños frecuentemente es negativa para aceptar las maniobras de la atención odontológica.

Por esta razón se plantean dos posibilidades de tratamiento.

1.- Atención en el consultorio, que se hará cuando el niño tenga un comportamiento favorable hacia las manobras del servicio y tratamiento completo pueda ser concluido entre una y cinco consultas hasta de cuarenta y cinco minutos aproximadamente cada una.

2.- Atención con anestesia general. Se indica cuando los pacientes tengan conductas negativas comprobadas; cuando su patología sea muy importante y haya la posibilidad de atención en un hospital; cuando el enfermo sea menor de seis años; cuando tenga como mínimo ochenta por ciento de sus dientes afectados y cuando no cooperen en consulta externa por conducta negativa o por afeción mental. Se deberá efectuar una valoración preanestésica juiciosa.

b) Grupo de 8 a 16 años.

Se caracteriza porque se completa la dentición permanente, sus lesiones cariosas se pueden atacar en la etapa clínica precoz y el comportamiento del paciente, en general es positivo. Se plantean dos posibilidades de tratamiento.

1.- Atención en consultorio, se practica el tratamiento completo consistente en la obturación de los dientes primarios (con material de restauración inmediata) y permanentes (material definitivo) la extracción de dientes cuando esté indicada, usando de una a cinco citas hasta-

de cuarenta y cinco minutos.

2.- Atención con anestesia general, cuando se haya -- comprobado que el paciente tiene comportamiento negativo agresivo o tenga afección general que impidan su trata-- miento en el consultorio (movimientos convulsivos que im-- pidan la quietud del paciente), y cuando haya como míni-- mo el ochenta por ciento de los dientes afectados. Se de-- berá efectuar juiciosa valoración preanestésica.

c) Atención a adultos de 17 y más años.

Su objetivo:

Dar prioridad a la eliminación total de focos infec-- ciosos. La eliminación sistemática de agentes irritantes locales (sarro) de las estructuras parodontales.

Obturar piezas dentarise que lo necesiten y se debe de instruir periodicamente acerca del conocimiento para-- una mejor higiene bucodental. Detectar de manera oportu-- na las enfermedades degenerativas.

Para que exista una buena atención odontológica y lo-- grar los objetivos básicos del servicio de la odontolo-- gía que son: el alivio del dolor por medio de la aten-- ción de problemas de urgencia y la atención de niños en-- edad escolar, así como también restaurar las piezas den-- tarise que lo necesiten y devolver la estética adecuada, el dentista debe tener una buena distribución de tiempo-- para cada paciente.

El tiempo para cada paciente debe ser de tal manera que su tratamiento sea sin prisas y sin molestar tanto -

al paciente.

La distribución del tiempo dependerá de las conveniencias y posibilidades de cada servicio. En la jornada de trabajo siempre se debe dar servicio a pacientes con problemas que requieran atención urgente.

Procedimientos Odontológicos.

I Exploración bucal.

Se deben detectar las alteraciones existentes en tejidos duros y blandos de la cavidad bucal. La exploración bucal se aplicará a todos los pacientes que acudan por primera vez y será ejercida como paso preliminar para integrar un diagnóstico y elaborar un plan de tratamiento.

Prevalecerá el criterio de considerar las lesiones producidas por la caries dental en tres fases:

a) Incipiente, puede detectarse por medio de exploración instrumentada cuidadosa, es asintomática y acepta el tratamiento conservador con total de porcentaje de buen éxito.

b) No penetrantes, las que son evidentes a la inspección, con síntomas dolorosos provocados y pueden tener un gran porcentaje de éxito con un tratamiento conservador.

c) Penetrantes, las que han destruido en extensión, en profundidad, tejido dentario suficiente para considerar el órgano no susceptible de rehabilitación con recursos actuales y cuyos síntomas dolorosos han sido esporádicos y persistentes.

Se tendrá cuidado de explorar preferentemente las piezas dentarias permanentes en el grupo de 8 a 16 años para ejercer terapéutica oportuna.

Deberá efectuarse la inspección de la boca y dientes para detectar las zonas sospechosas de alteración (sin explorador). Se aplicará el explorador en las zonas dentarias (fosas y fisuras) sospechosas de tener lesiones infecciosas (no se introduce el explorador en cavidades evidentes).

Se debe evitar explorar al paciente fuera del consultorio, como pasillo, sala de espera, etc. Al paciente se le hará sentar comodamente en el sillón dental. Se hace el interrogatorio según los lineamientos propedéuticos establecidos.

La exploración debe ser ordenada, iniciándose en el cuadrante superior derecho, continuando con el superior izquierdo, después inferior izquierdo y finalmente inferior derecho. Terminada la acción clínica se anotará lo encontrado en el odontograma de acuerdo a las alteraciones que se presenten.

En el odontograma se indican dientes temporales y dientes permanentes, haciéndose más clara la anotación con diversos colores de acuerdo al tratamiento que se va a efectuar en cada diente. Los colores y signos que se usan para marcar el odontograma depende de cada odontopediatra.

			E	D	C	B	A	A	B	C	D	E			
DERECHA													IZQUIERDA		
R													L		
R													L		
DERECHA													IZQUIERDA		

Todas las anotaciones se hacen tanto en el odonto--
grama como en la historia clínica de cada paciente.

El instrumental, espejos dentales, pinzas de cura--
ción, cucharillas para dentina y explorador, deberán cui--
darse que exista un equipo adecuadamente esterilizado --
por cada paciente.

CAPITULO III

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

- a) Paciente de primera vez**
- b) Paciente de emergencia**
- c) Momento y duración de la visita**

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

El comportamiento cooperativo de un niño en el consultorio odontológico está generalmente motivado por deseos de evitar lo desagradable y doloroso, y lo que él pueda interpretar como una amenaza para su bienestar.

Aunque el comportamiento del niño parece poco razonable y no se comprende bien, son experiencias subjetivas y objetivas adquiridas durante la vida del niño y su lógica se basa en sus sentimientos; el condicionamiento total del niño registra su comportamiento emocional en el consultorio dental.

El comportamiento del niño en el consultorio puede ser para liberarse de algo desagradable del pasado. Si en casa puede evitarse lo desagradable con negativismo y ataques de mal genio, tratará de hacer lo mismo en el consultorio dental, si cuando resiste con fuerza a sus padres logra que se satisfagan sus deseos, tratará de evitar los trabajos dentales.

Si al niño no le resultan sus ataques emocionales - cambiará su comportamiento, cuando el niño aprenda que en el consultorio no va a lograr nada con su mala conducta perderá motivación para seguir comportándose así.

Cuando el dentista desea obtener una cooperación en grado máximo de su pequeño paciente, debe orientar el mismo desde su primera visita al consultorio; el niño al llegar al consultorio puede adoptar actitudes muy diversas, como ejemplo tenemos;

1.- Llorones. El llanto es un escape del niño, es comprensible que lloren cuando hay dolor, debe permitirseles si el dolor es real, pero pidiéndoles que lo hagan bajo, si el llanto es así puede continuar el trabajo pero sin engañar al niño, avisándole si lo vamos a molestar.

2.- El tímido y asustado. A este tipo de pacientes se le muestra el consultorio y se le explican los procedimientos a emplear, una vez ganada su confianza no habrá problemas.

3.- Vergonzoso y retraído. Los pacientes con estas características generalmente son tolerantes, pero no hay que abusar de su tolerancia si deseamos que continúe colaborando con nosotros en citas posteriores.

4.- Caprichoso. Ante una actitud caprichosa se debe proceder con rapidez y energicamente, dominando desde un principio la situación, evitando así pérdida de tiempo y de dominio del niño.

5.- Nervioso e histérico. La solución es actuar con energía para disipar los temores, debemos interrumpir el llanto para hacer que nos escuche, damos las indicaciones y actuamos, no debemos dejarlo solo pues su imaginación trabaja pensando cosas que él cree que le van a pasar y la consecuencia es el cambio de actitud hacia el tratamiento. Cuando el niño no quiera cooperar debemos dejar a los padres que empleen todo su poder persuasivo y si esto fracasa entraremos con actitudes más energicas.

6.- El colérico. Estos pacientes se caracterizan porque se enfurecen al sentir dolor, se les hace comprender que no es nuestro deseo molestarlos, pero que el tratamiento puede ser doloroso, así el coraje se les quita y no desarrollan antipatía hacia el dentista.

Sino le resultan los ataques emocionales, el niño aprenderá que en el consultorio no va a lograr nada con su mala conducta que quiera adoptar.

Tiene una gran importancia traer al niño con el dentista para que se familiarice con el medio dental. Cuando el niño llega para que se haga alguna corrección dental su comportamiento dependerá no tan solo de su condicionamiento anterior sino también de la capacidad que tiene el dentista de manejar al niño. Cuando se maneja al niño adecuadamente se obtiene una cooperación absoluta del paciente, éste depende de como impresione el odontólogo al niño.

Para que el paciente infantil se convierta en un paciente colaborador, el dentista debe cuidar siempre algunos principios, como son:

1.- Es inútil cualquier intento de tratar al niño --- mientras no logremos su confianza, en ocasiones es necesario emplear métodos enérgicos para lograr que el niño nos sacuche y pare demostrarle que no le vamos hacer daño.

2.- No debe cansarse a los niños, las citas demasiado largas se convierten en perjudiciales y el tiempo efecti

vo disminuye, debe tenerse habilidad, instrumental adecuado y la colaboración de un asistente eficaz.

3.- Nunca se engañará a un niño, eso traería como consecuencia la pérdida de la confianza del mismo y sería imposible continuar el tratamiento sin recuperarla.

4.- El niño no debe violentarse, solo en los casos en que el comportamiento del niño lo amerite, se recurrirá a la violencia pero se indicará a continuación el motivo que nos movió a emplearla.

5.- En la primera cita solo se hará el estudio del caso y se realizarán labores indolorosas en casos de emergencia, nuestra labor será abolir el dolor.

Los sentimientos de un niño son ambivalentes, si se le asustado, tiene miedo, no puede temer a alguien y a la vez sentir afecto por él. Cuando se está tratando con un niño asustado y temeroso, deberá primero eliminar el miedo y sustituirlo por sensaciones agradables para que el dentista pueda trabajar.

