



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

EL MANEJO DEL NIÑO EN ODONTOLOGIA

T E S I S

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a

DRA. ANA MARIA HERNANDEZ ZUÑIGA



México, D. F.

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE.

INTRODUCCION.....	1-2
I.-ENFOQUE PSICOLOGICO.....	3-8
II.-DESARROLLO PSICOLOGICO.....	9-15
III.-ORIENTACION EN EL MANEJO DEL NIÑO.....	16-24
IV.-REACCIONES A LA EXPERIENCIA ODONTOLOGICA.....	25-31
V.-CATEGORIAS DEL COMPORTAMIENTO.....	32-36
VI.-CITAS ODONTOLOGICAS.....	37-45
VII.-A LOS PADRES.....	46-57
VIII.-AMBIENTE DE TRABAJO.....	58-72
a).-Sala de Recepción.	
b).-CONSULTORIO	
c).-Uniformes.	
d).-Horarios.	
IX.-EXPLICACION DE LOS APARATOS DENTALES.....	73-74
X.-EL NIÑO INCAPACITADO.....	75-96
XI.-PREMEDICACION Y ANESTESIA GENERAL.....	99-100
CONCLUSIONES.:	101
BIBLIOGRAFIA.....	102'

INTRODUCCION.

Si aceptamos que la salud es un proceso activo del ser humano en virtud del cual éste trata de mantener su armonía psicofísica en equilibrio dinámico con la circunstancia natural y sociocultural en que cada persona se desarrolla y que debemos interpretar el crecimiento y desarrollo del niño no sólo como la adecuada evolución de su anatomía y fisiología, estamos obligados a ver a nuestro paciente niño algo más que sus dientes. No debemos eludirle como persona total, porque así enfrenta la situación Odontológica.

Centrar la atención solamente al problema Odontológico es inadecuado porque además de la información que el niño tiene de lo que pasa en su diente (aspecto físico), también piensa en su diente, en el Odontólogo y sus procedimientos (aspecto mental), y lo que es muy importante, siente sobre lo que sucede o lo que puede suceder (aspecto emocional).

Lo fundamental es como solucionar la mayor o menor ansiedad que el niño trae al consultorio.

Para el Odontólogo cumplir su función debe preocuparle. Además de esforzarse por acrecentar sus conocimientos científicos y prácticos debe preocuparse día con día por la calidad de su trabajo.

No es mi intención hacer un libro con la información que a continuación aportaré, simplemente es una recopilación de apuntes y métodos utilizados por varios años en la enseñanza Odontológica, y por algunos profesionistas-especializados en la atención de los niños, y pacientes en edad adulta los cua

les se refieren a la orientación en el manejo del niño tanto para el profesionalista como para los padres del paciente. Se incluyen además, un enfoque psicológico, el ambiente de trabajo y algo sobre el niño incapacitado.

Uno de mis objetivos más importantes, es externar la inquietud que tengo a cerca de como tratar al paciente niño para que la primera visita sea un éxito y nos sirva como base para las siguientes sesiones. Es necesario que el niño se sienta confiado y seguro en las manos del odontólogo para evitar que existan la ansiedad, dolor, temor, llanto, y así mismo el profesionalista podrá trabajar con mayor seguridad, en el menor tiempo y con los mejores resultados.

El odontólogo debe trabajar seguro de lo que hace e infundir en el paciente confianza y por lo tanto es menester que este bien informado ó; cuando menos tenga una visión de el comportamiento del niño.

Para finalizar, hemos visto que existe gran satisfacción e interés del odontólogo por aceptar niños en sus prácticas. Una positiva actitud de la profesión y de la comunidad, en cuanto a la importancia de la salud bucodental como parte del bienestar total del niño desde los primeros años de vida.

I. -ENFOQUE PSICOLOGICO.

El niño no viene solo al consultorio, lo traen sus padres. Habitualmente la mamá, cuando la relación madre-hijo es correcta, las cosas suelen ir bien. Si el niño se siente querido y seguro en su hogar, no le será difícil superar las lógicas inquietudes que se presentan en esta nueva experiencia, respaldado por la tranquilidad de su madre y la confianza que demuestra el profesional. Si los sentimientos de los padres hacia la Odontología no son positivos y expresan abiertamente sus temores y ansiedades o los mal disimulan, las cosas serán más difíciles.

Cualquier niño con problemas de conducta sólo reflejara las situaciones de su hogar, aunque a veces los padres no sean totalmente culpables.

El ejercer Odontología para niños puede ser un fracaso si no se evalúa y se hace partícipe a los padres. Mc Bride menciona cuatro categorías de padres en el consultorio.

- a). -El que distrae.
- b). -El pseudocooperador.
- c). -El que da coraje.
- d). -El que extiende simpatía.

Mack menciona las siguientes maneras de aptitudes paternas como disfraces de la ansiedad.

- a). -El padre Perfeccionista.
- b). -El padre Antagónico ó Rechazador.
- c). -El demasiado Indulgente.
- d). -El padre Dominante.
- e). -El que se identifica.

Antes de continuar, es necesario observar que el niño debió tener ciertos antecedentes que determinaron su conducta emocional. Por ejemplo, se cree que por medio de la boca el ser humano puede superar la tremenda conmoción del nacimiento. Viene ya dotado de un mecanismo de succión que le permitirá, con todas sus adaptaciones necesarias, volverse a unir a su madre. El recién nacido tardará meses en reconocer el seno materno como separado de su propio ser y a su madre como un adulto diferenciado. Si sus tensiones internas son calmadas rápidamente, la imagen de la madre buena, gratificadora será inyectada junto con el alimento. Si la madre sigue siendo consistente, se convertirá en certeza psicológica. Es decir, dará seguridad al niño. Por el contrario si la madre lo deja llorar y no acude prontamente, ésta se integrará como una carga de rechazo que el proyectó mientras lloraba. O sea, el niño tiene "Sentimientos internos de comodidad e incomodidad que se repiten en ciclos bastante regulares a los que se familiarizan y que son el origen de su identidad primitiva". Las fantasías provocadas por esas emociones tempranas, aunque olvidada tienen permanentemente vigencia y constituyen la base para una de las reacciones a la experiencia odontológica. La ansiedad.

La aparición de los dientes plantea un nuevo problema, pues resulta imposible saber que es lo que el infante siente al hacer erupción sus piezas dentarias y al estar separándose gradualmente de la madre. Por lo tanto, el odontólogo debe estar conciente de que estará trabajando en una zona demasiado cargada de afectividad con amplias connotaciones conscientes e inconscientes.

No cabe duda que la confusión de sentimientos hacia los dientes, hacia la madre que retira el seno (sin olvidar que también es la época en que el niño adquiere otras posibilidades motoras del lenguaje), tiene que dejar una huella profunda en el infante. Y no es de extrañarse que esos sentimientos constituyan el origen de muchas tensiones y ansiedades inexplicables en el sillón dental.

Por lo dicho anteriormente, el niño es traído al consultorio y es imposible e inadecuado ignorar a los padres como elementos fundamentales en la situación terapéutica.

En el consultorio estamos nosotros que actuamos en función de nuestra personalidad y necesitamos ejercer la profesión con madurez psicológica lo que sólo será posible en la medida que los conflictos con nuestro "yo" sean solucionados y no contribuyan a potenciar los cuadros que los padres y los niños nos presentan.

Es cierto que el niño suele traer mala preparación, que no comprende muchas cosas, que sus posibilidades de comunicación son limitadas lo cual ocasiona un determinado grado de ansiedad. Ansiedad que será mayor según el respaldo de seguridad y afecto de su ambiente familiar. El punto clave está en aparecer frente al niño como personas capaces de hacernos cargo de la ansiedad y tolerar manifestaciones a veces explosivas. Lo cual se logra siendo un profesional que acepta sus responsabilidades sin crear conflictos.

El niño capta de inmediato al adulto que se muestra inseguro y es

aquí donde la psicología profunda ayudará mucho al odontólogo para que pueda por su cambio de actitud restaurar la seguridad del niño que deriva de ser cuidado por un adulto fuerte y capaz.

Para poder llegar a ser una autoridad permisiva para el niño Fritz Redl ubica la conducta de éste en tres zonas, Verde, Amarilla y Roja.

Una política de intervención firme, si bien amistosa, tan pronto el niño hace algo que deseamos impedir, no solo crea menos amargura que el castigo, sino que a largo plazo resulta mucho más eficaz y provee al niño de un modelo para la regulación eficiente de sus conflictos. El trato con el niño será; que nos ayude para que nosotros a su vez podamos ayudarlo.

Por otra parte, ya que el niño suele ir acompañado de alguien al consultorio la persona más indicada será la madre, aunque muchas veces son más las personas que lo acompañan como pueden ser los abuelos o hermanos.

Echenbaun, denominó con el nombre de "triada de preocupación" a la necesidad de llegar a un ajuste ideal de la interacción entre profesional, madre y paciente y muy especialmente a que el odontólogo acepte sus propias limitaciones de comportamiento.

Ya que la madre es otro componente importante de la situación odontológica, justo es dedicarle una parte de esta lectura.

Las ansiedades maternas se expresan en los niños y aparecen como un factor principal que afecta la conducta de los pequeños en el tratamiento dental, aún en un examen de rutina, lo cual se puede remediar con una breve entrevista o cuestionario preoperatorio el que nos va a ser de gran valor -

para detectar al paciente negativo y remediar la situación. A la madre debe informarse claramente sobre el tratamiento que se seguirá. También, se le explicará el papel que ésta desempeñará en el importante tratamiento.

Nada nuevo se podrá ofrecer con respecto al enfoque general del tratamiento una vez que se ha tomado conciencia del problema, lo nuevo que va surgiendo será explicado, mostrado y hecho en el momento oportuno, tranquila, educada y seguramente.

Las actitudes que cada uno adopte como profesional en la situación odontológica con el niño y sus padres dependerá de la resolución de los conflictos subyacentes individuales que nos podrán colocar frente a ellos como adultos significativos y respetados.

Continuando con lo referente a la participación de la madre, es importante comprender cuales son los motivos que llevan a los padres y fundamentalmente a la madre a interferir la labor del odontólogo quién debe lograr una buena comunicación con el niño y con su madre para llevar el tratamiento a buen término. No debe olvidarse que si la madre no quiere, el niño tampoco aceptará.

Suele ocurrir que un niño acepte el tratamiento luego de una actitud rechazante ante el asombro de la madre, ésta no tardará en interferir, perturbando la relación. Esto puede interpretarse como celos de madre, aunque también podría ser frustración, enojo, rechazo por quedar un poco en "el aire" en su relación con nosotros. El niño percibe lo que ella no recibe y eso la lleva inconscientemente a actuar en forma irritante.

Por otra parte, no siempre es necesaria la presencia de la madre o alguna otra persona, ya que el paciente acepta el tratamiento, la madre puede esperar afuera del consultorio y así esperar hasta que se le requiera. Por lo tanto, es necesaria la cooperación de los padres, aunque a veces no se requiera de su presencia dentro del consultorio por que el tratamiento así lo requiere. Pero en ningún momento dejaré de cooperar de alguna manera y en capítulos posteriores me referiré precisamente a la cooperación de los padres.

II. -DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO.

Es una serie de acontecimientos que se manifiestan exteriormente como un patrón de conducta, se refiere a la adaptación o adquisición por parte del niño de destreza, habilidad e intereses emocionales.

Los diversos problemas relacionados con el manejo del padre y del niño han influido, sin duda, sobre la extensión y también en el tipo de tratamiento dental que se ha proporcionado al niño. Los niños no han sido bien recibidos en muchos consultorios, porque perturbaban la rutina, interferían a menudo con el natural pacífico del Odontólogo y eran considerados riesgos económicos, que sólo resultarían en horas de tiempo perdido. El Odontólogo en muchas ocasiones, sólo podía anticipar una gran batalla o combate verbal soborno infructuoso y agotamiento físico. Se ha dicho que, proporcionalmente hay más dentistas que temen a los niños, que niños temerosos de los Dentistas.

Por fortuna, sin embargo, casi todos los niños se convierten pronto en pacientes más cooperadores que los adultos, si se les ofrece la oportunidad con un acercamiento apropiado. Solamente un niño excepcional requerirá atención especial en su manejo, pero por lo general, se convierten en pacientes muy aceptables.

El Odontólogo, el práctico general, deben ver al niño como un individuo que no sólo necesitará sus servicios en el presente, pues también será su paciente en años venideros. El problema del manejo del niño que en todos los casos implica el padre o el acompañante se resuelve bien desembocando

por lo tanto en un desafío al Odontólogo y su futuro.

La profesión por el ejercicio de la Odontología para niños tiene muchas oportunidades, pero también responsabilidades. La forma en que son tratados el padre y el niño, tendrá una profunda influencia sobre la Odontología y la futura salud dental de los niños.

Dentro del desarrollo psicológico del niño existen factores que influyen en su comportamiento como son:

a). -Crecimiento Psicológico.

La esfera psicológica y la física, de la maduración es registrada de acuerdo a un plan y a una secuencia innatos, no susceptibles rápidamente a influencias aceleradoras. A un niño se le puede enseñar un modo de comportamiento, hasta que haya madurado lo suficiente para recibir tal enseñanza. Por ejemplo, un niño puede aprender a hablar hasta que esté maduro para ello. Después de haber madurado hasta alcanzar el habla, puede aumentar su vocabulario por el proceso de aprendizaje. El intento de acelerar la secuencia de maduración en el niño pequeño, es probablemente un error común de los padres.

Aunque la velocidad de maduración está determinada por factores hereditarios, el medio ambiente sirve para sostener ó modificar el grado de desarrollo. El crecimiento psicológico, por lo tanto, es una parte importante y producto de los potenciales hereditarios del niño y de su medio ambiente. Un medio ambiente adecuado asegura la óptima expresión de sus potenciales hereditarios. Un medio ambiente desfavorable puede retardar o pervertir su plena expresión. Cada individuo es una personalidad distinta,

cuyas experiencias en la temprana infancia son de gran importancia para su futura conducta y relación con los demás. Es importante para el Odontólogo que trata al niño, reconocer los límites relativos a los diferentes niveles de edad, para su acercamiento con el manejo del niño para que sea compatible con las experiencias individuales. Para su estudio se divide en:

Período Cronológico I.

Va del nacimiento a los dos años de edad. Al nacer el niño está dotado de un equipo emocional bastante elaborado, que incluye miedo, hambre, alegría. La respuesta miedosa a los cambios abruptos de posición, es de lo más notable. Esta relación sin embargo, es vencida pocos meses después por el continuo manipuleo de la madre.

A los dos años de edad, el niño no está suficientemente adelantado como para permitir relaciones interpersonales prolongadas. Prefiere todavía el juego solitario y le gusta más mirar lo que otros hacen, que participar en un juego. Como regla, el niño de este nivel de edad, no permite que otros jueguen con sus juguetes y le divierten más los juguetes con movimiento, como los trenes, coches etc. A los dos años de edad el niño todavía es muy pequeño para llegar a él sólo con palabras, primero debe organizar su experiencia tocando, manoseando y palmoteando. Depende mucho de su madre y tiene tendencia a ser asustadizo. En éste nivel de edad, el niño presenta caries rampante (que afecta a todos los dientes), Síndrome de mamila y por lo general se presentan en el consultorio por alguna emergencia como-

por ejemplo, dolor, reacciones como abscesos ó quistes cuyo dolor no puede soportar el niño.

Período Cronológico II ó de Batería (2-4 años).

En éste nivel de edad y hasta los tres años, es común que cambie de una cosa a otra en pocos minutos. El niño no puede ser forzado a cada activación, debe surgir finalmente de su interior. No debe esperarse que niños menores de tres años respondan a preguntas ú ordenes directas.

Se le llama período de batería porque el niño va a explorar a su alrededor y regresa a su madre.

A los tres años, el niño ejemplifica generalmente el comienzo de la semi-independencia. Trata de agradar, conformar y es susceptible a las alabanzas. Se puede pactar con él, y si se le da una buena razón cooperará con frecuencia y en las cosas que no le gusta hacer. Esta es también conocida como la edad del "Yo también" y se puede observar un interés en compañeros de juego imaginativos. La madre casi siempre es la preferida.

En ésta etapa el niño ha completado la erupción temporal, es donde deben incluirse los hábitos de higiene adecuados y de alimentación para hacer que el niño se adapte a la atención.

En la atención médica y dental, es importante que el niño vea ó tenga cerca a su madre.

Período Cronológico III (4-6 años).

A la edad de cuatro años, es la edad del "por que" y el "como", durante la cual el niño expresa independencia y resistencia. Es un gran conversador y está generalmente en actividad. A éste nivel de edad puede vestirse sólo, le gusta estar con compañeros, alardear y jactarse de sus posesiones. Responde bien a las directivas verbales y puede llegar a él apelando al espíritu de independencia, recién despierto. Son cooperadores e imaginativos.

En muchas ocasiones el niño de cinco años puede distinguir entre verdad y mentira y es capaz de autocrítica. Le gusta terminar lo que ha comenzado y hay orgullo por las ropas y por los conocimientos. A ésta edad es amante de la alabanza y seguro de sí mismo.

Ya para los seis años, el niño comienza a mostrar algún interés en las personas fuera del hogar, especialmente en niños que encuentra en la escuela o en los lugares de recreo. Hay un despertar del sentido social, que hace evidencia a poco de comenzar la escuela. Se nota una gradual expansión de actividades fuera del hogar, interés que es llevado hasta los años pre-adolescentes, con los clubes y pandillas. Es durante la pubertad que el afecto del niño es transferido del hogar al sexo opuesto. Esta es la edad de la independencia.

La enseñanza del jardín de niños o preescolar, ofrece a los niños la oportunidad de estar con otros niños con lo cual ganan nuevas experiencias, mucho más temprano que otros chicos confinados al medio ambiente del ho

gar. Por lo tanto, el niño que concurre al jardín de niños se adaptará mejor y más rápidamente a los distintos procedimientos dentales que el niño corriente sin experiencia escolar.

Período Cronológico IV ó de Socialización.

Hessel denominó así a esta etapa porque el niño amplía su círculo social respecto a sus amigos y familiares, aprende normas y reglas sociales a seguir.

En ésta etapa hay una gran tendencia a asumir posiciones adultas, la lealtad a los compañeros del colegio o de la pandilla se hace más notable. Es también la edad de la competencia en atletismo y en la que se adquiere un mecanismo positivo en maquinaria y toda clase de mecanismos.

El niño se muestra más cooperativo y entiende el porque del tratamiento.

El Cirujano Dentista debe establecer una empatía entre él y el paciente. Es decir, que debe tratar de mantener una buena relación entre él y el paciente, tanto personal como profesional, explicarle lo mejor que se pueda las respuestas dadas a sus preguntas y ser agradable con el paciente en lugar de intimidarlo.

Período Cronológico V (9-12 años).

Esta es una etapa en la que el niño no acepta que se le regañe, o se le trate como niño. Para ellos es muy importante la apariencia física y despertar el interés de otras personas.

Con frecuencia los adolescentes tienen sensaciones de desubicación. Es decir, que no solamente se descubren a sí mismos representando un papel que cambie una situación o momento a otra y se preocupan a cerca de cual es su verdadero "YO", sino que también prueban tímidamente distintos papeles con la esperanza de encontrar el que les parezca más apropiado.

Sin embargo, hay quienes se convierten en individuos más auténticos y más seguros de sí mismos en relación con el mundo, a medida que se desarrollan. Esto es lo contrario de lo que le ocurre a muchos individuos de los cuales sólo la familia inmediata y sus amistades han oído hablar.

Las niñas por su naturaleza sensitiva, tienden a llorar más fácilmente que los niños y experimentan por lo general mayor dificultad para las adaptaciones emocionales, en particular en ésta etapa de la adolescencia. Los problemas relacionados con la ansiedad y el miedo son también más frecuentes en las mujeres.

Los varones muestran mayor agresividad y si comparan al Odontólogo con los padres o maestros en el concepto agresivo o de la crítica del adulto, no aceptará el tratamiento y puede fallar en cooperar en todo. Un entendimiento comprensivo del trato será de gran utilidad y éxito a nivel de estas edades.

III. -ORIENTACION EN EL MANEJO DEL NIÑO.

La literatura Odontológica sugiere sin duda alguna que los pacientes muy pequeños constituyen uno de los problemas principales hallados en el ejercicio de la Odontología.

En la búsqueda de consejos de los buenos y de los malos, para el mejor manejo del niño en el consultorio, hay un hecho principal que se repite una y otra vez; la honestidad. Aunque puede ser necesario acercarse a cada niño en su propio nivel de comprensión, nada parece actuar mejor que el enfoque directo y honesto. Además, se requiere también adquirir algún conocimiento del tipo de niño que se va a tratar y de los problemas que pudiera tener. A menudo es posible establecer esto con observarlo en la sala de espera mientras aguarda con su madre, padre o ambos. Algunas veces la primera visita la realiza con su hermano o hermana mayor. Todo esto dice mucho sobre el niño y su estructura familiar.

No sería trabajoso predecir un algo de ansiedad en un niño cuyo padre está bastante angustiado por problemas personales. Si bien puede ser indicio de una familia cuyos lazos muy estrechos, pero si deja todo por ir a acompañar al niño al consultorio también puede ser una advertencia de una cantidad de problemas emocionales relacionados con una forma de impedir al niño que crezca y se desarrolle normalmente.

Esa observación inicial se aprecia a sí mismo la aprensión. No es difícil distinguir entre un niño que tuvo una experiencia desagradable pero

en otro consultorio Odontológico y el que la tuvo desagradable. También podría tratarse de una generalización por una experiencia negativa en el consultorio de un médico. Si bien la cantidad de respuestas posibles de los niños parece infinita, es posible identificar un número de moldes característicos.

El obtener la cooperación de nuestro paciente niño en el tratamiento dental, es una de las razones principales de dificultad que se presentan en la Odontología Pediátrica. Por consiguiente, la orientación sobre la conducta del niño, es un requisito previo e indispensable en el estudio de éste capítulo.

El manejo del niño se realiza de acuerdo a las diferentes etapas de su edad, tomando en cuenta las diversas personalidades, sexo y distintos ambientes sociales.

El manejo del niño se llevará a cabo mediante las siguientes etapas:

a). -El niño en edad Preescolar.

b). -El niño en edad Escolar.

c). -El niño en edad Adolescente.

a). - El niño en edad Preescolar.

El manejo adecuado del paciente en edad preescolar es muy importante para cimentar las bases de la aceptación para la operatoria dental como un servicio de salud. El niño se sienta cómodo en el ambiente dental durante sus primeros años será por lo general un buen paciente a través de la edad escolar y Adolescente. Mientras que algunas personas tienen la habilidad intuitiva de cooperar y comprender el manejo de niños pequeños cual

quier Odontólogo que realmente quiera tratarlos puede llegar a tener éxito siguiendo guías conocidas con principios y conductas adecuadas para su manejo.

Para obtener un informe del niño en edad preescolar y realizar la práctica dental, es necesario tener idea sobre el tema, idioma, desarrollo motor y social. Utilizando éste conocimiento paso a paso como guía resultará de ello un acontecimiento positivo.

En ésta etapa, en la que el pequeño se encuentra, el miedo y la ansiedad son casi seguras las emociones más importantes con las que el Odontólogo se encuentra. Los niños más pequeños suelen adquirir el miedo al Odontólogo por conversaciones escuchadas en el hogar o por discusiones en el jardín de niños, en lugares de juego ó simplemente en la calle. En algunas ocasiones, puede haber sido expuesto a situaciones traumáticas en el hospital o en el consultorio médico. Las primeras visitas al Dentista por lo tanto deben ser delineadas de tal manera que el niño encuentre una experiencia interesante y agradable. No debe intentarse un tratamiento definitivo en la primera cita. Debe utilizarse el tiempo necesario para que el niño se convenza de que el tratamiento será por su bien y que tenga confianza en el profesional. Por ésta razón es de vital importancia que sea el médico especialista el que lo reconozca ya que si lo hace el personal auxiliar puede adquirir una experiencia desagradable.