El odontólogo deberá establecer buenas relaciones con el paciente antes de separar al niño de su madre, -- porque de otra manera el niño sentirá que lo están forzando a abandonarla. Siempre que se vaya a tratar a un niño se le debe explicar el porque.

Cualquier razón no explicada inspira miedo a los niños, siempre es bueno que el niño venga al dentista antes del día en que va a empezar el tratamiento.

Visitar al odontólogo antes del tratamiento dental.

puede ser que lo desconocido se vuelva más familiar y -- tal vez mitigue temores o necesidades futuras de huir. -- Cuando se permite a un niño observar como se realizan -- trabajos en otros pacientes, posiblemente le servirá de -- zute. Observar a un Hermano mayor o a sus padres en el -- sillón dental le dará más confianza, si no observó expre -- siones de molestia en la persona que le procedió, pero -- descubre que a él le están haciendo daño, puede que su -- entusiasmo se convierte en desilusión y tal vez pierda -- la confianza en el dentista.

Si el procedimiento tiene que producir dolores, aun -- que sean mínimos es mejor prevenir al niño y conservar -- su confianza, que dejarlo creer que ha sido engañado.

El llanto, la ansiedad, la agresión y poca coopera -- ción han hecho que el odontólogo tenga pocas opciones; a -- parte de la premedicación y la anestesia general cuando -- se enfrenta a un paciente infantil difícil.

Como consecuencia el profesionista rechaza la aten -- ción de estos enfermos o solo son tratados como casos de -- emergencia. Nuestra meta principal será dar recomendacio -- nes para tratar al niño en la forma más eficaz, esto es -- menor traumatismo para el pequeño, más eficacia en nues -- tras técnicas y menor ansiedad para los padres.

El cariño, la comunicación y los cuidados son quiza -- las mejores armas con que cuenta el clínico y que desgra -- ciadamente se ven relegados por estar pensando en las -- técnicas clínicas. En la primera cita tendremos que rela -- jar la ansiedad tanto de parte de los padres como del pa --

ciente.

Dentro de las opciones que se presentan a los pa-
dres al acompañar a sus hijos a consulta son:

1.- Permitir la entrada a los padres al operatorio so-
lamente en la primera cita.

2.- Permitir la entrada en las citas subsiguientes so-
lo cuando el caso lo amerite o el dentista así lo requie-
ra.

En la actualidad es lógica la utilización de anesté-
sicos locales ya que permiten al paciente no sentir do-
lor en los tratamientos dentales.

Uno de los elementos más novedosos que se encuen-
tran para tratar niños difíciles es la "modificación de
la conducta". Muchos niños que eran considerados como di-
fíciles y tratados con drogas o anestesia general, están
siendo tratados en forma sistemática en un ambiente nor-
mal.

La importancia de seguir una rutina en el tratamien-
to dental a un niño es de lograr paulatinamente que el
pequeño se sensibilice al tratamiento y siempre iniciar-
con tratamientos indoloros nos redituará múltiples bene-
ficios.

Esta rutina deberá comprender procedimientos de po-
ca o nula molestia para el niño, para que en las subse-
guientes citas se puedan realizar tratamientos de mayor
molestia.

a) PACIENTE DE PRIMERA VEZ

Desafortunadamente los niños llegan con frecuencia al consultorio dental para su primera visita sufriendo dolores y con necesidad de un tratamiento más extenso. En esta situación la veracidad del dentista es esencial, franqueza y honestidad serán factibles con los niños.

Se recomendará a los padres que no se debe utilizar al dentista como un medio de amenaza o castigo. Se debe pensar que para la buena conservación de los dientes, los niños deben soportar ciertas molestias, tampoco hacerlos sentir que tienen o que padecen un problema grave en su boca, ya que esto provocará mayor ansiedad y temor. Cuando exista un problema grave no deben hacerse comentarios negativos, aunque tampoco engañarlos.

El niño debe observar el consultorio dental para que tenga una visita atractiva y agradable. De las primeras impresiones que el niño tenga del dentista como su personal dependerá su futuro comportamiento frente al tratamiento dental.

En la primera visita deberán realizarse solo procedimientos menores e indoloros, se obtiene la historia clínica, se instruye sobre el cepillo de dientes, se informa al paciente que van a cepillarle los dientes con la cepita de gaucho. Se limpiarán los dientes. Se toman radiografías, explicándole que la unidad de Rayos X, es como una enorme cámara fotografica y la película como el lugar en donde aparecerá la fotografía de sus dientes. -

Se le permitirá al niño que toque, sienta y escuche al motor, se le explicará que no le va a producir daño alguno.

El odontólogo puede trabajar con el padre o la madre en la sala de operaciones, o se le puede pedir que no esté en ella según prefiera. Generalmente se invita a los padres en la primera visita a que pasen a la sala de operaciones para comprender el papel tan importante que tiene en la adquisición de hábitos de higiene de su hijo y del conocimiento del control dietético para prevenir enfermedades dentales.

Si se maneja niños demasiado pequeños para comprender explicaciones difíciles debe intentarse llegar a relacionarse con ellas por medio de conversaciones sobre objetos o acontecimientos de la experiencia personal del niño y hablarles con voz agradable y natural.

Los niños de edad preescolar gritan con fuerza y largamente en el sillón dental, es muy difícil hacerse comprender cuando el niño grita continuamente, la amenaza de sacar a los padres fuera de la sala de operaciones puede ser suficiente para que se calle y si no logramos convencerlo la manera más sencilla o el método que se va a utilizar es colocar suavemente la mano sobre la boca del niño, indicándole que no es un castigo sino un medio para que el niño oiga lo que usted va a decir.

Cuando se dejó de llorar o gritar se quita la mano y habla con el niño sobre algunas experiencias, sin relación alguna con la odontología.

Es probable que el niño entre al consultorio dental con miedo, el primer objetivo que hay que infundirle es la confianza y que se de cuenta que no es el único que pasa por esa experiencia.

Frente a las dificultades psicológicas de los pacientes el cirujano dentista tiene tendencia a "motivarse o proyectarse" con su personalidad y sus recuerdos de la infancia.

Para evitar reacciones inconscientes e instintivas el dentista debe olvidar sus preferencias al paciente -- tratando de ser neutral frente al niño y sus padres. Progresivamente y luego de cierto tiempo de adaptación al tomar confianza, el niño se vuelve capaz de expresar sus dificultades delante de un adulto que ve no aparece sistemáticamente como un juez.

Estos primeros contactos no son en general suficientes para apreciar la personalidad del niño.

El primer paso para el reacondicionamiento es saber si el niño teme excesivamente a la odontología y porque. Esto se puede conocer preguntando a los padres acerca de sus pensamientos personales hacia la odontología.

El segundo paso es familiarizarse con todo lo referente a la sala dental y equipo. Por este medio se gana la confianza del niño y el miedo se convierte en cooperación y curiosidad, a todos les encanta los instrumentos nuevos, cualquier equipo o mecanismo les llama la atención.

El dentista deberá platicar con los pacientes acerca de como funciona cada instrumento y que el niño se familiarize con los sonidos y acciones de cada accesorio.

El tercer paso y el más necesario para el dentista y tenga éxito en sus siguientes citas es ganar completamente la confianza con sus pacientes.

Al establecer esta confianza el dentista debe transmitir al niño que simpatiza con sus problemas y los conoce. Al estarse relacionando con el niño se debe alejar de sus problemas emocionales y dirigirse a objetos familiares.

Explique que puede comprender sus problemas porque también los tuvo cuando era niño y de esta manera empezara a haber comprensión y confianza.

b) PACIENTES DE EMERGENCIA

A veces los niños requieren una atención urgente -- que puede causar una interrupción en el plan previsto -- del día.

Si el tratamiento del problema reversible pudiera ser postergado, el tratamiento de los niños citados con anticipación no se vería amenazado por una alteración de su tratamiento.

El odontólogo deberá ser sensible con el concepto de los padres sobre una atención de emergencia. Si el niño no necesite atención inmediata en el consultorio es importante que los padres comprendan claramente las razones para la postergación del tratamiento.

Aun cuando todos los días haya un período específico reservado para los servicios de emergencia el odontólogo podría tener que extender sus horas de trabajo a veces para atender traumatismos dentales.

Un traumatismo es una experiencia trágica para el niño y es un problema que se va a necesitar experiencia, buen juicio, habilidad y buenos conocimientos, quizá igualdad por ningún otro aspecto del ejercicio odontológico.

El odontólogo cuyo consejo y tratamiento después de un traumatismo está obligado a tratar al paciente con los medios a su alcance y el o los dientes deben ser restaurados a la normalidad tan pronto como sea posible para modificar la noción de sentirse diferente de los demás niños.

Hay muchos casos que el accidente es tan grave que no se puede iniciar inmediatamente el tratamiento odontológico.

El pronóstico lógicamente depende del tiempo que haya transcurrido entre el accidente y el momento que se suministre el tratamiento del traumatismo e la emergencia necesaria.

Desafortunadamente los niños llegan al consultorio con frecuencia sufriendo dolores y con necesidad de un tratamiento más extenso. El dentista en estos casos va a tener la seguridad de hablarles con franqueza y honestidad que serán indispensables con los niños y decirles de

manera natural que a veces lo que se realiza produce algo de dolor.

Estos procedimientos disciplinarios puede requerir mucho tiempo. El odontólogo muchas veces observa que no tiene suficiente tiempo para adiestrar a los niños a ser buenos pacientes pero el utilizar unos minutos para ello le va asegurar un mayor éxito.

Entre todos los problemas asociados a la odontopediatría el manejo del niño es sin duda el más importante ya que si no existe cooperación adecuada del paciente -- los procedimientos dentales se vuelven muy difíciles y a veces hasta imposibles.

Existen algunos métodos para que aumente la cooperación del paciente y además disminuyen sus molestias, tales como sedantes, analgésicos, hipnosis, tranquilizantes y anestesia general, que nos ayudarán bastante en un tratamiento especial hacia un niño.

c) MOMENTO Y DURACION DE LA VISITA

Cuando se trate a niños, son importantes la hora y la duración de la visita, ambas pueden afectar el comportamiento del niño.

Cuando sea posible, los niños no deben permanecer en el sillón dental más de media hora. Si la visita tarda más los niños pueden volverse menos cooperativos hacia el final de la consulta.