Hacer que el preescolar se sienta a gusto y confidente en el consultorio dental requiere de personal que refleje un ambiente de paz y amistad e interés personal. El Odontólogo debe estar contento de ver al paciente y ex -

presar su sentir en voz suave. Es muy positivo recibirlos con frases agradables como "Que lindo está tu vestido" ó "Que gusto de verte". Los pensamientos o preguntas que se refieren directamente a los padres; El tono de voz es un factor también muy importante para ganar el trato y cooperación. Todas las lisonjas que se dirijan al niño preescolar son muy efectivas para ayudarla obtener la confianza de éste. Es aconsejable un tipo de distracción verbal, sobre temas apropiados del interés del niño. Esto puede incluir la ropa, juguetes, comida etc.. Evitar la discusión del colegio, ejercicios u otros temas de menor conocimiento.

El Cirujano Dentista que ve niños pequeños necesita establecer contacto amistoso, dado que el tratamiento ciertamente envuelve contacto físico, Esto puede lograrse por medios tales como tomar la mano del niño cuando entra a la sala operatoria, ayudandole a sentarse en el sillón y dandole una caricia gentil cuando ha terminado la consulta.

Es aconsejable tener uno de los padres en la primera visita y quizá hasta la tercera cuando el niño es de dos ó tres años de edad, si estuviera en una edad mayor, la decisión de permitir la presencia de los padres durante el tratamiento depende del Odontólogo. El manejo del niño rebelde requiere firmeza para someterlo, y una comunicación positiva en los límites de la conducta, mientras se efectua el tratamiento. Los niños pequeños que tienen problemas dentales complejos, o el de edad preescolar que distorsiona y no responde al tratamiento usual se considerará bajo anestesia general en el hospital.

El dar un pequeño obsequio después de la visita dental es un procedimiento sano desde el punto de vista psicológico, siempre y cuando se de como obsequio y no como premio por el buen comportamiento.

Es muy importante la recepción y consultorio, y por lo tanto deben estar cuidadosamente estructurados para crear una atmósfera favorable, y ninguna cantidad de decoración tomará el lugar de una operación simpática y amistosa que asegurará y dará fé y confianza al pequeño paciente.

b). -El niño en edad Escolar.

Son niños con dentición mixta, entre las edades de seis a doce años, son más razonables, suelen tener mentes más vivaces y ser grandes conversadores, son menos problemáticos que los niños más pequeños.

Aceptan las actividades en grupo y la experiencia comunitaria. El esfuerzo de la conducta es aceptable, la conversación puede efectuarse en forma básica como lo hacen los adultos, la escuela es su tema favorito. En las niñas los comentarios más frecuentes son a cerca de la ropa, mientras que para los niños el deporte es lo más interesante junto con los hobbies.

Un niño cooperativo se muestra contento, en cambio un no cooperativo de esta etapa puede ser más problemático que uno de edad preescolar.

A los niños de edad escolar es posible explicarles los objetivos del tratamiento y señalar consecuencias negativas.

En ésta edad existen las preguntas del "Como" y del "por que", empiezan a descubrir un mundo nuevo a su alrededor.

Con frecuencia los tranquilizantes son benéficos en éstos niños, indudablemente me refiero a los niños aprensivos en cuyos casos el miedo a la inyección es el problema a resolver, aunque en algunos niños puede obtenerse un acuerdo para proceder con el tratamiento sin Anestesia Local. Rara vez es necesario acudir a la Anestesia General y únicamente en niños muy rebeldes o mentalmente retardados o en alguna otra persona incapacitada.

c). - El niño en edad Adolescente.

A esta edad tratan de agradar y ser admirados por todas las personas que se encuentran en su círculo social, tienden a adoptar posturas de un adulto, detestan a los mismos, así como las críticas a cerca de su forma de vestir, estilo de peinado ó manías de adolescente.

El problema de manejo dental de los pacientes adolescentes son muy parecidos a los no cooperativos, pues rechazan rotundamente las expresiones de berrinche o ansiedad.

Dado que los niños a esta edad comunmente manifiestan problemas de comportamiento, también presentan problemas dentales asociados con un alto porcentaje de cáries, representan una área muy extensa e importante para el Odontólogo.

La característica del adolescente es su deseo de independencia personal una aversión a la autoridad del adulto. Algunos investigadores sugieren que el rol de los padres no sea de énfasis y que tanto como sea posible se acerque al adolescente al tratamiento dental.

Las instrucciones de la higiene bucal deben ser llevadas a cabo a nivel de adulto sin asumir una posición autoritaria. Un entendimiento del trato será exitoso a nivel de estas edades.

El esfuerzo del buen comportamiento debe hacerse con procedimientos paso a paso, conocimiento y cortesía. Todo ayudará a crear una relación favorable del Odontólogo y el paciente.

En general los adolescentes no son pacientes Odontológicos difíciles,

Hay muchos grupos profesionales que estiman que son casi imposibles de manejar y que no desean comunicarse o relacionarse en algún sentido con los adultos, que muestran marcados cambios de ánimo y que tienen un fuerte deseo de independencia.

Por alguna extraña razón, estas características atribuidas a los adolescentes rara vez constituye un problema para el Odontólogo. En parte esto es así porque éstos desean presentarse como un valiente independiente, fuerte y bravo. De modo que enfrentado con la perspectiva de un tratamiento Odontológico puede ir a él con aire de valor y osadía. Uno de los Odontólogos alcanzó a escuchar a un adolescente cuando contaba a sus amigos su reciente visita al Dentista. Les decía que no necesitaba "ni un pinchazo ni gases, para que le arreglaran los dientes", simplemente les decía al Dentista adelante, taladre y obture sin preocuparse por el dolor que pueda provocar. Se puede dudar mucho de esto, pero refleja las actitudes de un gran sector de nuestra población de adolescentes. Abundan los Cirujanos Dentistas que los consideran mejores pacientes que muchos adultos.

Muchos problemas de los adolescentes se relacionan con su aspecto. Sin embargo, aceptan sorprendentemente bien el uso de los aparatos ortodonticos. Estos se convierten a menudo en símbolo de posición entre los adolescentes.

Quizás el mayor problema en relación al adolescente esté en motivarlo bien para que cuide los dientes en período que va de lo obediente niñez hasta la edad que se preocupan realmente por su aspecto. En eso es muy probable que ignore las sugerencias relacionadas con su higiene dental pu

es se vale de ese descuido como una parte más de su esquema global de rebelión.

No hay un método confiable para encarar la problemática del descuido personal. Las niñas son más complacientes que los niños y no tienden a mostrar el grado de rebelión que los varones. También aprenden antes a preocuparse por su aspecto personal y tanto plantean menos problemas de higiene que el hombre.

El enfoque autoritario por lo cual el Odontólogo dicta la ley al adolescente tiene garantía casi segura de fracazo. El enfoque aislado quizá más eficaz que cabe utilizar es el reconocimiento de la próxima edad adulta del adolescente. En el muy inmaduro, podrían producir efecto las técnicas empleadas con los niños pequeños. En estos casos de desarrollo emocional retrasado, el odontólogo deberá guiarse por la madurez emocional y no por el tamaño físico. El adolescente inmaduro se comportará en forma notablemente similar a la del niño inmaduro con la diferencia de que puede escapar con mayor vigor ó llorar más fuerte.

IV. -REACCIONES A LA EXPERIENCIA ODONTOLOGICA.

Nuestros tratamientos significan una serie de estímulos que el niño reacciona y retiene como una experiencia. El dentista debe tener conocimiento suficiente de las reacciones. Además de los estados emocionales y aplicarlas convenientemente.

Existen por lo menos cuatro reacciones y son: La ansiedad, el temor, la resistencia y timidez. La combinación de estas hace más difícil el manejo del niño.

a). -Ansiedad.

La ansiedad o inseguridad se relaciona probablemente con el estado de temor. Los niños angustiados se asustan ante una nueva experiencia, su reacción puede ser agresiva. Entre las causas que generan ese universal miedo al dentista se encuentran el miedo al dolor, a lo desconocido, a las malas experiencias odontológica previas, a los comentarios negativos en el ambiente familiar o escolar, el haber sido testigo presencial durante alguna visita odontológica no muy tranquila, a las amenazas de la familia, a la influencia de la televisión, las historietas etc, presentando al Odontólogo como un ente siniestro.

En muchos casos el niño no es capaz de controlar la ansiedad que le provoca visitar al dentista aún para un simple reconocimiento.

Si el niño está realmente asustado, el Odontólogo tiene la obligación de

tratar de calmarlo, mostrandose comprensivo y procediendo con lentitud -
En cambio si el niño está en franco berrinche, el Odontólogo puede mos -
trar su autoridad y su dominio absoluto de la situación.

b). -Temor.

El temor es una de las emociones más frecuentes de la infancia y que -
se acentúa durante las visitas al consultorio dental. Sin embargo, los niños
suelen tener temores naturales. Es decir, que nacen con ellos, tales como
el temor asociado con la inseguridad. Además del temor natural encontra -
remos que pueden existir otros tipos de temores como por ejemplo, el que
experimentan los niños mayores el cual es un temor adquirido por imita -
ción de aquellos que temen. Un tercerfactor del temor es el que se asocia
al resultado de ciertas experiencias desagradables.

Es imposible suponer que todos los temores de los niños son del mismo
al consultorio, ya que cada uno de ellos lo presenta ya sea por experienci-
as propias, adquiridas o imitadas.

Para poder tratar con éxito el temor del niño, es necesario determinar
a que tipo de temor representa y los factores que lo ocasionan.

Han sido muchas las sugerencias que se han dado al dentista para elimi-
nar el temor. Incluir la postergación de la sesión por ejemplo, o tal vez -
ridiculizar, retar o permitirle que observe la atención de otro niño, pero -
ninguno de éstos métodos resolverían el problema ya que la mayoría de los
pacientes niños acuden a consulta dental por emergencias como por ejemplo
por una caída o por algún proceso patológico agudo. Por lo tanto no es con

veniente posponer la atención del niño nervioso con la esperanza de que finalmente acepte el tratamiento y se torne más cooperativo. El ridiculizar a un niño frente a otro podría complicar la vida emocional del niño.

Si el niño es realmente miedoso, la mitad de la batalla estará ganada si el Odontólogo conversa con el procurando enterarse de las causas que ocasionan el temor. Es frecuente que un niño exprese su temor ante un determinado procedimiento o a algo que escucho sobre la experiencia Odontológica que le asusta. En estos casos, lo mejor es borrar esas ideas mediante demostraciones explícitas, las cuales deben enfocarse hacia lo que hará o está haciendo para superar sus temores del niño, aunque ocasionalmente puede ser necesario emplear formas de restricción particularmente en una emergencia con el fin de dominar sus temores.

Los padres deben tener conciencia de que los Odontólogos deben retener al niño para realizar por lo menos la exploración superficial y comprobar al niño que el procedimiento no debe ser temido.

Siguiendo con el temor mencionaré que éste es sinónimo de miedo el cual se divide en:

a). - Normal. - El cual es un mecanismo de autoprotección asociado con la respuesta al tratamiento. A éste miedo podríamos colocarlo como algo innato, o sea, que se nace con el y que puede controlarse sin demasiado trabajo. Aquí colocaríamos al temor objetivo en el que el niño ha recibido la agresión y por lo tanto tiene razón en sentir miedo.

timientos de temor o ansiedad en forma abierta. O sea, del niño que no sólo tiene miedo, sino que tiene miedo de sentir miedo. Elbach clasificó el llanto en:

1). -Llanto Obstinado.

Voluble, tipo sirena, manejado a nivel típico de berrinche, sin lágrimas expresión de ansiedad y una forma de defensa.