Los pacientes muy cooperativos si se cansan con visitas demasiado largas, pueden llegar a un punto de saturación.

ración en el que empiecen a llorar. Una vez que el niño pierda su comportamiento, por muy tranquilo y deseoso - que este de cooperar difícilmente podrá volver a hacerlo.

También la hora de la visita del niño tiene relación con su comportamiento. No debe darse horas de visita a los niños que todavía no van a la escuela durante el período normalmente dedicado a la siesta. Los niños que vienen generalmente a esta hora están adormilados, irritables y son difíciles de manejar; lloran con facilidad y tienen reducidas sus capacidades de soportar molestias.

Un niño que niega totalmente su cooperación cuando viene en la hora de la siesta, puede cambiar radicalmente su actitud si se le trae a otra hora y es conveniente que cuando los padres llamen pidiendo cita, se especifique la hora de la siesta del niño y no se le da cita a esa hora.

Los niños no deberán ser traídos al dentista poco tiempo después de una experiencia emocional, como sería, el nacimiento de un hermanito o la muerte de alguien cercano a él. El niño está experimentando en ese momento -- traumas emocionales, y la visita al dentista solo añadiría más ansiedad y desconcierto.

En estos momentos será muy difícil lograr cooperación y pueden encontrarse dificultades emocionales.

Es conveniente en términos generales reservar las primeras horas de la mañana para los niños más pequeños.

ya que son más capaces de aceptar temprano el tratamiento, que si llegan cuando esten 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 aguarde para ser visto.

La espera en la sala de recepción a menudo da al niño la oportunidad de formarse un esquema mental de no cooperar o de asustarse por ruidos desusados o hechos dentro de la sala de tratamientos.

Existen excepciones para las sesiones tempranas con niños, como cuando se sabe que el niño es poco cooperativo o está de alguna manera disminuido como para hacerle difícil adaptarse a la rutina habitual del consultorio.

Para este tipo de niños se debe tener en cuenta la última sesión de la mañana o algún momento en que el consultorio este libre de niños y otros pacientes que pudieran resultar influenciados por una perturbación.

CAPITULO IV

DESARROLLO PSICOLOGICO EMOCIONAL

Reacciones a la experiencia odontológica

a) Ansiedad

1.- Ansiedad y Dolor

2.- Ansiedad y sentido de desamparo

b) Miedo

1.- Tipos de miedo

2.- Temores objetivos

3.- Temores subjetivos

c) Dolor

1.- Observaciones del paciente

2.- Descripción del dolor

3.- Medidas psicológicas para encontrar el dolor y el miedo en niños pacientes

DESARROLLO PSICOLOGICO EMOCIONAL

La emoción es un factor básico en la conducta del hombre. Las actividades intelectuales más objetivas no pueden librarse totalmente de los sentimientos humanos.

La vida implica cierto grado de emoción, pero siempre las emociones pueden perjudicar al ser humano cuando no tienen el control necesario y pueden crear tensiones que entorpezcan su vida y desarrollo

El conocimiento que tenga el individuo de poder controlar sus emociones permite que comprenda mejor la vida de sus semejantes.

La emoción denota, un estado de alteración provocado en alguna forma. Existen algunas características que describen una experiencia emocional, como son:

1.- Una emoción afecta todo el organismo; Es una experiencia extante en donde participa todo el organismo. - Las emociones carecen de localización. Toda emoción es una experiencia total de la persona.

2.- Una emoción puede constituir un estado de desequilibrio del organismo; Las emociones alteran el equilibrio del ser humano. Las experiencias emocionales provocan tensiones que son respuesta del organismo ante la insatisfacción de sus necesidades.

3.- Una emoción generalmente constituye una preparación para actuar; En el individuo hay la disposición a reaccionar de una manera u otra tras una emoción. Siempre hay impulsos hacia la acción que le esta provocando.

En ciertas emociones, como la ira y el amor, la tendencia es acercarse al objeto estimulante. El impulso a rehuir la situación se observa en los casos de miedo, vergüenza y disgusto.

4.- Las emociones se manifiestan física y fisiológicamente; Esta conducta expresiva puede ser externa, cuando el individuo se torna pálido al experimentar miedo, o -- puede ser interna, que incluye cambios digestivos, glandulares, circulatorios y respiratorios. Estas reacciones constituyen el aspecto fundamental de la emoción. " Los cambios corporales siguen directamente la percepción del hecho excitante. La sensación de tales cambios es la emoción ".

5.- Las emociones varían en calidad; Ciertas emociones estimulan la buena salud y la eficiencia de la persona, otras afectan la armonía interna y el funcionamiento del individuo. Existen emociones agradables como el júbilo, y desagradables como el miedo, que surten por lo general un efecto desintegrante.

6.- Las emociones varían en intensidad; Pueden haber emociones benignas como una conversación; emociones violentas como la ira y el pavor. La misma clase de emoción ofrece distintos grados de intensidad en diversos individuos.

Todo ser humano tiene necesidades que satisfacer. - Las necesidades insatisfechas provocan tensión y desequilibrio en el organismo. Mientras más intensa sea la necesidad,

sidad que pudiere tener el individuo, mayor será la tensión emocional.

Las necesidades insatisfechas son las fuerzas internas que provocan, sostienen y dirigen nuestra actividad. Sin esos resortes dinámicos no habría conducta. Todo lo que hacemos, pensamos y sentimos tienen su origen en la insatisfacción. Sin hubiere insatisfacción no habría vida.

La frustración tiene su origen en la falta de satisfacción apropiada de nuestras necesidades. Todos afrontamos problemas y conflictos que se interponen entre nuestras necesidades y los objetivos cuyo logro pueden satisfacerlas.

Cada individuo experimenta la necesidad de sentirse seguro de una manera muy propia. Las diferencias se deben a que cada ser humano ha aprendido a dominar sus emociones de una manera que le es característica.

El cirujano dentista debe ser una persona que ha aprendido a dominar sus emociones y tiene la capacidad de poder comprender las emociones que presentan sus pacientes. Debe saber comprender las diferentes necesidades humanas que presenta todo individuo, sobre todo debe ser consciente que los niños son pacientes que pueden presentar distintos patrones de conducta.

Siempre, el cirujano dentista tiene que saber apreciar las emociones o necesidades humanas ante otra persona ya que todo ser humano tiene sus sentimientos y los

esté expresando según haya aprendido a dominarse.

REACCIONES A LA EXPERIENCIA ODONTOLÓGICA

Nuestro objetivo es conocer los problemas emocionales del niño, especialmente con tratamientos y pláticas dentales y ofrecer al odontólogo una visión de las emociones e influencias que pueden producir ansiedades innecesarias en los niños.

En cualquier situación problemática, el modelo del comportamiento de un niño está limitado por su herencia física y mental, y a medida que se desarrolla por el condicionamiento que recibe al entrar en contacto con el medio.

La herencia no se puede alterar, el comportamiento es consecuencia del medio y sí puede alterarse; se puede desarrollar y controlar de manera que el niño crezca y llegue a tener una personalidad adecuada para la sociedad en que se encuentre.

Uno de los medios que tienen que hacer todos los niños es desarrollar un modelo de comportamiento que sea aceptable con todos los que lo rodean y la sociedad que le satisfaga sus necesidades emocionales.

El que los niños acepten el tratamiento dental de buen agrado o lo rechacen totalmente dependerá de la manera en que han sido condicionados o preparados para poder empezar el tratamiento odontológico.

Si el dentista va a realizar tratamientos dentales satisfactorios en sus pacientes infantiles, debe contar-

con su total cooperación y se puede obtener más completa cuando se ha comprendido el tipo emocional de los niños. Si no lo comprende le resultará difícil darles el tratamiento, al dentista que reconoce que está vinculando a sus pacientes, deberá estar consiente de los factores psicológicos y sociológicos que han formado sus actitudes y modelos de comportamiento hacia la odontología.

Las diferentes reacciones que presentan los niños - las debe diagnosticar el odontólogo con rapidez del conocimiento de la experiencia previa del niño y de su salud.

Existen por lo menos tres reacciones a la experiencia odontológica principales: Ansiedad, temor e ira. El odontopediatra se dará cuenta rápidamente de que el niño no siempre demuestra una reacción definida o única. A veces puede presentarse una combinación de varias de estas reacciones. Esta combinación torna más complejo el problema, en particular dado que el odontólogo debe diagnosticar la reacción.

a) ANSIEDAD

La ansiedad es uno de los principales motivadores de la vida; puede ser productiva o destructiva. Productiva, cuando es poca o ligera y hace que el hombre no permanezca inmóvil en un punto muerto. Es destructiva cuando produce en el hombre una confusión total y lo imposibilita para conducirse en forma inteligente.

La ansiedad puede variar en intensidad, haciendo que el hombre se comporte de diversas maneras, pudiendo-

llegar en situaciones extremas, a la neurosis. La individualidad de cada persona está dada por la forma particular que tiene para manejar su ansiedad, ya que esta existe en todos los seres humanos.

Una forma especial de miedo es la ansiedad. Difiere del miedo corriente en los siguientes detalles: El miedo a menudo se reacciona a una situación amenazante inmediata, mientras que los estímulos de la ansiedad son imaginarios. Para preocuparse, el individuo tiene que llegar a una etapa de su desarrollo mental en que le sea posible imaginar los sucesos y las cosas.

La ansiedad es una reacción prolongada a una situación imprecisa y vaga, mientras que el miedo se caracteriza por lo específico del estímulo. La ansiedad general se relaciona con el futuro.

El individuo ansioso no puede precisar qué teme. La ansiedad dura más que el miedo. También el individuo experimenta aprensiones persistentes, sintiéndose inseguro, vacilante y desconfiado.

Aunque las preocupaciones corrientes abundan en los niños, la ansiedad cuando se presenta en el consultorio dental, es una experiencia emocional común que todo individuo siente.

La causa principal del estado ansioso durante esta etapa es la necesidad del individuo de ajustarse a nuevos problemas, situaciones y ambientes que se presentan durante el tratamiento dental.

1.- ANSIEDAD Y DOLOR

Cuando el organismo presente un estímulo de dolor - inmediatamente la persona tiene una reacción protectora. Así como la ansiedad se vuelve un sustituto psicológico del dolor y por medio de procesos de asociación y la experiencia se va a proteger al organismo anticipándolo al dolor.

Cuando ocurren estos casos, el organismo actúa antes de que el daño ocurra o sea mayor. La angustia estimula las reacciones de defensa y de evitación.

Como cuando el individuo tiene que afrontar una situación que no puede evitar, como ejemplo, tener cita -- con el dentista para un tratamiento dental, va a surgir la angustia y se provoca un estado de tensión y cambios emocionales en el paciente.

Se debe saber tratar y reconocer los aspectos de angustia y anticipación que presenta el dolor.

Cuando una persona se presenta al consultorio dental como un sentimiento de ansiedad exagerado, va a tener experiencias dolorosas reales y exageradas, va a disminuir el umbral del dolor y es posible que llegue a una tolerancia mayor de medicamentos.

2.- ANSIEDAD Y SENTIDO DE DESAMPARO

El sentimiento de angustia en un niño se domina por medio de mecanismos compensadores como el logro de independencia. Las defensas psicológicas contra la angustia-

de desamparo y debilidad, son el dominio y el control en la persona.

Cuando el individuo se somete a un tratamiento dental, está abandonando algo de su dominio e independencia. Esto ocurre cuando el paciente se encuentra en el sillón dental casi inmovilizando, sin poder hablar o moverse y solo viendo al dentista junto a él y con el instrumental.

Muchos niños que llegan al consultorio dental, están inseguros y ansiosos, para que estos sentimientos disminuyan es necesario tratar al paciente muy lentamente hasta que hayan superado los sentimientos pasados.

Algunos niños que están angustiados pueden tener reacciones agresivas y violentas, el dentista debe darse cuenta si la reacción es de temor o de rabietas. Si el niño está realmente asustado el odontólogo debe mostrarse comprensivo y su tratamiento debe ser con lentitud. Si el niño tiene reacciones de rabietas, el odontólogo deberá mostrar su autoridad y dominio de la situación.

b) MIEDO

El miedo es una experiencia desintegrante, de valor negativo para el ser humano.

ESTIMULOS DE MIEDO

El recién nacido teme poco a su ambiente. Los estímulos que lo llegan a sobresaltar, son como por ejemplo, la pérdida de sostén, los ruidos fuertes. El estado fisiológico y fisiológico del niño en el momento en que afronta -

un estímulo determina en parte su manera de comportarse y responder. El miedo depende, no sólo del estímulo en sí, sino también de las circunstancias que lo rodean, de la forma en que se presentan, de las experiencias del individuo y de su situación física y fisiológica.

Según el desarrollo del individuo su capacidad mental va aumentando, y los estímulos pueden ir siendo más imaginarios. Puede retornar al pasado o anticiparse al presente, surgiendo sus miedos de situaciones remotas o futuras. Cuando el niño amplía sus conceptos de competencia y aprobación social aparecen temores como perder el prestigio y ser ridiculizados o rechazados por los demás. Los miedos que se deben a la falta de experiencia y conocimiento desaparecen según transcurre el desarrollo.

En la adolescencia los miedos tienden a ser estimulados por otros seres humanos. En los primeros años de esta etapa, el individuo carece de seguridad emocional. La timidez es el tipo de miedo que más predomina en estos individuos.

Los miedos están muy relacionados con la falta de competencia del individuo para afrontar las situaciones. Las manifestaciones de temor por parte de los adultos puede afectar al niño en dos direcciones. No sólo advierte que existe una situación peligrosa, sino que también se debilita el sentimiento de seguridad que le proporciona la protección del adulto.

A pesar de que muchos de los miedos del niño se di-

sipan con el tiempo, una porción considerable persiste en la edad adulta. Los que se pierden son aquellos que se relacionan con estímulos concretos -objetos y personas- y los que surgen de una situación que no vuelve a repetirse. Los miedos de la niñez que generalmente perduran en los años adultos se relacionan con animales, con estímulos que pueden causar daños corporales.

REACCIONES A LOS ESTIMULOS DE MIEDO

La reacción que más acontece a las situaciones de miedo es la rigidez e inmovilidad del cuerpo. Luego se produce la fuga. Conforme aumenta de edad el niño aprende a eludir anticipadamente el estímulo del miedo. Los síntomas externos del miedo disminuyen según el desarrollo del niño. Gradualmente el niño aprende a ocultar sus emociones.

El encubrimiento del miedo encierra ventajas y desventajas. La capacidad para ocultar nuestros sentimientos forma parte de lo que se llama control emocional. El ocultamiento puede ser perjudicial porque incapacite al adulto para comprender al niño y ayudarlo a vencer sus temores. Muchos de los miedos del niño podrían eliminarse si él sintiera la libertad para comunicárselos a sus mayores. El hábito de esconder los miedos trae consecuencias de que además de mantenerlos ocultos, desarrollan la ansiedad de que alguien pueda notar que él realmente los siente.

El miedo representa para el dentista el principal -

problema de manejo, y es una de las razones por las que la gente descuida el tratamiento dental. Por está razón es bueno discutir esta emoción y la manera en que las influencias de los padres y del miedo actúan para dar pa-cientes buenos o malos.

En los niños de corta edad, demasiado jóvenes para racionalizar mucho, se produce un comportamiento que es difícil de controlar, en muchos aspectos el niño se comporta de manera primitiva, al tratar de luchar con la situación o huir de ella, cuando no puede llevar a cabo esta, aumenta su miedo y entonces la comunicación del den-tista con el niño puede ser muy difícil.

En niños de edad mayor, puede que el miedo sea tan pronunciado que el niño no pueda razonar claramente. Con forme aumenta la edad mental del niño, estas respuestas pueden ser más controladas.

El odontólogo debe estar consciente de las reacciones a los estímulos considerando la edad emocional men-tal y cronológica del niño.

El momento adecuado de presentar la odontología al niño es cuando tiene de dos a tres años, es importante estudiar los estímulos de importancia dental que produ-cen miedo desde esta edad hasta la adolescencia.

Los primeros temores que el niño asocia con la odon-tología son los producidos por lo inesperado y lo desconocido, el ruido y vibraciones de la fresa y la presión que se ejerce al usar instrumentos de mano al preparar -

cavidades, produzcan miedo en niños de corta edad. A menos que el dolor sea intenso, teme más a los procedimientos dentales que al dolor que lo acompaña.

Como el niño también teme caerse o tener movimientos súbitos e inesperados, sentir que sin avisarle lo están bajando o inclinando en la silla dental puede causarle miedo. Movimientos de la mano rápidos y enérgicos también atemorizan. Las luces muy fuertes, especialmente la luz intensa de la unidad operatoria produce miedo si se deja que brille en los ojos del niño que puede creer que la odontología es un castigo.

TIPOS DE MIEDO

Contrariamente a lo que en general se cree dirigido y controlado adecuadamente, el miedo puede ser muy valioso puesto que los estímulos que lo producen pueden dañar realmente al niño, el miedo es un mecanismo protector de preservación. La naturaleza misma de esta emoción puede utilizarse para mantener al niño alejado de situaciones peligrosas ya sea de tipo social o físico. Si el niño no teme a castigos o desaprobación de sus padres, su comportamiento puede volverse una amenaza para la sociedad.

El enfoque del entrenamiento dado por los padres no deberá tender a eliminar el miedo, sino a canalizarlo hacia los peligros, que realmente existen y evitarlo en situaciones donde no exista peligro. De esta manera servirá de mecanismo protector contra peligros reales y evitará comportamientos antisociales.

Debe enseñarle al niño que el consultorio dental no tiene que inspirar miedo. Los padres jamás deberán tomar la odontología como amenaza, llevar al niño al dentista no deberá nunca implicar castigo ya que emplearlo así -- crea indudablemente miedo al odontólogo.

Si el niño aprecia al dentista el miedo a perder su aprobación puede motivarlo para aceptar disciplina del consultorio y para aceptar también que la mayoría de los temores evidentes en niños han sido adquiridos OBJETIVAMENTE O SUBJETIVAMENTE.

TEMORES OBJETIVOS

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

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

Un niño que anteriormente a tenido contacto con un dentista y ha sido manejado tan deficientemente, que se le ha inflingido dolor innecesario, por fuerza desarrolla miedo a tratamientos dentales futuros. Es muy difícil lograr que un niño que ha sido dañado de esta manera acuda al dentista por voluntad propia cuando se le hace 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 tratamientos dentales.

Los miedos objetivos pueden ser de naturaleza asociativa. Temores dentales pueden asociarse con experiencias no relacionadas.

Un niño que ha sido tratado deficientemente en un hospital o que ha sufrido intensos dolores inflingidos por personas con uniforme blanco, puede desarrollar un miedo intenso a los uniformes similares del dentista o los higienistas dentales.

El olor característico de ciertas drogas o compuestos químicos asociados anteriormente con situaciones desagradables pueden causar temores injustificados. Un agente doloroso puede asociar dolor con odontología y puede causar aprensión hacia la visita dental.

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

TEMORES SUBJETIVOS

Los temores subjetivos están 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 sin experiencia, al oír alguna situación desagradable o que produjo dolor sufrido por sus padres y otras personas, pronto desarrollarán miedo.

La imagen mental que produce miedo permanece en la mente del niño y con la vívida imaginación de la infan-

cia se agranda y se vuelve impotente, 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.

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 ve amenazado por ella.

Su miedo es un intento de ajustarse a una situación que teme sea dolorosa, hasta que el niño este convencido de que no existe razón para asustarse persistirá el miedo.

La influencia de los padres es de importancia vital en la actitud del niño hacia la odontología.

En la odontología actual no se debe inflingir dolor innecesario, ningún padre por lo tanto deberá decir a su hijo que va a experimentar dolores intensos. Pero tampoco debe minimizar o mentir sobre las molestias de la odontología, debe emplearse honestidad sin exageraciones emocionales.

Un niño que observe miedo en otros, puede adquirir temores hacia el mismo objeto o hecho tan genuinos como el que estaba observando en otros.

Los temores por imitación pueden transmitirse sutilmente y el padre puede hacer muestra de ello y el niño puede adquirirlo sin que ninguno de los dos se de cuenta

son temores que ocurren regularmente y por lo tanto difíciles de eliminar. Una madre que teme ir al dentista y - que siempre va presa de gran tensión emocional transmite inconsciente miedo a su hijo que la observa.

Es fácil darse cuenta de que incluso un gesto como apretar la mano del niño fuertemente en el consultorio dental, es como un gesto de aliento y puede hacer sospechar al niño y empezar a sentir miedo.