Para estos niños será necesaria la restricción leve, firmeza para obtener respuesta.

2). -Llanto Asustado ó (por temor).

Con profusión de lágrimas y un constante sonido de lamento con tendencia a la histeria, lágrimas abundantes. Aquí hace falta la confianza y no la disciplina.

3). -Llanto Lastimero.

Casí no se oye, pero las lágrimas pueden ser la única manifestación. Trata valientemente de cooperar.

4). -Llanto Compensatorio.

No es verdaderamente llanto, sino un sonido que tiende a apagarse con el ruido de la fresa. No hay lágrimas ni sollozos.

Los cuatro tipos de llanto anteriores son los que refiere Elbach, pero podemos encontrar un quinto tipo de llanto y es ocasionado por el dolor. El cual puede ser tan fuerte y acompañado de lágrimas y asociado con dolor. Debe encontrarse el origen de éste y controlarse en forma adecuada.

V. -CATEGORIAS DEL COMPORTAMIENTO.

a). -Categorías de la conducta según Fritz Redl.

Fritz clasifica a la conducta en tres zonas que son:

1. -Zona Verde. -Aquí se otorga libre y graciosamente el sí porque la conducta es deseada y autorizada.

2. -Zona Amarilla. -Aquí toleramos una determinada conducta no autorizada por diferentes razones como podrán ser en casos de aprendizaje (la edad del niño marca determinadas pautas de hasta donde puede dar y podemos exigir), o en situaciones difíciles (accidentes, enfermedades, problemas familiares, sabemos por ejemplo de las dificultades que plantea separaciones parentales, fallecimientos) corresponde entonces cierta elasticidad para comprender y aceptar.

3. -Zona Roja. -Aquí surgen las conductas que no deben tolerarse de ninguna manera y que deben detenerse porque ponen en peligro la salud y bienestar de la situación Odontológica.

Es tan importante ser prohibitivo en la zona roja como permisivo en la Zona Verde. Cuando a un niño se le permite un comportamiento que el sabe no debe tolerarse, su ansiedad aumenta.

Además de la clasificación anterior de la conducta del niño existen otras: como son:

Negativo.- A este niño se le puede denominar muy activo o mejor dicho poco negativo. Su presencia en la sala de espera no necesita ser anunciada por la asistente dental. Cuando llega, usted se da cuenta muy pronto x Su conducta en el consultorio es exploradora, investigadora, siempre y expresándose en un tono alto y tocándolo todo. Si el Odontólogo llega a ser del tipo obsesivo compulsivo, este niño puede ser muy vejante y ponerlo bien a prueba. Es el niño de quién la madre típicamente declara "No puedo hacer nada con él" muy a menudo se resiste a entrar en el consultorio y en especial, a cualquier trabajo en la boca. Cuando se observa éste tipo de niño en la familia, se ve quién dispone y es el niño.

Este explica por que el niño es tan activo y al parecer no cooperador. Una mejor apreciación psicológica de la situación nos dirá que se trata de un niño a quién los padres consecuentan mucho y experimenta una intensa angustia. Al ver las teorías de la personalidad apreciamos que parte de la manera de evitar la angustia proviene de contar con una serie muy definida de límites. El niño no tiene límites, no sabe detenerse o qué está permitido hacer. Sin límites se angustia y puede manifestarse una exagerada actividad. La mayor parte de esta hiperactividad motivada por la angustia podría aliviarse si se le fijan límites adecuados. Como se sale con la suya en su hogar, puede esperar que suceda una situación similar en el consultorio dental. Casi todos los niños, cuando se les recibe planteándose una frustración mínima y ciertos límites recurren a los medios de que se valen con sus padres.

La conducta negativa y desadaptada de estos niños jamás debe hallar aprobación en el consultorio. Como último recurso para evitar que éstas - respuestas sean aprobadas, es imperioso que los padres no estén con él - durante el exámen preliminar, ni en las visitas subsecuentes. Gran parte de su pasada teatralidad tenía por objetivo provocar cierta respuesta de - los padres. Si estuvieran presentes habría una tendencia a utilizar los re - cursos destinados a llamar la atención.

Por último, en el tratamiento se muestra renuente a aceptarlo, aunque no tan marcado como el definitivamente negativo, simplemente no se mu - estra cooperativo.

Definitivamente Negativo.

Hay cierto tipo de conductas infantiles observables en los niños. Algun - os son completamente negativos y parecen desafiar todo intento por esta - blecer contactos. Pueden respondernos un No a todas las preguntas y se lle - ga a una situación que casi no deja esperanzas. Pero como ésta conducta re - fleja una maniobra defensiva, aún queda al Odontólogo a menudo la posibi - lidad de inventar un juego en el cual cada NO signifique un SI, que da per - miso al profesional para seguir su tarea. La mayoría de los niños de éste tipo negativista, cuando tienen edad escolar, pueden estar dispuestos a a - ceptar que les hicieran una buena jugada y desde ese momento cooperarán. El Odontólogo debe tener en cuenta que los motivadores básicos del nega - tivo del niño pueden ser la angustia y el temor. La oportunidad de cre - ar una buena relación y aliviar parte de la angustia podrá provenir de la -

angustia podrá prevenir la liberación del temor creada a través del juego

Si al niño se le da tiempo para sentarse y pensar sobre algo que pudiera ser doloroso, inevitablemente irá acumulando un alto grado de ansiedad. Serán de esperar escenas de llanto y gemidos. Las lágrimas aparecerán y no se debe ridiculizar ésto ni se deberá hacer mención al respecto.

Cuando el tratamiento del niño esté fuera del alcance del Odontólogo, lo apropiado podría ser que éste sugiera una mayor investigación de los problemas emocionales.

Estos niños además pueden tener ataques de rabia, gritar, llorar o entregarse a cualquier forma de comportamiento pueril.

La conducta negativa y desadaptada de éstos niños, jamás debe hallar aprobación dentro del consultorio dental.

En general el niño no será cooperativo.

Las dos circunstancias anteriores nos revelan que el niño que vive en un ambiente familiar poco aceptable y que por lo tanto no ha tenido orientación necesaria a cerca de atención Odontológica, No serán pacientes Cooperativos.

Positivo.

Es un paciente que acepta el tratamiento aunque a veces es preciso permitirle mayor expansión, es precavido, pero capaz de cooperar no sin cierta reserva, se interesa en el tratamiento y disfruta la situación.

Definitivamente Positivo.

El primer tipo de niños que se puede mencionar es el niño sociable el que se da a los demás. Ya desde los dos años hasta el comienzo de la pubertad, este niño dado normal, tiene deseos de relacionarse con quienes se pone en contacto. La interacción se produce fácilmente; conversa pronto y muestra un alto nivel de curiosidad respecto del el Cirujano Dentista, de lo que piensa realizar y de cómo lo hará. Es fácil de tratar de responder a sus preguntas, pues generalmente son pertinentes y no están motivadas por el temor o angustia. A este niño se le puede mostrar los instrumentos como actúan y cual es su función. Todo esto para reforzar la relación que se intenta establecer con él. El exámen se convierte en una aventura grata. No es raro que éste niño quiera mirar la boca de su Dentista, para ver como es por dentro. Como cada nueva tarea es para él una especie de aventura y experiencia en su cuidadoso aprendizaje, se le puede colocar o delegar parte de la responsabilidad por su cuidado dental. Hasta el caso de pasar por algún procedimiento ligeramente doloroso, éste niño es ta muy dispuesto a comportarse como un joven colaborador.

Como se observa, estas dos últimas etapas nos muestran a un niño que ha vivido en un ambiente deseable, que ha sido instruido o por lo menos informado del motivo de sus visitas al Dentista.

La última etapa podría compararse a mi modo de ver con la mencionada por Fritz en la Zona Verde, pues en ambas el paciente muestra una conducta adecuada y deseada.

VI. -CITAS ODONTOLÓGICAS.

Las citas para los pacientes pequeños será preferible que las realicen en las primeras horas de la mañana ya que el momento del día de ésta puede influir en la conducta del niño, por ejemplo, si la cita fuera en la tarde, llegaría cansado, fastidiado y sería un paciente poco cooperador, en cambio cuando se realiza en la mañana, el niño va despierto y con ánimos de recibir el tratamiento.

La espera en la sala de recepción a menudo da al niño la oportunidad de formarse un esquema mental de no cooperación o de asustarse por ruidos deshusados o hechos. Hay claro está, excepciones para las sesiones tempranas con niños; una es el niño de quien se sabe poco coopera o está de alguna manera disminuido (retraso mental, o incapacidad física), para éste tipo de niños se toma la última sesión de la mañana para que no influya en los otros pacientes.

El tiempo de la consulta para el niño pequeño o el muy temeroso debe ser relativamente corto hasta que el paciente esté plenamente informado de los procedimientos y haya adquirido confianza en sí mismo o en el Odontólogo.

a). - La primera visita.

Es de gran importancia, ya que el niño decide aceptar o no el tratamiento

La ansiedad se dibuja, y la asistente dirá al niño su primer nombre y lo invitará junto con su madre a que pasen al consultorio. La madre puede proporcionar

nar información valiosa que ayude en el exámen, Por consiguiente se le pregunta si hay algo en particular que les preocupe respecto a la boca o los dientes de su hijo.. Como la mayor parte de los padres habrán hecho alguna observación previá de esto o traerán alguna pregunta importante para ellos. se les debe dar tiempo para expresar, contar una breve historia de toda atención dental previa.

Se el asistente dental comprende que el niño no va a cooperar normalmente, es recomendable excluir al padre para manejarlo mejor.

Aquí en la primera cita, es preciso ganar la atención del niño que llora para asegurarnos de que oyo las indicaciones, expresar las ordenes en lenguaje claro.

Se recomienda al Odontólogo las siguientes reglas para obtener obediencia del niño.

a). -Pronunciar las palabras con lentitud y claridad. El niño entonces es más capaz de seguir las instrucciones que además deben ser pocas

b). -Ser justos y razonables en lo que piden. Es decir, no se puede esperar cooperación de un niño incomodo o con dolor.

c). -No amenazar o sobornar ,pues han sido comprobadas como un mal medio de obtener obediencia.

d). -Intentar superar el temor de un niño que esté verdaderamente asustado. Muchas de las reacciones del niño son bien definidas y no desea cooperar por estar atemorizado o sentir aprensión. La aprensión solo puede ser aliviada tomandose tiempo para explicar los instrumentos y solos unos cuantos sefan mostrados.

e). - Cuando examine por primera vez límitese a pedirle al niño que abra la boca con movimientos suaves pero con seguridad.

Explicar el uso de cada aparato, instrumento o material. El sonido, vibraciones, forma y brillo de los aparatos e instrumentos que se refieren al desgaste de los tejidos duros.

Se justifica en cierto grado de resistencia en los casos en que el niño no desea cooperar para el exámen bucal o el procedimiento simple como la profilaxis dental. Esta restricción es necesaria para que comprenda con hechos que no habrá dolor y quizá en este momento, sea oportuno conversar con los padres para hacerles saber que el niño no desea cooperar y grabarles las necesidades del exámen y tratamiento y así obtener permiso para actuar con más firmeza.

Es de gran importancia tomarse el tiempo necesario para evaluar al paciente y a sus padres para planificar el mejor método de tratamiento. una buena historia clínica es también de mucha importancia y utilidad para obtener y detectar todo lo posible y por lo tanto tener mejores posibilidades de éxito en el tratamiento.

A veces los padres mostrarán actitudes de protección exageradas y hostilidad; serán muy exigentes. El Odontólogo debe compartir espiritualmente los problemas disminuyentes del niño. ansiedades anunciadas por los padres, aún cuando a menudo no exista una solución satisfactoria.

Son muchos los padres que rara vez cuentan con la oportunidad de que

alguién escuche con genuino interés sus problemas. El Odontólogo no debe ser manifestante crítico de las emisiones previas en la atención Odontológica del niño, debe dar a los padres con todo cuidado la confianza de que un programa realista de restauración prevención-asegurará buena salud dental de su hijo.