Generalmente mientras más tiempo subsistan temores-subjetivos en la mente, más se irán agrandando. En consecuencia estos temores pueden ser más intensos y no guardan proporción con el miedo objetivo que hubiera producido la experiencia en sí.

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

c) DOLOR

Es una de las influencias más poderosas que afectan a las personas para acudir al consultorio dental. Las experiencias que han sufrido algunas personas al transmitirles a otras hacen que se intensifique el estímulo del miedo y del dolor cuando tiene que ir al consultorio dental, o muchas veces por las experiencias pasadas los padres procuran el bienestar de sus hijos buscando cuidados tempranos y preventivos.

La odontología tiene que satisfacer a todo tipo de personas y para esto necesita conocer técnicas que pue-

dan hacer desaparecer los miedos y controlar el dolor.

El odontólogo tiene dos problemas en su esfuerzo para controlar y prevenir el dolor en tratamientos dentales cuando no puede identificar y tratar bien los siguientes hechos:

Primero, la percepción del dolor y reacción del paciente a otro y de una consulta a otra en un mismo paciente. La sensación dolorosa se determina por la ansiedad y el miedo.

El segundo, se considera cuando se trata a niños -- que tienen poca capacidad para describir objetivamente -- cuando están atemorizados.

1.- OBSERVACION DEL PACIENTE

Los signos físicos que ayudan a estimar el dolor incluyen, el llanto, evitar el contacto con la parte dolorosa, pérdida de apetito, palidez, insomnio, estupor e inconciencia.

Cuando el dolor es muy intenso, las pupilas pueden dilatarse y pueden producir contracciones faciales y agitación física.

2.- DESCRIPCION DEL DOLOR

El dolor se puede describir como punzante, urente, continuo, pruriginoso, superficial, también el dolor profundo que se caracteriza por hacer sufrir mucho.

Las palabras elegidas para describir el dolor tienen contenido emocional, son manifestaciones cargadas de

sentimiento o pueden dar una impresión demasiado ligera.

Los niños pequeños no pueden describir claramente sus experiencias dolorosas, así, los padres pueden demostrar su actuación basándose en sus quejas, hasta que el dolor sea muy severo es cuando se le lleve al dentista y el niño puede tener recuerdos del dolor.

Muchas veces cuando el dolor es pasado, la persona puede señalar otros lados en donde no haya existido el dolor, debido a que este se irradió a otro sitio.

Es raro que los niños finjan dolor dental; a menudo lo niegan cuando lo están sintiendo.

3.- MEDIDAS PSICOLÓGICAS PARA ENCONTRAR EL DOLOR Y EL MIEDO EN NIÑOS PACIENTES.

La confianza y la reducción del miedo pueden provenir de la amabilidad, la confianza en sí mismo y el interés por el bienestar de las personas, de parte del odontólogo.

Es más eficaz un tratamiento dental cuando se conocen las diferencias educacionales, culturales y sociológicas entre los pacientes y familiares. Una diferencia de este tipo, puede darse por la sedación preoperatoria, ya que algunas personas lo consideran necesaria, otras lo consideran como una amenaza para el organismo por el abuso de narcóticos.

Se han señalado peligros de interpretaciones del comportamiento de la persona, particularmente el niño pa-

ciente en el consultorio dental. Se recomienda que se --
tengan precauciones extraordinarias al utilizar drogas -
para sedar a niños, ya que existen buenos y malos aspec-
tos en la ansiedad.

El dentista puede crear una confianza en el niño --
cuando se establece un buen ejemplo que es un refuerzo -
positivo que alienta el comportamiento deseable. Así po-
drá seguir el tratamiento conforme siga sus instruccio--
nes el paciente estará compenetrado en el odontólogo y -
esté tendrá una buena conducta y un buen aliento de los-
sentimientos positivos.

Los niños son muy susceptibles a la instrucción y su
gestión de los adultos. A menudo se utiliza la sugestión
para controlar las reacciones de dolor y miedo en el tra-
tamiento dental.

En algunos niños altamente sugestionables pueden --
deslizarse a un estado hipnótico sin que nadie lo inten-
tará y sin que nadie se de cuenta de que esto a ocurrido,
existen algunas frases tranquilizantes que se usan para-
calmar a los niños durante el tratamiento dental, que --
pueden evitar enfurecimientos en el paciente niño.

Por la sugestibilidad del niño es posible conservar
la atención normal de ésta y algo de cooperación.

CAPITULO V

FACTORES PSICOLOGICOS EN LAS INCAPACIDADES INTELECTUALES Y EMOTIVAS

- 1.- El niño con retraso mental**
- 2.- El niño superdotado**
- 3.- El niño con problemas emocionales**

Componentes psicologicos de la incapacidad física

- 1.- El niño con defecto del habla**
- 2.- El niño con visión deficiente**
- 3.- El niño con deficiencia auditiva**
- 4.- Los niños con lesiones cerebrales**
- 5.- Los niños inválidos**

FACTORES PSICOLÓGICOS EN LA INCAPACIDADES INTELECTUALES Y EMOTIVAS.

El niño es un ser humano con tantas variantes orgánicas, psíquicas, químicas, involuntarias todas ellas cae siempre, es lo que hace al niño que sea un paciente -verdátil en su conducta y en su manejo. El estudio de la infancia guarda una relación con los problemas más amplos y más generales de la mente y su desarrollo.

El desarrollo mental del niño, constituye un proceso evolutivo, un despliegue de potencialidades latentes. En otros términos, la herencia es muy importante, ya que es la que puede afirmar, perfeccionar o restringir las tendencias mentales innatas. A grandes trazos se puede precisar con cierta seguridad una parte de la herencia mental del hombre normal, así como establecer en términos generales el orden natural de su evolución. Esta parte comprende: los instintos, su tendencia y diversidad - se vuelve difícil de precisar;

1o. Por su índole muy general

2o. Porque muchos de ellos maduran o entran en acción sólo cuando el individuo ha realizado progresos intelectuales.

3o. Debido al gran desarrollo que el hombre tiene del poder de control y de modificación de las tendencias - instintivas.

Las primeras fases del desarrollo infantil, están determinadas por la madurez de los instintos.

Las bases innatas de la mente comprenden otras disposiciones, además de las que entran en la composición de los instintos. En las bases congénitas de cada mente humana hay mucho más facultades e instintos. La mayor parte de lo que denominamos estructura lógica de la mente, está dada congénitamente.

El comportamiento de los niños pequeños proporciona pruebas de su conocimiento innato de cosas y relaciones tales como: la sustancia, la casualidad, la relación especial, como el espacio, en una época en que se hacen incapaces para pensar explícitamente en ellos, y durante la cual apenas cabe suponer que hayan formado ese conocimiento basado a la propia experiencia, la mayor prueba la proporcionan las desigualdades mucho mayores que las que podrían atribuirse a influencias positivas o negativas, suele verse niños en desarrollo desfavorable, que no obstante crecen y alcanzan rápida y fácilmente un alto nivel, en cambio cuando se encuentran en condiciones favorables otros quedan atrasados en un nivel moral o acusan especiales defectos intelectuales o deformaciones morales.

Hay niños que desarrollan capacidades excepcionales muchas veces resulta obvio que sus perfecciones tienen base innata y que por ende son hereditarias, cuanto más se estudia a los niños más aparece la influencia hereditaria.

1.- EL NIÑO CON RETRASO MENTAL

El retraso mental representa un menoscabo de la inteligencia desde el comienzo de la vida y un desarrollo mental insuficiente a lo largo del crecimiento, que se manifiesta por una maduración lenta e incompleta disminución para aprender y una mala adaptación social.

El retraso mental es una causa importante de incapacidades para toda la vida y complejo problema médico, social, educacional y económico.

Los retrasados lo mismo que otros niños con defectos que constituyen un impedimento, son más vulnerables desde el punto de vista emocional.

Una clasificación más comúnmente utilizada, según los grados de severidad son: idiota, imbecil y débil mental.

Un idiota es un individuo incapaz de cuidarse a sí mismo contra un peligro físico común.

Un imbecil es incapaz de manejarse así mismo o a sus asuntos.

Un débil mental, requiere cuidados, supervisión y es incapaz de recibir educación en la escuela.

La deficiencia mental puede ser hereditaria o ambiental. Las causas hereditarias son las más importantes.

Los factores ambientales incluyen infecciones prenatales, perinatales y posnatales.

La subnormalidad mental puede no ser reconocible al nacer, pero poco a poco se nota la lentitud de su desarrollo.

El odontólogo debe conocer la edad mental del paciente antes de intentar cualquier tratamiento. El niño con una subnormalidad leve puede ser tratado en cualquier consultorio por un dentista paciente y comprensivo para poder ganar la confianza de estos niños.

En caso de no contar con la cooperación del paciente, la única esperanza de realizar el tratamiento es mediante la anestesia general.

2.- EL NIÑO SUPERDOTADO

Mucha gente tiene la curiosa idea de que los niños superdotados suelen ser míopes, de hombros caídos, endeble y de carácter extraño. Todo esto es falso, ya que vienen en todos los tamaños, colores y formas. Es imposible distinguirlos de los demás niños sólo por su aspecto. Lo que los diferencian de los otros niños son sus inusitadas dotes intelectuales o creativas.

Algunos niños superdotados tienen un cociente intelectual muy elevado, estos niños por lo general tienen una actuación brillante en la escuela, a menos que sus dotes sean anulados por trastornos emocionales o de otro índole.

El niño superdotado es ante todo un niño, con las mismas necesidades físicas y emocionales, de las mismas aspiraciones, el mismo anhelo de ser aceptado y aprobado --

por los padres y los amiguitos y la misma necesidad de -- disciplina y orientación que cualquier otro pequeño.

Los padres del niño superdotado comparten con la escuela la responsabilidad de proporcionarle los medios para cultivar su talento. De ordinario, cuando el niño excepcional se siente atraído por algo, demuestra un interés muy profundo. Existen muchas maneras de satisfacer su sed de conocimiento. A falta de museos especializados o giras de estudio, en la comunidad habrá personas especializadas en los que al niño le interese.

Se debe permitir que el niño superdotado pruebe sus aptitudes en la forma que le señale su propia imaginación. Tampoco debe concederse un valor desmesurado a todo lo que hace, ni abrumarlo con elogios constantemente.

Que el niño superdotado lleve una vida normal o no depende de la actitud de los padres hacia él, y del concepto de que le ayuden a formarse a sí mismo.

Si el niño tiene hermanos menos dotados (pero quizás más aptos para la convivencia), debe ponerse mucho cuidado en reconocer a cada uno de ellos. Todos los niños son dignos de elogio en algunos aspectos; el "genio" de la familia, por lo tanto, no debe ser el centro de atención en todo momento, a costa de los sentimientos de sus hermanos menos brillantes.

Algunos padres de niños superdotados hubieran preferido tener solo hijos normales, pues consideran que le ta

rea de formar a un "niño prodigio" es demasiado pesada. - Otros, al ver que su hijo es mas o menos brillante en algún aspecto, se apresuran a calificarlo de superdotado. - Si se hace pensar al niño que es un genio, solo porque es el más brillante, tal vez se esté abonando el terreno para que sufra una gran desilusión más adelante, cuando tenga que hacer frente a la fuerte competencia que se podrá presentar más adelante.

Existe una diferencia cualitativa entre la persona que se esfuerza en sobresalir y la superdotada. El orgullo paterno es un sentimiento escomiable que ha de abarcar a todos los hijos; pero nunca debe determinar, sin embargo, que se trate de obligar al niño a llegar más lejos de lo que su capacidad le permite.

3.- EL NIÑO CON PROBLEMAS EMOCIONALES

A medida que los niños crecen, su comportamiento cambia al modificarse sus deseos, sus conocimientos y su capacidad de aprender. Todo niño pasa por cierto número de etapas típicas, cada una con su conducta característica; aunque el comportamiento del niño, en cada etapa, lleve el sello de su propia personalidad.

El problema de conducta es el planteado por un comportamiento en desacuerdo con la edad y desarrollo del niño. Las presiones de los padres, la rivalidad con hermanos y hermanas y los conflictos en la escuela son difíciles de solucionar; pero, además el niño tiene que enfrentarse a sus emociones sin saber bien cómo dominarlas.

El camino que conduce hasta el control emocional no es fácil de recorrer. Es mucho lo que el niño tiene que aprender dentro de su hogar, y en cuanto empieza a tener amiguitos las dificultades aumentan.

En la "edad de la pandilla", los patrones emocionales, que hasta entonces se relacionaban casi exclusivamente con los padres, experimentan una alteración, ya que el niño se ve obligado a desenvolverse entre sus camaradas fuera de su casa. Cuando todavía no termina de adaptarse llega la adolescencia, que es un período de reajustes de orden físico y cambios en los sentimientos hacia la propia persona, hacia la familia y hacia la sociedad.

Los padres deben tener presente que en el niño las emociones están en proceso de "civilizarse". En los niños pequeños la agresividad y las actitudes negativas no significan maldad, sino son manifestaciones normales del comportamiento que pueden y deben llegar a ser gobernadas en beneficio de la vida social. Cuando el pequeño logre controlar sus emociones, dejará de ser niño.

Las frustraciones, y el consecuente cambio en la orientación de los impulsos, constituyen un aspecto fundamental del desarrollo emocional, ya que los conflictos que se empeñan una función educativa.

El niño sabe que sus padres lo aman, lo cuidan y desean lo mejor para él. Esta confianza es básica para que alcance un desarrollo emocional firme, pero si ese sentimiento se quebranta o debilita es muy probable que aparez

can los conflictos emocionales.

El control de las emociones no significa sólo una -- represión o supresión. La energía producida por la emo--- ción tiene que desahogarse de uno u otro modo, y cuando - todas las vías de escape aparecen cerradas, la energía -- contenida puede provocar serios trastornos psíquicos.

Los padres no deben olvidar que sus hijos, a causa - de su inexperiencia son víctimas de frustraciones y no --- siempre descargan su energía por medio de una conducta a- ceptable.

COMPONENTES PSICOLÓGICOS DE LA INCAPACIDAD FÍSICA

Los niños físicamente impedidos, pueden de manera -- comprensible tener mayores sentimientos de inferioridad - que aquel físicamente normal. Que logre o no la superiori- dad, o que la logre con un éxito rotundo, depende de su - estilo de vida.

Algunos niños con debilidades orgánicas nunca supe-- ran sus sentimientos de inferioridad y sucumben a un esti- lo de vida derrotado y sujeto a todos los peligros de la- existencia. Otros compensan tan fuertemente una inferiori- dad orgánica, que logran un grado de superioridad más a-- llá del que se pudiera esperar en función de la normali-- dad de su talento.

El estilo de vida se forma a través de la debilidad- orgánica del individuo. En algunos casos surge un patrón- de vida inadecuado como fruto de una inferioridad orgáni- ca que es demasiado restrictiva o aislante como para so--

breponerse a ella. En otros casos, la misma inferioridad-orgánica proporciona una fuerza adicional y actividad de meta compensatoria, dando como resultado una gran superioridad.

El estado dental de los niños impedidos, pueden estar relacionados directa o indirectamente con sus impedimentos.

El cuidado dental de estos niños, generalmente puede llevarse a cabo con los mismos procedimientos que para un niño normal, el odontólogo debe estar consciente de conocimientos, paciencia y comprensión requerida para poder resolver los problemas dentales más graves y complejos -- que afectan a individuos, ya que para tratar dentalmente a la mayoría de los niños impedidos, no requiere singulares esfuerzos por parte del odontólogo.

1.- EL NIÑO CON DEFECTO DEL HABLA

Aprender a hablar es una de las tareas más difíciles que tiene que llevar a cabo todo niño. El lenguaje es una función sujeta en mayor grado a la influencia de las emociones que otros procesos de aprendizaje del niño como el de caminar.

Las anomalías del habla pueden deberse a defectos anatómicos congénitos, a enfermedades o a conflictos emocionales, capaces de trastornar el proceso de aprendizaje.

Un defecto del lenguaje que no suele desaparecer es-

poniéndose, es el hábito que adquieren algunos niños, ya en la edad preescolar, de seguir empleando el Parloteo del Abé. El habla anfiado lo estimula y celebra a veces un familiar o amigo de la casa que lo encuentra "gracioso", o puede deberse a una situación que impulsa a la criatura a buscar los cuidados y la protección que asocia en su mente a su primera infancia. Pero sea cual fuere la causa, es importantísimo disuadirlo de tal hábito.

Son muy diversos los tipos de malformaciones congénitas que pueden dar origen a defectos del habla, entre los más frecuentes están el Paladar o el Labio hendido. Estas anomalías se descubren desde que nace la criatura y se corrigen mediante operaciones reconstructivas.

Si un niño nace afectado de sordera congénita, no puede aprender a hablar en la forma habitual en que lo hacen los niños normales. Pero si los mecanismos funcionales entran en juego en la emisión y articulación de la voz están intactos, un terapeuta especializado en esta clase de enseñanza puede instruirlo y hacerlo hablar.

Los defectos anatómicos de las fosas nasales, de la laringe y de otros elementos del aparato de la fonación pueden dar a la voz del niño un sonido extraño y singular. Casi siempre se corrigen estos defectos con una cirugía menor.

Los casos de retraso mental van a menudo acompañados de diversos transtrones del habla. Toda enfermedad que produzca lesiones cerebrales puede afectar la capacidad

del niño para hablar.

Los trastornos del lenguaje que obedecen a causas - psíquicas más que a defectos físicos, se manifiestan casi siempre como tartamudeo o como balbuceo. Estos defectos - se deben a causas específicas muy diversas, pero son el - resultado de la angustia o de la inseguridad.

Si los defectos del lenguaje persisten en la edad en que la criatura debe entrar a la escuela, lo mejor es buscar la ayuda de un experto . Esto es necesario si el defecto del niño lo expone a las burlas de sus compañeros, - que no hacen sino acrecentar su falta de confianza y seguridad a sí mismo.

2.- EL NIÑO CON VISION DEFICIENTE

La visión imperfecta se debe por lo común a una conformación anormal del globo ocular. En circunstancias normales, el cristalino enfoca la imagen sobre la retina.

La miopía, se debe a que el globo ocular es más largo en sentido anteroposterior de lo normal, circunstancia que hace que la imagen se forme delante de la retina. El cristalino puede enfocar los objetos colocados a poca distancia, pero no lo que están más lejos.

En la hipermetropía, sucede lo contrario, como consecuencia de que el globo del ojo es anormalmente corto, la imagen se forme atrás de la retina.

En el astigmatismo, la visión es borrosa a causa de irregularidades en la curvatura del cristalino o de la --

córnea. Estas anomalías pueden corregirse mediante el empleo de anteojos.

Cualquier peculiaridad en la conducta del niño debe poner sobre aviso respecto a la posibilidad de un trastorno funcional de la vista. Debe de llevarse con el oftalmólogo a los niños en los que se observe cualquiera de las siguientes particularidades:

- 1.- Se frota los ojos excesivamente.
- 2.- Cierra o se cubre uno de los ojos.
- 3.- Inclina la cabeza hacia los lados, o alarga el cuello hacia adelante.
- 4.- Parpadea o muestra impaciencia al hacer algo que requiere fijar la vista muy de cerca.
- 5.- Parece tener la mirada vaga cuando ve a alguien de frente.
- 6.- Acerca demasiado a sus ojos los libros u otros objetos.
- 7.- Tropieza a menudo con objetos pequeños.
- 8.- Tiene dificultades al practicar juegos que requieren cálculo visual de situaciones.
- 9.- Frunce el entrecejo o aprieta los párpados.
- 10.- Tiene dificultad para leer.
- 11.- Uno de los ojos está ligeramente desviado hacia un lado.
- 12.- Se queja de molestias y dolor al aproximarse a una luz muy intensa.

Existen diversos grados de ceguera. Algunos niños no

pueden percibir la luz en absoluto, otros pueden distinguir sólo cierta claridad y los hay que captan el movimiento. A veces les es posible ver formas borrosas, seme-
jándose estas imágenes a las que ven las personas al mirar con el rabillo del ojo. Algunos niños pueden ver objetos con relativa claridad, pero su campo visual es en tal forma estrecho, que pareciera que están mirando a través de un tubo. Puede, asimismo, tener visión normal en uno de los ojos y no percibir visión alguna en el otro.