La discusión preliminar permitirá al dentista determinar si el niño debe pasar solo al consultorio con sus padres.

Si la conducta es normal será acompañado al consultorio por la asistente dental, mientras el Odontólogo termina su conversación con los padres.

b). - Ansiedad Paterna.

La mayoría de los padres muestran bastante ansiedad, frecuentemente es obvia en los padres de niños incapacitados. El Odontólogo debe considerar el exámen bucal efectuando con los padres mientras el niño entra en contacto y conocimiento del consultorio dental.

Se tranquilizará a los padres en cuanto a que el exámen inicial no es una situación que crea tensiones en el niño y que si la conducta de este lo exigiera le pediría a los padres que pasaran a colaborar al consultorio.

Si las técnicas usuales de manejo de la conducta resultara ineficáz y se hiciera necesario recurrir a restricciones de debera realizar todo los esfuerzos para llevar a cabo el exámen lo más rápido y minuciosamente posible y con la menor incomodidad para el niño. Los ni

ños aceptarán el exámen bucal si se les encara con cariño y firmeza.

Suele ser solamente el niño retardado o el que solamente no puede ser controlado por técnicas de conducta normales.

Durante el tratamiento se llevará a cabo exámenes como los radiográficos para poder respaldarnos. Cualquiera que fuese la situación, los objetivos de la visita inicial son determinar la salud dental del niño y su conducta en el medio Odontológico y evaluar los problemas médicos disminuyentes asociados.

Antes de despedir a los padres, éstos deben recibir un resumen y explicación de los resultados del exámen inicial. Con frecuencia no logra el Odontólogo comunicar a los padres todo el problema dental y su solución en la primera visita y éstos dejan el consultorio con falsos conceptos y una comprensión sólo parcial del problema del niño.

Se alterará la confianza de los padres si se les hace volver para repetir la visita con el fin de enterarse de las necesidades de un tratamiento Odontológico del niño.

c). - Planificación del Tratamiento.

Es necesario tratarse un plan de trabajo que considere la situación médica o incapacidad actual y el pronóstico, entonces el tratamiento Odontológico se realizará de acuerdo a éste. Si la enfermedad tiene un mal pronóstico, el tratamiento debe ser paliativo, pero en cambio siempre que sea favorable, deben empezar a emplearse todos los conocimientos posibles

de un buen tratamiento preventivo y restaurador.

Los procedimientos restaurador ó quirúrgico deberán ser completa - dos en el menor número posible de sesiones. Puede recurrirse a la seda_ ción durante períodos de tratamiento extenso y cabe recurrir a la aneste- sia general ante problemas de manejo.

PREVENCION

El tratamiento preventivo es el primer paso a seguir y muy importante en el afianzamiento de la salud dental. El Odontólogo debe explicar la importancia de la prevención y preparar un plan eficaz.

Los padres de los niños deben ser asesorados cuando el niño tiene entre 9 y 12 meses. Hay que explicarles el desarrollo dental y los cuidados preventivos bucales antes de la erupción de los dientes temporales, de modo que los adultos comprendan su papel en el cuidado bucal del niño.

Han transcurrido varios años desde que se implantó la regla de la fluoración de las aguas de consumo y desde entonces se han ido aumentando los programas de fluoración de México.

Nadie bien informado y libre de prejuicios sobre el tema puede negar la importancia, practicabilidad y economía y seguridad de ésta medida sanitaria.

En estos años, nuevos compuestos y formas de aplicación tópica de fluoruros (soluciones, geles, dentríficos, enjuagatorios etc.) más la ingestión ininterrompida de suplementos fluorados durante todo el período de formación adamantina (cuyo cumplimiento no siempre es fácil lograr), han ampliado las posibilidades de prevenir la caries a nivel individual, en el consultorio privado y en algunas instituciones públicas. Además de la resistencia y bien intencionada higiene bucal y el control en la ingestión de azúcares, sobre todo en las piezas dentales.

Gran aporte de la prevención automática de la cáries en todo el país. sigue sin concretarse. Es decir, sin terminarse completamente.

Cuando el Odontólogo acepta a un niño como paciente en todo su quehacer profesional, en cada uno de los aspectos que enfóque debe asumir una actitud diligente y preventiva. Estar actualizado en los conocimientos y cumplir como educador difusor, no es la menor de sus obligaciones y responsabilidades.

Como si la educación de los niños en la sociedad contemporánea con sus valores y modos mal definidos, no fuera bastante difícil, las presiones bajo las cuales la mayoría de los padres viven, suelen vencer los esfuerzos mejor intencionados. No obstante hacer las cosas correctas en el momento correcto, debe hacerse con las emociones que pertenecen al acto. Por ésto, nuestro trabajo cuenta no tanto por los hechos, sino por los sentimientos y actitudes que acompañan a éstos.

En cuestión Odontológica, no es nada más colgar láminas, distribuir folletos mostrar diapositivas o usar métodos más complicados. No estoy muy convencida de la eficacia de los métodos audiovisuales que el paciente y sus padres manejan en la sala de recepción o en el lugar especialmente indicado para la educación preventiva, aunque éstos pueden sernos de mucha utilidad como auxiliares.

Se habla de motivar al paciente y creo que el término lleva algo de confusión. James Drever, define la persuasión como " El proceso o arte de influir o buscar influir, las opiniones y acciones de un individuo, ya sea por razonamiento o incentivo intelectual, aunque en su mayoría la eficacia depende de factores no racionales.

Se piensa que el Odontólogo debe persuadir y creer lo que quiere transmitir, sentirse cómodo con uno mismo y aceptar a los demás tal como son. Las emociones y no la lógica motivan a las personas.

Comienza a educarse desde el primer contacto con el niño y sus padres cuando deben sentir la satisfacción del Odontólogo al recibirlos y su interés en ellos como personas. ¿Quiénes son?, ¿Qué piensan? ¿Que saben?, cual es su forma de vida que esperan encontrar. Es necesario crear un clima de comodidad para recibir mensajes y sugerencias positivas y no mandatos.

Es importante como alternativa educacional una cierta orientación que explique las conductas de compensación. Es decir, que si sienten falta de algo, la sustituyan por otra cosa como los hábitos nocivos de nutrición, abandono de hábitos de higiene y rechazo de normas condicionantes.

El Odontólogo reitero, debe estar al día sobre nuevos materiales y técnicas sobre la seriedad de las investigaciones que los respaldan, debe frecuentar bibliografías serias y adoptar una actitud responsable por quedar bien, pues dar información exagerada e irreal alterada es un verdadero fraude a la comunidad. Es además de ilícito, antiético.

Además de la conducta que adopte el Odontólogo, la actitud de los padres es también muy importante, estos deben educar al niño según las indicaciones del Odontólogo respecto a su alimentación como por ejemplo, evitar darles demasiados carbohidratos, azúcares etc. que no lo nutren y si pueden ocasionarle serios problemas dentales.

Otro punto sería el de las visitas al Dentista, por lo menos dos veces al año para que le apliquen lo necesario para el tratamiento de su caso ó sim-

plemente prevenir con aplicación de flúor.

Junto con el Odontólogo, los padres además de la alimentación deben tomar en cuenta la conducta del niño frente al dentista, pues si bien es cierto, por lo general son ellos los que influyen con sus fóvias a sus hijos.

En resúmen, para una buena prevención, es necesaria la buena disposición del Odontólogo, de los padres, autoridades y del paciente por pequeño que sea. Por parte del Odontólogo debe haber una buena cooperación conocimiento y responsabilidad,

Por parte de los padres debe haber una buena cooperación tanto en el consultorio como en casa ayudando con los buenos ejemplos como; evitarles una mala alimentación y una conducta indeseada.

Por parte de las autoridades, es muy importante la fluoración de las aguas que se viene haciendo desde hace algunos años. y la publicidad acerca de los hábitos de higiene.

No es suficiente ser profesional y conocer el tema, hay que ser buen comunicador sin crear errores y formar alternativas.

VII. - A LOS PADRES.

Si bien es cierto que cada uno de nosotros tiene una conducta determinada, también es cierto que éste comportamiento ha sido condicionado por personas que se encuentran más cerca de cada uno de los individuos y por lo general suelen ser los padres, aunque pueden ser también la escuela y el medio ambiente. Los que en determinado momento llegan a formar una persona con una conducta definida ya sea negativa o positiva.

Puesto que los padres tienen el más importante papel en la vida de cada uno de sus hijos, es de importancia mencionar algunas situaciones que pueden influir en determinada conducta de éstos, tanto en la vida diaria y sobre todo en el consultorio dental.

El desarrollo normal de un niño o adolescente depende de múltiples factores tales como: el grado de apoyo y comprensión proporcionado por instituciones sociales como la escuela, el interés de los adultos ajenos a la familia incluyendo profesores, consejeros y amigos; así como las influencias del medio ambiente general de la sociedad como un todo. Pero lo más importante es que los padres constituyen la influencia externa más poderosa para ayudar u obstaculizar al niño o adolescente. Ser padres jamás ha sido fácil y el actual mundo de rápidos cambios constituye un reto aún más fuerte que nunca.

Los padres y otros adultos pueden hacer mucho por reducir la ansiedad y otros efectos psicológicos que se presentan durante el desarrollo, al

mínimo ya que a pesar de la gran dificultad para educar niños en el mundo actual, salen avantes con algunos "altibajos". Así como con algunos períodos de preocupación. ¿Por que algunos padres tienen éxito en la educación de sus hijos y otros no?. Es la pregunta que nos hacemos y es evidente que la respuesta no es simple. Son muchos los factores que estan en juego; el desorden social, las influencias perjudiciales de los amigos, la discriminación, la pobreza, la mala preparación escolar e incluso los genes con que nacen.

Sin embargo, los estudios que se han realizado respecto a esto demuestran que la influencia más importante es la de los padres, que pueden ser afectuosos o indiferentes. Sin embargo, su comportamiento puede ser de rechazo, hostilidad, amor o aceptación. En la que el niño o adolescente siente la necesidad de tener padres afectuosos interesados en su cuidado en los que pueden confiar. Sin las fuertes y evidentes manifestaciones de amor por parte de los padres, el niño ó adolescente tiene pocas posibilidades de desarrollar su auto-estima. Así como para entablar relaciones constructivas.

La hostilidad, rechazo o negligencia de los padres aparece con más frecuencia que la aceptación, amor y la confianza, en el pasado de todos aquellos niños con grandes problemas desde la dificultad intelectual académica y las malas relaciones sociales hasta desorden neurótico.

El padre autoritario que sólo da ordenes al niño sin sentirse obligado a dar explicaciones de su proceder es lo opuesto al padre autoritario pero

con autoridad. Los primeros consideran la obediencia como virtud absoluta y tienden a resolver sus intentos de protesta con medidas enérgicas. Algunos padres pueden asumir ésta posición por sentimientos de hostilidad o simplemente por que no se les da la gana de dar explicaciones. Además por que no se da su valor ni es tomado en cuenta.

Muchos niños terminan la edad adolescente con una gran falta de confianza auto-estima o bien siendo incapaces de desempeñarse con seguridad en forma independiente.

Por lo tanto, los padres de nuestra sociedad contemporánea encaran el problema de establecer un delicado equilibrio entre el autoritarismo por una parte y la tolerancia excesiva por otra o lo que es lo mismo igualitarismo o negligencia. Pero se puede lograr el equilibrio entre ambas y el resultado puede ser muy útil para el niño y también para su padre.

Como se ha mencionado, los padres influyen en la conducta de los niños haciendolos más vulnerables y en el consultorio dental se reflejan con más frecuencia ya que el niño adopta una actitud que va de acuerdo a la conducta que le inculcan en su casa y vida diaria.

Para evitar una conducta desagradable y en un intento por lograr la cooperación de los padres y facilitar la labor con los niños se han elaborado diversos métodos como por ejemplo el de dar instrucciones por escrito en la que se destaca que las actitudes de los padres harán en gran medida que el niño coopere y serán:

1. -Que el niño no sepa del temor de sus padres con respecto al tratamiento dental. El temor que él ya tiene más el suyo puede asustarle. Es mejor procurar darle confianza y explicarle por que se le lleva al consultorio dental.