Existe también la ceguera al color, con visión perfectamente clara pero sin que puedan distinguir entre ciertos colores. En la ceguera nocturna, que se debe a una deficiencia en la dieta de la vitamina A o a la lesión de la retina, la visión es deficiente cuando la luz es insuficiente. La alexia o ceguera verbal es un trastorno que no tiene en realidad relación alguna con la agudeza visual del niño, sino es la incapacidad para captar el lenguaje escrito y el significado de las palabras.

A pesar de las enormes dificultades prácticas a las que tiene que hacer frente un niño ciego, es posible que disfrute de una niñez feliz y llegue a convertirse en un adulto responsable y productivo. Los sentidos del tacto, del gusto y del olfato pueden adquirir mayor agudeza y desarrollo en el niño casi totalmente ciego, y esta circunstancia le ayuda a desenvolverse bastante bien en la vida. Pueden, asimismo, asistir a escuelas y a otras instituciones especiales para niños privados de la vista, donde se les presta eficaz atención.

La atención dental en los niños ciegos, primero al conocer al niño hay que saludarlo verbalmente y coger su mano para guiarlo, advirtiéndole algún movimiento previsto.

Cuando el niño sea llevado al sillón dental, una de sus manos se coloca en el respaldo y la otra sobre la silla donde se va a sentar.

El niño va a percibir del cirujano dentista su voz y siempre debe de describir el odontólogo su aspecto físico.

Cuando se va a separar al niño de la madre en un periodo corto de tiempo se puede lograr "contando" los dientes en voz alta y haciendo un poco de presión con el dedo.

Los instrumentos que se van a utilizar deben ser manejados por el niño a quien se le dará una explicación verbal.

3.- EL NIÑO CON DEFICIENCIA AUDITIVA

La hipofunción del aparato auditivo puede descubrirse desde edad muy temprana. Un niño normal reacciona al estímulo de ruidos intensos desde los pocos días o semanas de nacido. A medida que progresa su desarrollo somático, las respuestas se provocan con estímulos de menor intensidad, como sonidos leves y palabras. Si llega a advertirse en una criatura una falta de reacción a este tipo de estímulos, pueden los padres verificar fácilmente su función auditiva hablándole en voz alta, o batiendo palmas, o haciendo sonar una campanilla cerca del niño. Si los resultados se consideran dudosos hay que exponer el

caso al médico. La determinación de la capacidad auditiva es parte importante de los reconocimientos médicos a que hay que someter periódicamente al bebé.

Existen dos tipos principales de pérdida de la capacidad auditiva. La sordera de tipo conductivo, o del oído medio, se explica por defecto en los elementos cuya función normal es la de conducir al sonido desde los órganos auditivos externos hasta al oído interno. Este tipo de sordera puede ser sacueta de infecciones locales crónicas de malformaciones de la membrana del tímpano y de otras anomalías del oído medio.

Las infecciones del oído medio se les llama, otitis-media, casi siempre responden satisfactoriamente al tratamiento con antibióticos y sulfas.

La sordera de tipo neuro-sensorial, o del oído interno, se debe a defectos de esta parte del aparato de la audición, o del nervio auditivo y de sus vías nerviosas cerebrales. Una de las causas del déficit funcional de este tipo es la rubéola, contraída por la madre durante el embarazo. También pueden originarle los graves trastornos que produce el factor Rh adverso y la parálisis cerebral.

La profilaxis para evitar la sordera se inicia propiamente desde el embarazo. Si durante la gestación la futura madre se somete con toda regularidad a reconocimientos médicos y observa las recomendaciones del doctor puede evitar muchas de las complicaciones del embarazo que a veces originan trastornos auditivos en el recién nacido.

El cuidado dental que se tiene en estos niños debe ser con mucho tacto, ya que primero se debe ganar la confianza del niño, cuando esto sucede se puede atender al niño sin la presencia de los padres. El tratamiento es casi igual al de los niños oyentes.

Antes de iniciar los procedimientos restauradores se debe de explicar el concepto de anestesia local al niño sordo por medio de sus padres que son sus interpretes. La principal comunicación con una persona sorda, es la vista y si por algun motivo se evita que el paciente vea el instrumento, va a producir un comportamiento negativo.

4.- LOS NIÑOS CON LESIONES CEREBRALES

Son enfermedades que se caracterizan por la existencia de alteraciones en los centros del cerebro relacionados con el control de los músculos. Puede ocasionar retraso en el crecimiento de los miembros afectados y, con frecuencia, falta de desarrollo intelectual.

Existen diversos grados de lesiones cerebrales, que abarcan desde casos muy graves, con retraso mental intenso e imposibilidad casi total de andar, hasta casos leves en los que el niño tiene una apariencia y un intelecto --prácticamente normales.

Las lesiones cerebrales se pueden desarrollar en el feto como consecuencia de una infección o intoxicación -- que haya sufrido la madre o bien después del alumbramiento. Pero lo más frecuente es que se produzcan en el trans

curso de un parto difícil que requiere la utilización de fórceps, en estos casos la lesión es una hemorragia que comprime los centros motores del cerebro.

Los síntomas que acompañan a las lesiones cerebrales y al deficiente desarrollo de la inteligencia, es que el niño puede sufrir movimientos espasmódicos involuntarios-temblores, y trastornos en el sentido del equilibrio. Estos niños padecen una incapacidad para coordinar el sistema visual y el motórico. Presentan problemas de conducta ante sus compañeros, familiares y maestros.

Si el niño cree que no se tiene confianza en él, mostrará vergüenza, sentimiento de inferioridad y falta de confianza en sí mismo, después de que por su edad se enfrenta con un mundo de adultos, de una manera satisfactoria, resolviendo esos sentimientos que él tiene que dar salida en ciertas circunstancias especiales, como escuelas, clínicas o instituciones correctivas.

El tratamiento dental en niños con lesión cerebral es muy importante debido a que presentan dificultades masticatorias, que aumentan con la pérdida de dientes. Los principales problemas con los que puede encontrarse el cirujano dentista, al atender este tipo de pacientes son:

1.- Aprención, es un gran problema al principio del tratamiento, hasta que el niño se familiarice con el cirujano dentista y con el tipo de tratamiento.

2.- Dificultad de comunicación, puede existir defectos auditivos o visuales que dificulten la comunicación con

el paciente.

Los tratamientos dentales pueden lograrse más fácilmente trabajando en equipo con un asistente. Como protección para el odontólogo, se recomienda usar un protector digital metálico con un trozo de cadenita o un corsón para evitar en el paciente el peligro de ahogarse cuando se salga del dedo dicho protector.

5.- LOS NIÑOS INVALIDOS

Son niños y jóvenes que sufren una deficiencia ortopédica, aquellos que presentan una deformidad debido a -- ciertas anomalías en el uso de sus músculos, de sus huesos y de sus articulaciones por haber sufrido poliomielitis, osteomielitis, tuberculosis ósea y artrítica, parálisis cerebral, y aquellas que presentan deformidades congénitas, como pie equino o espina bífida, o algún traumatismo que hayan sufrido.

Existe un estilo vital de cada individuo, que se desarrolla en la primera infancia mediante la interpretación que el niño, da a todas las experiencias y dificultades a que se enfrenta.

La incapacidad es sólo una, aunque suele ser un factor importante en este sentido. Lo importante no es lo -- que tiene sino lo que hace. La valentía, el interés social o su carencia es lo que determina el que una incapacidad permita un ajuste social satisfactorio o conduzca a un fracaso permanente.

La privación de experiencias en los niños invalidos es muy importante en su desarrollo y además tiene una serie de ramificaciones fundamentales en el área intelectual, social y afectiva. Las relaciones familiares son una área crítica en los niños incapacitados. La separación del niño y la madre producen efectos deprimentes en las primeras etapas de la vida, sea cual fuere la razón de la separación.

Los padres de los niños con graves deficiencias, se hayan en tensión, sin embargo, al darles una ayuda adecuada, unida a la educación y al tratamiento de los hijos, el sentimiento de inferioridad tiende a disiparse.

CAPITULO VI

COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES EN EL CONSULTORIO DENTAL

- 1.- Instrucciones a los padres**
- 2.- Educación directa**
- 3.- Educación indirecta**
- 4.- Consideraciones económicas**

COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES EN EL CONSULTORIO DENTAL

El manejo adecuado de los niños en el consultorio dental es responsabilidad del dentista y debe asumir sin duda esta responsabilidad si quiere cumplir con la obligación - que tiene hacia sus pacientes y su protección.

El condicionamiento emocional de los niños hacia la odontología al igual que hacia otras experiencias que forman la niñez, se forman primordialmente en casa y bajo guía paterna. También debe quedar claro que condicionar a los niños hacia el dentista y los servicios dentales es responsabilidad de los padres. Los niños deberán aceptar esta obligación como un deber paternal.

Si los niños llegan al consultorio por primera vez -- con exceso de miedo y espíritu no cooperativo, la falla - esta en el condicionamiento paternal; aunque es responsabilidad de los padres inculcar en sus hijos actitudes convenientes hacia la odontología es necesario que los padres estén totalmente informados y educados sobre el funcionamiento más necesario de la psicología infantil.

El dentista deberá aceptar esta obligación como parte sistemática de su práctica; "Si queremos tener buenos pacientes infantiles, primero tendremos que educar a los padres". El dentista que no lo haga, no está usando todos los medios disponibles para el manejo del niño.

Antes de que el dentista aconseje a los padres sobre la preparación psicológica de los niños, debe comprender los problemas que intervienen en esta preparación. Debe --

comprender la naturaleza del miedo y estar conciente de como las actitudes de los padres modifican los tipos de comportamiento. Debe estar enterado de la formación de personalidades y como se desarrollan ansiedades. Debe tener diplomacia y tacto para transmitir a los padres esta información, de una manera adecuada y profesional.

La preparación emocional del niño, proporciona ventajas considerables hacia el dentista, pues de esta preparación emocional depende el éxito o fracaso del tratamiento que se efectuará al niño.

El dentista debe ofrecer consejos sobre el comportamiento del niño, ya que los problemas de manejo son más importantes para el dentista, que puede ver niños bajo tensiones emocionales muy fuertes.

Los padres deberán aplicar estos conocimientos a sus hijos, quienes miraran al dentista favorablemente en vez de con miedo.