2. - Que los padres acepten el tratamiento tal cual es sin intervenir en él.

3. -No insistir en pararse junto al niño mientras está en el sillón dental.

Los padres son considerados indispensables en la labor Odontológica - para un mejor resultado.

Otro punto importante es donde se le recomienda a los padres que no inquieten al niño, ni lo engañen, es mejor que se le diga que se le lleva al dentista sin darle demasiada importancia y explicarle que el Odontólogo es una persona que se preocupa por su salud física y mental y por su educación. Han estudiado para ello y emplean sus conocimientos para contribuir a su bienestar'.

Un problema más serio es el presentado por un niño angustiado y retraído, que se somete al exámen con apenas algún gemido. Es el mismo niño cuyos maestros lo consideran callado y complaciente, que nunca da trabajo. Es también el niño que con toda seguridad va a sufrir un alto grado de detensión a lo largo del tratamiento. Es casi como si irradiara miedos y preocupaciones. Quizá esa preocupación tenga por base la experiencia prévia con el Odontólogo ó médicos, pero con mayor frecuencia deriva del tipo de disciplina paterna. Como éste niño parece modificar su conducta ante las amenazas se convierten éstas en el método principal de disciplina. Es sabido que entre las formas que tienen éstos padres de intentar corre-

gir a sus hijos es posible hallar declaraciones sorprendentes como "Si an das por ahí mordiendo a la gente, te llevaré con el Dentista para que te - saque los dientes" para éste niño la vida es una sucesión interminable de temores. La escuela puede llegar a ser para él la misma pesadilla que su vida en el hogar.

En razón de muchos temores y preocupaciones éstos niños tienen especial importancia. Debe el niño estar bien informado de todo lo que se le hará y de por qué lo hacemos. También necesita, si puede hacerse expresar todas sus preocupaciones que se puedan haber ido formando en su men te. Aunque simpatía y comprensión serán buen comienzo, son insuficientes para aliviar los temores y tensiones de éste niño. Lo que es más se necesita y lo que iniciará más fácilmente su conversación es que se reconozca en el tratamiento los sentimientos que experimenta.

Muchas veces el problema de éste niño temeroso y angustiado está fuera del alcance efectivo de la capacidad Odontológica.

Muchos Odontólogos dudan de si es conveniente que los padres se queden en el consultorio o en la sala de espera, pues presienten que ahí radica toda o buena parte del problema, algunos Odontólogos se inclinan por que sólo la madre permanezca, otros por permanecer a solas con el niño y por último unos que les da igual.

Muchas veces la mejor situación del tratamiento se alcanza cuando el niño está solo con el Dentista. Ello se logra paulatinamente favoreciendo lo con la actitud profesional.

Si el Dentista decide que se queden los padres mientras éstos acompañan al niño, no deben intervenir en la conversación entre éste y el niño.

El niño se confunde cuando hablan varias personas o recibe indicaciones de diferentes lados y puede no atender a ninguno. Debe evitarse la concurrencia de varios visitantes.

Para evitar la desconfianza de los padres, es necesario responder a cada una de las preguntas que ellos nos formulen, ya que por lo general lo hacen y con mucha frecuencia.

Es natural que los padres tengan dudas respecto a algún padecimiento o lo desconozcan completamente y nuestra obligación es explicarles.

Una de las dudas más frecuentes de los padres es con respecto a la pérdida de los dientes temporales y que en ocasiones se olvidan del asunto pasando inadvertido pensando que los van a mudar.

Este equivocado planteo de algunas madres, es el responsable de muchas bocas en serios problemas de niños en edad escolar y preescolar y es evidencia del desconocimiento de las funciones de los dientes primarios, que no sólo sirven para masticar alimentos, sino para permitir al niño hablar correctamente y actúan como guías para la buena ubicación de los dientes permanentes y la simetría del rostro.

Otra pregunta que se hacen las madres referente a la falta de calcio o de alguna otra vitamina.

Este es otro planteamiento en el cual las madres se sorprenden cuando se les dice que el calcio y las vitaminas de ninguna manera evitan lacáries

ni alivian el cuadro ya existente en la boca. Muy sorprendidas a veces no muy convencidas quizá algo frustradas. Es importante aclarar que la cáries sigue siendo la enfermedad bucal predominante. Si bien existen muchas teorías sobre como se produce, la más aceptable, la de mayor respaldo es la microbiana cariógena. De allí la importancia de explicarles que los exámenes bucales tempranos y periódicos son necesarios y no asombrarse si el Odontólogo indica la radiografía como medio de diagnóstico.

Sería bueno explicar a los padres que una buena práctica para evitar mayor cáries podría ser que los niños recibieran sus golosinas al final de las comidas habituales.

Para que el niño adopte posturas diferentes, los padres y personas allegadas deben cambiar sus hábitos como comer golosinas entre comidas

Otro paso en el control de la cáries es la higiene bucal que el padre junto con el Odontólogo llevará a cabo. Ya mayorcitos en condiciones motoras para hacerlos, los niños irán aprendiendo por explicación e imitación en la tarea rutinaria y compartida.

Aceptando como punto de partida que el temor al Odontólogo es universal, que la gente va a él con miedo y ansiedad, pueden existir antecedentes reales que justifiquen la reacción negativa de una persona, pero tal vez es posible modificar las circunstancias. A esto sigue la pregunta ¿cuando acudir al Dentista por primera vez?. Se sugiere a los 18 meses porque el contacto precóz con otros miembros del equipo de salud serán

muy beneficiosos. Lo importante no es esperar el dolor. Cada vez menos el dolor es el motivo de la consulta. Prevención es la palabra clave y el objetivo principal.

La necesidad de una actitud comprensiva de los padres en las que el niño debe sentirse apoyado positivamente nos hace creer que se consigue al superar los propios conflictos con la Odontología.

No quitarle importancia a sus experiencias de miedo o rechazo, no exigirle las conductas irreales (ya eres una señorita). No frenar sus reacciones lógicas (no tienes que llorar). Al niño que se presenta a una situación desconocida hay que respaldarle con afecto. La visita al Odontólogo es una experiencia de maduración como la visita al médico, como ir a la escuela o a la peluquería. Primero entonces, nada de engaños que sólo contribuyen a frustración y desconfianza. Todo niño entiende si la explicación es auténtica, veraz y adecuada a su edad. Aún con los más pequeños es posible comunicarse.

Evitar los sobornos con miras a un buen comportamiento. Si al término de la sesión todo salió bien, el elogio sincero de sus padres se agraga al del Odontólogo por el logro alcanzado.

Lo fundamental es que los padres resuelvan sus propios conflictos con el Odontólogo. Si los tienen como primer paso, reconocerlos así como los temores y rechazos y resistencias, permitirá una actitud más comprensiva, afectuosa y sincera frente al niño. No olvidar que lo básico, lo que realmente cuenta es la seguridad y el apoyo que el necesita. Cuando los padres están tranquilos cuando sus propios sentimientos hacia la Odontología

no son ansiosos, el hijo difícilmente mostrará temor, y el que pudiera experimentar como todo niño a lo desconocido, desapareciera pronto con una explicación adecuada y realista, justamente a cargo de la persona de quién recibirá no solo cariño sino también seguridad: su padre o su madre. Reconocer que está asustado, que no es el único. Y si llora comprenderlo y comprender que es su forma de reaccionar ante lo que intuye desagradable. Para cada edad hay palabras adecuadas que permiten explicar sencillamente. El niño no necesita relatos complicados o científicos, no tolera ser engañado, la mejor manera de recomendarlo es la de felicitarlo sinceramente.

Los padres deben entender que su hijo no es un hombrecito, ni su niña una mujercita, simplemente un niño y una niña asustados. El niño debe tener libertad para llorar y debe recibir ayuda para que deje de hacerlo. El engaño es inaceptable.

El Odontólogo de hoy se preocupa por algo más que el diente cariado - le preocupa el niño como persona. Y no pensamos en que éste debe ser atendido siempre por un especialista. Todo profesional interesado sinceramente en el problema puede hacerlo.

Cuando un niño sufre caída o se golpea un diente, el problema es tan importante que suele modificar al ambiente familiar y las madres deben saber que hacer en éstos casos. Porque prácticamente en todos los casos, el buen éxito en el tratamiento y pronóstico en cuanto a la evaluación favorable de un diente golpeado depende de la rapidez con que el Odontólogo haya visto y tomado las medidas correspondientes.

Los dientes pueden ser traumatizados a cualquier edad desde que hacen erupción, para el Odontólogo los traumatismos dentarios son situaciones de emergencia, y está dispuesto a alterar su rutina de consulta para ver al niño, son más frecuentes en edades preescolares los desplazamientos que las fracturas. Hacia adelante, atrás, hacia abajo y sobre todo hacia adentro como si el diente se hubiera metido en el hueso. No debe asustarse y consultar inmediatamente.

Muy rara vez el dentista podrá actuar como educador de los padres pero con frecuencia podrá conversar con ellos acerca de la conducta del niño y comentar algunos medios para que se controle mejor esa conducta en el consultorio. Muy a menudo surge esa conversación que el niño está actuando así por su propio temor al Odontólogo, sin pensar que éste temor es el que sus padres le infundieron. La madre pudo haberle sembrado la idea de que existe algo que temer en el consultorio.

Es muy común que los padres lleguen con sus hijos al consultorio de forma tal y que presenten al niño asustado, ansioso y sólo en contadas ocasiones el Dentista tiene la oportunidad de conocer el desarrollo psicológico del niño y la preparación de los padres con respecto a su hijo. Pero eso sí, quieren que el profesional se las arregle solo y que domine cualquier situación para atender a sus niños.

Como en páginas anteriores se mencionó, existen padres que sobreprotegen a sus hijos y otros muy autoritarios que exigen demasiado a los niños. También que no quieren a los pequeños y por lo tanto les ocasionan di-

ferentes conductas.

A continuación se mencionan algunas indicaciones para los padres con el fin de facilitar el tratamiento.

1. -Hablar en forma tranquila y moderada sobre la visita al Dentista.
2. -No mentirles al decirles que no les va a doler o que sólo será una curación.
3. -No hacer comentarios sobre sus estados emocionales, pues éstos pueden ser extremadamente perjudiciales por su influencia psicológica.
4. -No aparecer demasiado nervioso ya que el niño puede asimilar ese nerviosismo y obstaculizar el tratamiento.
5. -No mostrar preocupación cuando el niño llora ya que ese momento podría ser de consecuencias negativas que podrían suceder en el futuro si el niño no es atendido.
6. -No amenazar al niño con llevarlo al dentista si se porta mal en un momento determinado.
7. -Es necesario evitar que el niño se sienta lastimado en su orgullo cuando se le dice que es un llorón o miedoso porque no aceptó el tratamiento dental sin temor, en cambio, alabar al paciente niño cuando éste ha tenido un buen comportamiento durante el tratamiento dental producirá en él mayor empeño en las siguientes visitas.
8. -No sólo en las visitas al médico los padres deben intervenir también deben poner atención en el cepillado correcto y la alimentación adecuada. Todo lo anterior significa que los padres son responsables y se mane

ja con cariño e inteligencia.

9. - Por último debe explicarse a los padres que todo lo antes mencionado se deduce de la experiencia en el manejo y mejoramiento del niño durante largas temporadas y que la realización de lo anterior, es una forma de educar de gran importancia para el niño la cual debe ser practicada.

VIII. - AMBIENTE DE TRABAJO.

La primera persona con la que el niño se pone en contacto al llegar al consultorio, suele ser la asistente Dental. De ese primer encuentro depende en gran parte de la respuesta positiva del pequeño, quién captará la actitud espontánea y genuina cordialidad, lo mismo que la sonrisa de compromiso, el desgano, el tono seco y poco amable. Por eso, quien va a colaborar con nosotros en la importante labor, además de grata presencia deberá poseer madurez emocional. No podemos pretender como ayudante a una experta en Psicología infantil; es suficiente una mujer que quiera a los niños que se vincule positivamente con ellos por mecanismos inmediatos e instintivos, y esté instruida para no usar ni amenazas ni referencias inadecuadas a las preguntas que le formule el niño.

Conviene mucha familiaridad con el niño, pues éste desconfía de las expresivas demostraciones de afecto por parte de una persona desconocida, representante anticipada de un momento que imagina desagradable. Ante un niño negativo, es mejor no hacer comentario alguno.

Frases como ¿Por que lloras?, si el doctor es muy bueno, debieran quedar totalmente prohibidas, ya que de ninguna manera alivia la tensión del niño.

Luego de los saludos, una introducción adecuada puede ser "el doctor tendrá gusto de verte en un momento".

Cuando se pide la cita telefónica o personalmente, la asistente regis -

tará algunos datos importantes para la conducción de la primera visita
¿Es la primera vez que acude a consulta dental? ¿Se le ha informado? -
¿Como ha reaccionado?. De esa averiguación prévia podemos orientar-
nos bastante en cuanto al niño, sus acompañantes y su posición frente -
a la Odontología.

Además del motivo y circunstancias de ese primer llamado, la asisten-
te preguntara el nombre del niño. No hay duda que es mucho más ama-
ble iniciar la relación con un ¿Qué tal? que con un ¿Comó te llamáas?.

Cuando un niño viene por primera vez, él o su acompañante llenan lo-
que podríamos llamar tarjeta de presentación donde figuran el nombre -
apellido, domicilio, número telefónico, fecha de nacimiento ect.

Algunos Dentistas prefieren registrar otros datos en esa primera fi-
cha que se llena en la sala de recepción, casi completando una histo-
ria clínica Mack por ejemplo se entera primero de quién es la perso-
na responsable por cuenta del niño, de que se ocupa, quién es el emplea-
dor, cuanto tiempo lleva en la firma, quién es el médico de la familia y -
en otra tarjeta de varios asuntos referentes al estado de salud general-
del paciente.

A la asistente corresponde en lo posible ubicar la primera visita entre
dos "buenos pacientes". Va sin decir, que en caso de emergencia citará -
al niño para el mismo día (en caso de dolor dentario, si el niño tiene -
la cara hinchada o si no ha dormido por la noche, y sin duda en casos -
de accidente).

a). -Sala de Recepción.

Es un poco la vidriera del consultorio, es el primer impacto que recibe el paciente niño y sus padres, y seguramente esa reacción inicial ayudará a la aceptación o rechazo de todo lo que sigue.

El propósito de la sala de espera es que los pacientes estén cómodos. Psicológicamente, debiera dar al paciente la impresión de seguridad y hospitalidad. Debe alentar la relajación porque ésta será beneficiosa para el paciente y el Odontólogo.

No es necesario decorar con motivos infantiles, sino ofrecer un ambiente agradable y tratar de que el lugar sea amplio para que el paciente elija el lugar que más le guste. Una sala de espera con gente amontonada tiende a crear tensiones y ansiedades en los pacientes. Jamás debe permitirse que una persona permanezca de pie hasta que haya sido dispuesto un asiento. Esto puede ser desastroso y es por lo menos descortés.

El paciente ya sentado quedará impresionado por la comodidad del cuarto de observar que existen los elementos adecuados para su confianza como son sillas para su tamaño y de tener libros acordes a su edad. El Odontólogo deberá reconocer al material de lectura que tiene en su sala de recepción para poder comentarlo con el niño, si llega el caso. Muchos chicos vienen al sillón trayendo la revista que comenzaron al llegar, para aprovecharla en los momentos "libres" del tratamiento.

La lectura es para muchos niños la mejor forma de relajarse de modo que sería conveniente contar con una diversidad de libros. Las revis-

tas ilustradas son mejores, pues pueden ser hojeadas sin esfuerzo mental y rápidamente. Las historiétas cómicas son también recomendables.

La iluminación de la sala de espera debe ser amortiguada, suficiente para leer, pero no tanto como para trabajar con ella, los sillones no deben ser ni duros ni cómodos, ni desechos, Deben estar espaciados, para no dar la sensación de amontonamiento. La temperatura será agradable con aire acondicionado o calefacción.

Si una sala de espera está bien organizada, contará con música y alguna que otra planta colocadas en mazetas para realzar la decoración del lugar.

La música para los niños se recomienda que sea la indicada. A los niños les impresionan las historietas en que ellos pueden adoptar el papel de héroes. Esta identificación contribuye al valor demostrado durante el tratamiento Odontológico. Estas historietas pueden además crear una sensación de seguridad y aminorará muchas aprensiones.

Otra sugerencia sería que la sala de recepción tuviera un pizarrón para la actividad de los niños más grandecitos y para los pequeños problema un martillo y una clavija de plástico, que prácticamente no hacen ruido y salvan los dedos del Dentista de ser mordidos. A lo anterior podríamos llamarlo abreacción. que según Denver, es el proceso de liberar una emoción reprimida reviviendo en la imaginación la experiencia original.

Hendrick la define como una "descarga terapeutica eficaz de los afectos con reminiscencia de un recuerdo reprimido.

b). -Consultorio.

En razón de su función esencialmente técnica, poco lugar queda para la originalidad del arreglo del consultorio, aunque han sido muchos los intentos por crear en el niño la impresión de que continúa en el cuarto de juguetes, o donde pueda mantener la mente alejada de la impresión desa-gradada y del temor natural al Dentista.

Nada debiera obstaculizar la función práctica fundamental, pero fun-cionalidad no significa desnudez y esterilidad. Aún queda márgen para una decoración conveniente después que quede satisfecho el requisito funda-mental del Odontólogo.

Por el bien del paciente, la idea de arreglar el consultorio es simple: debe ser lo más alentador posible. Dada la complejidad y misterio que sugiere el equipo y el aspecto general del consultorio debe compensarlo sugiriendo sencillez y familiaridad. Como el paciente se siente ansioso el lugar debe sugerir calma. Si recordamos que los pacientes no están acos-tumbrados a ver el consultorio todos los días comprenderemos por que se siente tan incómodo.

Los consultorios disimulados no son ideales en absoluto para el ejer-cicio de la buena Odontología Pediátrica. La gran mayoría son siempre diffciles, pero la gran tarea no es llevar al niño al experiencia Odontoló-gica a la realidad de un consultorio dental, ayudando a madurar en la gran aventura contribuyendo a que cada cosa nueva, rara pierda su carác-ter fantástico y sea aceptada por el niño.

El consultorio no debe ser grande, las habitaciones grandes no sólo son inadecuadas en el trabajo, de estrecha colaboración, sino que además son abrumadoras a los ojos del niño. Pierden toda sensación de seguridad en una sala tan desprovista y grande para el trabajo minucioso.

Cuando las actividades lo justifiquen son convenientes dos consultorios. Los consultorios múltiples aumentan la eficacia del Odontólogo.

La mayoría de los niños prefieren ser tratados en privado tan sólo con la presencia de algunos de sus padres.

Dentro de los límites que permiten los servicios profesionales, la eficacia y decoración de un consultorio deben entremezclarse con la individualidad y buen gusto. No es bueno que el aspecto exterior del consultorio anule la personalidad, no se sugiere tampoco un consultorio uniforme más bien debe expresar la personalidad del hombre tanto como la dignidad de su profesión. En muchos consultorios se han hallado en grados variables marcas y señales de los hombres que están dentro de ellos, en los cuadros por ejemplo, la cual alivia la sensación pesada de la eficiencia, pero al mismo tiempo contribuye a una mejor eficiencia al aumentar la disposición del paciente. Los detalles y accesorios decorativos pueden motivar a los niños de muchas maneras. Otro punto importante dentro del consultorio es la limpieza la cual debiera estar presente en cualquier consultorio.

Psicológicamente el niño tiene ideas y escrúpulos bien definidos sobre los objetivos u objetos que entran a la boca y por lo general es de gran importancia la revisión periódica del aspecto de los instrumentos.

Al término de cada sesión el equipo utilizado debe ser limpiado, los instrumentos llevados a la boca esterilizados etc.

Para llevar a cabo un buen trabajo en el consultorio dental además de lo antes mencionado, están las técnicas y posiciones tanto del operador como del asistente. Dichas técnicas y posiciones son:

1. - Técnica a Cuatro Manos.

Dentro de la práctica Odontopediátrica, existen diversas técnicas de como se puede trabajar a cuatro manos. Esta diversidad de técnicas se han diseñado con el propósito de que el Odontólogo elija la más adecuada al tratamiento que llevará a cabo y a su experiencia personal sobre como se puede trabajar mejor sobre un paciente.

Entre las técnicas que con más frecuencia se utilizan se encuentran las siguientes.

-En el momento de la Anestesia.

-Con Dique de Hule.

-Obturación con Amalgama.

-Para pasar y recibir.

-En el momento de la Anestesia.

La coordinación precisa del momento en que la asistente pasa la jeringa al Odontólogo puede reforza la presentación psicológica de la inyección, para ésto la asistente dental, entregará en forma discreta la jeringa.

a). - La asistente sostiene la jeringa en el lado izquierdo en posición inferior al paciente (por debajo del paciente).

b). -El operador se dirige a tomar la jeringa.

En éste paso la asistente puede estar lista para una moderada restricción del niño en caso de que éste decidiera mostrarse agresivo o no aceptara la inyección pateando o alzando los brazos.

c). -El Odontólogo toma con firmeza la jeringa y la asistente sostiene únicamente el capuchón que es la parte inferior que cubre la aguja.

d). -En el momento de la aplicación del anestésico, debe tratarse de que la jeringa no esté a la vista del paciente para evitar que nos impida realizar nuestra labor.

2. -Con Dique De Hule.

Tomando cuenta que la mayoría de los niños se presentan con temores lógicos entonces que ocasiona problemas en lo que se refiere a la operatoria y por lo tanto debemos utilizar accesorios que nos ayuden en éste trabajo.

Inmovilizar la lengua en un paciente pequeño es importante para evitar un accidente y logremos utilizando el dique de hule el cual protegerá además de la lengua, otras estructuras vecinas como son los dientes adyacentes los carrillos etc.

a). -El asistente Dental debe tener listo el dique para que en el momento adecuado se coloque en el arco con su grapa correspondiente y en la pieza deseada.

b). -El operador toma el portagrapas.

c). -Se lleva a la cavidad oral.

d). -Después de colocar la grapa, la asistente dental está lista para recibir el portagrapas.

e). -La asistente dental pasa al operador el escavador o cucharilla para que desprenda el dique de goma de las aletas de la grapa.

3. - Técnica de Pasar y Recibir.

Los instrumentos deben ser entregados lo más cerca posible al campo operatorio, sin pasarlos frente a la cara del paciente. La vista del Odontólogo debe estar concentrada en la boca del paciente limitandose a colocar las manos en posición de recibimiento. La asistente dental pasará los instrumentos con firmeza hacia la mano del Dentista.

4. - Técnica Para la Obturación de Amalgama.

a). -Entregar el porta-amalgamas

b). -Observando la mano del operador la asistente dental coloca con firmeza el porta-amalgamas en posición correcta.

c). -La asistente dental empezara a soltar el porta-amalgamas, mientras que el operador obtura la cavidad, la asistente dental manipula la amalgama que sostiene en la mano izquierda, de tal modo que sea más fácil volver a cargar.

d). -Con la mano derecha, la asistente dental toma el obturador.

e). -Con el dedo meñique la asistente esta lista para recibir el porta-amalgama.

f).-La asistente sostiene el porta-amalgama doblando el dedo meñique.

g).-El operador suelta el porta-amalgama y la asistente se prepara a pasar el obturador.

h).-La asistente pasa el obturador.

Todo lo anterior se repite hasta que termina de obturar la cavidad.

5.-Posiciones de trabajo en el Sistema a Cuatro manos.