1.- INSTRUCCIONES A LOS PADRES

Los padres deberán tener confianza total en el odontólogo y confiar a su hijo a su cuidado, ya que el dentista sabe como preparar emocionalmente al niño para el tratamiento necesario. Cuando el niño es llevado a la sala de tratamientos los padres no deben hacer ningun gesto para seguirlo o para llevar al niño, a menos que el odontólogo les invite a hacerlo.

Algunos niños se comportan mejor en ausencia de sus -

padres, pero hay otros que la presencia de sus padres infunde confianza, especialmente si tiene menos de cuatro años. Cuando se invita al padre a pasar a la sala de tratamientos debe permanecer como un huésped pasivo, y estar alejado del sillón dental. No debe hablarle al niño o al dentista, a menos que este se lo pida. No debe tomar al niño de la mano ni mirarle con simpatía y expresión asustada. Esto puede transtornar el éxito del manejo del niño, y si el padre o la madre está comunicando una situación falsa al niño o le está transmitiendo su simpatía.

En la sala de recepción se pueden colocar carteles -- muy agradables, en donde se avisa a la madre que no debe acompañar a su hijo a la sala de tratamiento si el dentista así lo prefiere.

El dentista puede hacer mucho en la educación de los padres, para que estos se aseguren de que sus hijos no lleguen al consultorio con dudas y miedo. Así los padres sabrán que no se necesitan medidas extremas de disciplina y que el niño participará gustoso en la nueva experiencia. De esta manera existirá una relación más satisfactoria entre el dentista y la familia.

A los padres se les informará de ciertas reglas a seguir antes de traer al niño al dentista por primera vez. La guía a los padres sobre el tratamiento dental deberá empezarse antes de que el niño tenga la edad suficiente para ser impresionado por influencias externas. Se puede facilitar esta guía a gran escala por varios medios o individualmente.

1.- Pida a los padres que no expresen sus miedos personales enfrente del niño. La causa primordial del miedo en los niños es oír a sus padres quejarse de sus experiencias personales en el dentista. Además no debe de mencionar sus experiencias desagradables. A los padres que temen a los servicios dentales, se les puede explicar que con anestesia moderada y las técnicas operatorias mejoradas es mucho mejor la comprensión del niño.

2.- En la mente del niño se asocia castigo con dolor y cosas desagradables, por eso es que los padres no deben de utilizar la odontología como amenaza de castigo.

3.- Se le pide a los padres que familiaricen a sus hijos con la odontología llevándolo al odontólogo para que se acostumbren al consultorio y para que empiece a conocerlo. El dentista deberá cooperar plenamente, saludando al niño con cordialidad y llevándolo a recorrer el consultorio, explicando y haciendo demostraciones con el equipo.

4.- Si los padres muestran valor en asuntos odontológicos esto ayudará a dar valor a su hijo.

5.- Aconseje a los padres sobre el ambiente en casa y la importancia de actitudes moderadas por su parte para llegar a formar niños bien centrados. Un paciente bien centrado es un paciente dental bueno.

6.- Recalque el valor de obtener servicios dentales regulares, no solo para preservar la dentadura, sino para formar buenos pacientes dentales. Desde el punto de vista psicológico, el peor momento para traer a un niño al con-

sultorio es cuando sufre un dolor de dientes.

7.- Pida a los padres que no sobornen a sus hijos para que vayan al dentista. Este método significa para el niño que puede tener que enfrentarse a algún peligro.

8.- Debe instruirse a los padres para que nunca traten de vencer el miedo al tratamiento de sus hijos por medio de burlas, o ridiculizando los servicios dentales. En el menor de los casos solo crea resentimientos hacia el dentista y dificulta sus esfuerzos.

9.- Los padres deberán estar informados de la necesidad que existe de combatir todas las impresiones perjudiciales sobre odontología que pueden llegar de fuera.

10.- El padre no debe de prometer al niño lo que va hacerle o no al dentista. El odontólogo no debe estar colocado en una situación comprometida donde se limite lo que puede hacer para el niño. Tampoco deberán prometer los padres al niño que el odontólogo no les va hacer daño.

11.- Varios días antes de la cita debe instruirse a los padres que comuniquen al niño de manera natural que han sido invitados a visitar al dentista.

12.- Los padres deberán encomendar el niño a los cuidados del dentista al llegar al consultorio, y no deberán entrar a la sala de tratamientos a menos que el odontólogo lo especifique. Cuando lleguen a entrar a la sala de tratamiento, deberán actuar tan solo como espectadores invitados.

Aparte de la guía que se dan a los padres, se les debe educar sobre las instrucciones que se les ha dado al niño que debe de realizar en su casa.

La educación que se da al paciente se divide en dos categorías.

1a. El enfoque directo, lo que significa el contacto directo entre el odontólogo y el paciente.

2a. El enfoque indirecto, el aprendizaje y motivación por el uso de equipo electrónico moderno, fotografías dentales y folletos.

2.- EDUCACION DIRECTA

La educación directa es considerada como la forma más eficaz de educación al paciente debido a las ventajas sobre otras formas de comunicación.

El tiempo que se utiliza en la educación directa debe de estar planeado de acuerdo al tiempo de práctica en cada paciente.

Una de las formas de esta educación son las presentaciones de cada caso o conferencias de tratamiento, son indispensables porque ayudan e indicar el tratamiento que mejores beneficios traerá al paciente.

Otra oportunidad de educación directa, son las técnicas de cepillado dental, uso del hilo dental, puede ser un medio muy valioso a los tratamientos dentales y experiencia para el programa de cuidados del paciente en su hogar.

Las experiencias educativas tienen mejor explicación con el uso de modelos, ayudas visuales y fotografías, es--

tas pueden ser las propias radiografías del paciente, que nos dare una mejor comprensión y claridad en nuestra comunicación con el paciente.

La educación directa debe de estar programada de acuerdo con cada paciente, esto nos permite una educación en el momento psicológico correcto.

3.- EDUCACION INDIRECTA

La educación indirecta combina con una variedad de dispositivos electrónicos que constituyen un medio eficaz de instrucción audiovisual.

Se debe de utilizar grabadoras y programas con películas para respaldar los esfuerzos educativos. Estos procedimientos al combinarse con la educación directa, con un medio interesante y exitoso de contribuir a la salud dental por medio de la odontología preventiva.

Cuando se seleccionen los medios de educación, se debe de incorporar en el registro del paciente, el programa y procedimientos utilizados junto con la ficha de presentación.

Esto señala al paciente que le estamos brindando un plan coordinado de tratamiento y prevención que refuerza el papel de educación sobre salud en el programa total del consultorio.

4.- CONSIDERACIONES ECONOMICAS

El odontólogo que sea emocionalmente capaz y se encuentre positivamente motivado para trabajar con los niños

como pacientes, deberá pensar en la justificación de la decisión tomada respecto a los honorarios por sus servicios dentales que necesariamente requieren mayor tiempo del habitual.

Hay tres orientaciones respecto a la fijación de honorarios:

1.- Que deberán aumentarse los honorarios.

Se necesita emplear más tiempo y quizá material para repetir el trabajo debido a la inquietud del niño, sobre todo si se está atendiendo a un niño con problemas mentales.

2.- Que los honorarios deberán ser iguales a los de los pacientes.

3.- Que los honorarios deberán ser menores que el promedio.

En el caso de niños con retraso mental, los pacientes están en constante contacto con médicos y medicinas, resultando ser muy costoso. En niños cuya familia tiene pocos recursos económicos y que requiere de atención dental. El cirujano dentista tomará la decisión basada en su actitud profesional y escogerá finalmente la que le parezca más correcta.

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

Al redactar esta tesis, nos damos cuenta de lo valioso que es un niño, ya que son los seres que pueden presentar infinidad de reacciones ante cualquier situación.

La necesidad de incorporar la psicología en odontopediatría puede capacitar al cirujano dentista para interpretar y comprender mejor las necesidades que adoptan los niños en el consultorio dental.

El cuidado de cualquier paciente enfermo requiere mucho más que el simple reconocimiento y habilidad técnica, son también necesarios e imprescindibles el interés para el paciente como ser humano y una comprensión de sus sentimientos y necesidades emocionales.

Es de mucha importancia la atención dental a todo tipo de niños, ya sea con problemas físicos, mentales e niños normales, ya que de acuerdo a las técnicas y procedimientos que se emplean al tratarlos se va logrando su confianza.

El cirujano dentista que se dedica en su práctica diaria al tratamiento de niños debe estar muy bien preparado en su técnica que emplea al tratar a sus pacientes, así como en su forma de pensar y en el control de sus emociones, puesto que debe ser una persona bien centrada para encarar adelante todo tipo de problemas que puedan presentar sus pacientes.

El odontopediatra deberá saber ganarse la confianza de los niños y estimularlos para aceptar el tratamiento necesario, creando en ellos un sentimiento de cooperación para el cuidado de su boca.

El éxito del tratamiento dental dependerá de las relaciones que existen entre el cirujano dentista y el paciente.

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

Anderson C. Pauline. "La asistente dental"
Primera edición. Editorial Interamericana.

Cueli José. "Teorías de la personalidad"
Sexta reimpresión. Editorial Trilce.
1977

Hetz Rudolf. "Odontología para niños y adolescentes"
Editorial Médica Panamericana.
Buenos Aires, Argentina. 1977

Finn B. Sidney. "Odontología pediátrica"
Cuarta edición. Editorial Interamericana.
1976

Mc. Donal Ralph. "Odontología para el niño y el adole-
scente"
Editorial Mundi.
Buenos Aires, Argentina. 1971

Sánchez Hidalgo Efraín. "Psicología educativa"
Novena edición. Editorial Universitaria.
1975

Weyman Joan. "Odontología para niños impedidos"
 Editorial Mundi, S.A.I.C y F.

Enciclopedia. "El libro guía de la medicina familiar"
 Tomo II Primera edición. Editorial Salvat.
 1980

Enciclopedia. "La moderna enciclopedia de la salud -
 del niño"
 Tomo III, IV, VI, X Segunda edición.
 Editorial Novaro
 1972

Facultad de Odontología. "Manual de odontopediatría"
 U N A M S.U.A
 1980

IMSS "Odontología procedimientos"
 Subdirección General Médica
 1978

Maricela Espinosa O. Ma. Teresa García M. Tesis.
"Introducción del niño a la odontología"
 1980