Si se quiere lograr una buena visibilidad en el sistema es necesario que tanto la asistente dental como el operador tengan una posición adecuada, entonces la asistente debe colocarse en posición más alta que la del operador. Los movimientos de trabajo deben efectuarse con naturalidad y con menor esfuerzo posible para evitar dar al paciente estímulos negativos.

El área de trabajo de la asistente y del operador deben estar perfectamente definidos para evitar cualquier eventualidad.

6.-Posición de Trabajo de Acuerdo al Reloj.

Se le llama así porque se toman las posiciones de las manecillas del reloj según la manera de trabajar de el operador y su asistente. Estas posiciones son: 12:00 Posición posterior, es una de las más frecuentes para la posición de trabajo horizontal

11:00 Es la posición de trabajo que más se facilita, cuando el cuerpo superior del paciente se encuentra poco inclinado.

10:00 Esta posición facilita la fijación de la cabeza, el operador se encuentra a un lado del paciente y tiene buena visibilidad del campo operatorio.

09:00 Esta posición no es muy frecuente, ya que es muy incómoda - el operador tendría que estirarse demasiado para poder observar el campo operatorio.

08:00 Esta posición puede ser adoptada por pacientes no cooperati - vos en los cuales se les va a trabajar en la arcada inferior, teni - endo una visibilidad directa sobre el campo operatorio.

Uniformes.

El color blanco en los uniformes de las personas que atienden el consultorio dental, es descartado ya que suele ser muy traumático, en cambio, el color azul, verde o amarillo resultan menos traumatizantes y más sedantes.

Si bien es cierto, el uniforme de color puede contribuir en algo a calmar a un chico asustado al no encontrarse frente a una "persona de blanco" no por esto pasará algo grave. En la mayoría de las Escuelas, clínicas de Odontología usan batas y guardarropa blanca sin mayores inconvenientes. Lo importante no es el color, sino quién está dentro del uniforme y la simpatía y seguridad que transmite. Sin esto, ni con el traje más maravilloso se logrará ganar la confianza del niño.

Todo parece indicar que la forma de vestir del profesionalista tiene más efecto en él que en el paciente niño. Este no reacciona al uniforme sino a la persona que lo usa.

Agregando a lo anterior, el uniforme del Odontólogo y de su asistente debe ser limpio, bien planchado y durante todo el día. Los uniformes habrán cambiado antes de que llegue el siguiente paciente, aún cuando sea el último día de la semana. La gente habla. Una persona con aspecto descuidado es siempre criticada y mucho más cuando es el Odontólogo.

Resumiendo, lo más importante en el consultorio respecto al uniforme es que éste sea limpio, el adecuado y que el niño se sienta con la presencia de el personal Odontológico.

Horario

Es indudable que en la práctica combinada un niño que plantea un problema de conducta puede perturbar al profesional obligándole a un ajuste emocional para el que no siempre está preparado. Pero en un consultorio organizado donde los pacientes son citados a horas fijas para su tratamiento, el Odontólogo firmemente interesado en atender al niño, podrá establecer días determinados para esa labor. Con elasticidad necesaria, por supuesto, para emergencias.

Es posible y comprensible que esté no siempre suceda en nuestro medio generalmente el Odontólogo se ve obligado a atender al niño en las últimas horas de la tarde, las más inadecuadas para ellos. Luego de un día en la escuela con todas las alternativas posibles. Cansado físicamente y mentalmente, resulta que las pocas horas que les quedan para distraerse deben pasarlas visitando al dentista, en momentos de la mayor incomodidad.

En la práctica Odontológica ha sido comprobado que los niños acuden a la escuela por la mañana y en la tarde, algunos que van en la mañana estudian otra cosa en la tarde, y los que van en la tarde ocupan la mañana. Cuando van sólo por la tarde las madres tienen dificultades para dejar los quehaceres domésticos matutinos.

La orientación de los padres en la elección de la hora más conveniente para la cita de su hijo exige que la recepcionista esté preparada con información que justifique la decisión. El deber de la recepcionista es de regular el plan de citas que es un requisito esencial en la administración

eficiente del tiempo en el consultorio para niños. El ofrecimiento de otras alternativas de citación refleja una consideración hacia los demás quehaceres de los padres y los guía para que acepten una citación favorable para políticas a tal efecto.

Son los padres quienes autorizan el tratamiento y supervisan los cuidados del niño en el hogar. por lo tanto en cada sesión habrá dos personas que considerarse: padre y niño.

Las sesiones aisladas para los niños permiten flexibilidad para alternar la secuencia del plan de tratamiento si se producen las siguientes situaciones: retraso paterno, súbita enfermedad infantil, accidente de juego, conducta no cooperativa, consulta paterna no planificada o necesidad inmediata de un cambio de los tratamientos asignados, y asignación de periodos asistenciales adicionales. La administración de las sesiones según un plan de una vez reduce también la tendencia de los padres a cancelar por razones triviales aún más que si tuviera la seguridad de citas múltiples. Este plan disminuye más parejamente a los pacientes durante horas de citas populares.

Las citas fracasadas o canceladas que no pueden ser asignadas a otros pacientes contribuye a pérdidas significativas de servicio a pacientes y de ingresos en el consultorio. El mantenimiento de un plan de citas completo y de una lista exacta de llamados al momento, es una responsabilidad de la recepcionista. El recordatorio de los padres por teléfono la mañana anterior, de que el día siguiente corresponda la cita al niño, y el mantenimiento de una lista para llamar en caso de sesiones canceladas

eficiente del tiempo en el consultorio para niños. El ofrecimiento de otras alternativas de citación refleja una consideración hacia los demás quehaceres de los padres y los guía para que acepten una citación favorable para la política a tal efecto.

Son los padres quienes autorizan el tratamiento y supervisan los cuidados del niño en el hogar, por lo tanto, en cada sesión habrá dos personas que considerar : El padre y el Niño.

Las sesiones aisladas para los niños permiten poca flexibilidad para alternar la secuencia del plan de tratamiento si se producen las siguientes situaciones: Retrázo paterno, súbita enfermedad infantil, accidente de juego o necesidad inmediata de un cambio de los tratamientos asignados, La administración de las sesiones según un plan de una vez reduce también la tendencia de los padres a cancelar por razones triviales aún más que si tuviera la seguridad de citas múltiples. Este plan disminuye más parejamente a los pacientes durante horas de citas populares.

Las citas fracasadas o canceladas que no pueden ser asignadas a otro paciente constituye pérdidas significativas de tiempo y de ingresos además de que no se puede atender a otros pacientes. El recordatorio de los padres por teléfono la mañana anterior a la cita nos evitara pérdida de tiempo.

Por último, el tiempo que el niño debe permanecer en el consultorio dental debe ser menos de una hora, ya que dificulta el trabajo al cansarse y volverse inquieto, solo estará más tiempo cuando el tratamiento así lo requiera.

IX .-EXPLICACION DE LOS APARATOS DENTALES.

Un paso muy importante en el proceso del tratamiento es el de la explicación de los aparatos dentales a los niños, el cual tiene la finalidad de medir la actitud del paciente con respecto a los estímulos y vibraciones de los aparatos dentales como la pieza de mano, baja y alta velocidad.

La pieza de alta velocidad es uno de los aparatos más frecuentemente usados en la práctica Odontológica y el que más temor causa al niño por lo que la explicación de éste aparato es de suma importancia debido a éste sonido que produce y puede explicarse que el ruido es parecido al de un avión y así cosas que le gusten.

Es poco recomendable indicar al paciente niño que puede hacer algún movimiento brusco, por el contrario, debe decirsele que si siente alguna molestia nos lo indique con algún mov de la mano. El operador se dará cuenta de lo que pasa deteniendo su trabajo inmediatamente.

Si el niño estuviera fingiendo alguna molestia, el Odontólogo seguirá trabajando sin hacer caso de la señal, sin embargo, el operador estará pendiente del estado emocional del niño y asegurarse el efecto del anestésico.

La vibración de la pieza de mano debe explicarse, colocando un cepillo de profiláxis en el contrángulo sobre su uña del dedo pulgar del niño con el objeto de dar más confianza con respecto a éste aparato. Después se llevará a cabo la profiláxis sin problemas.

X, -EL NIÑO INCAPACITADO.

Al referirme al niño incapacitado, me refiero a aquel niño que de alguna manera se encuentra marginado de la sociedad. O sea, no es compatible con el ambiente. Es decir, no es un niño normal, pues padece ciertos malestares o defectos físicos que le impiden llevar una vida normal ya que deben someterse a un régimen de vida tal que les permita sobrevivir diferente al de los demás, si quisiera ser igual las consecuencias pueden ser graves. Todo lo anteriormente dicho puede ser ejemplificado.

Un niño con problemas físicos que no ha sido tratado adecuadamente puede caer en la autocompasión y destruirse físicamente y psicológicamente también a sí mismo.

Otro niño incapacitado sería aquel que padece el labio fisurado, el cual además de problemas físicos tiene uno mayor que es el de la respiración fonación y alimentación.

Un enfermo con problemas del corazón es otro niño incapacitado el cual tiene que llevar un cierto tipo de vida para no tener consecuencias posteriores.

En mi opinión, un niño incapacitado puede realizar cualquier cosa que se proponga aunque con ciertas limitaciones, lo importante es que tenga un tratamiento médico y psicológico adecuado a su padecimiento. Por lo tanto, es recomendable que el Odontólogo trabaje en combinación con el médico de la familia en caso de enfermedades como del corazón, presión etc, y del psicólogo cuando el defecto físico del niño no haya sido superado y requie-

ra de atención.

Resumiendo, un niño bien atendido a su tiempo puede llevarse al consultorio dental con ciertos cuidados, atenciones entonces lo demás será más fácil.

Dentro de la práctica Odontológica ha sido muy frecuente encontrar que muy pocos profesionistas Odontólogos quiere hacerse cargo de la atención del niño incapacitado ya sea porque no tiene los conocimientos adecuados o por simple negligencia.

Dentro del término de la comunidad, el Odontólogo debe incluir también al niño incapacitado.

Las palabras de "Niño incapacitado" deben entenderse por estado físico mental o socialmente inadaptado. Los puntos y los problemas actuales asociados con éstos niños son generalmente los mismos que afectan a un niño normal, aunque son más severos debido a la negligencia y la mayoría de las veces se dificulta el manejo del niño.

En instituciones donde los niños son observados y supervisados por personal administrativo, el cuidado dental de éstos niños incapacitados es de total abandono. Los factores causales de ésta negligencia parecen ser la ignorancia de los problemas dentales que pueden desarrollarse y la aversión por parte de los padres para llevar a esos niños a tratamiento y procedimientos no relacionados con el problema principal. En muchos casos, la familia en lugar de ayudar complica más las cosas consintiendo al niño otorgándole alimentos cariogénos. aunado a esto, la higiene bucal es frecuentemente difícil de llevar a cabo y por lo general es totalmente abandonada.

El resultado como es de esperarse es más lamentable en el niño y más desesperado en la ayuda. Para comprender esto, la familia del niño diré que por lo general es de escasos recursos para los tratamientos dentales, pero problemas emocionales entre sus hermanos afectan también a éste y aún más la desunión entre los padres que hacen lo mismo en el pequeño con el subsecuente descuido.

Para un buen cuidado frente del niño incapacitado, lo principal es la actitud del Cirujano Dentista frente a estos niños y sus padres. El operador debe aprender a aceptar el tratamiento o puntos de vista no comunes, acciones, palabras y modos de pensar que se adecuan a esta clase de niños. Algunos de ellos no pueden controlar sus actos físicos (tales como parálisis cerebral); consecuentemente, los tratamientos pueden ser frustrantes. Otros que necesitan una atención cuidadosa íntima del dentista, pueden no ser pacientes estéticamente agradables. Como son los retardados mentales que hacen ruidos y movimientos que pueden ser muy diferentes de los que hace un niño normal pero debe tener cuidado, por otro lado el niño hemofílico puede parecer perfectamente normal. El niño con fibrosis quística puede tener paroxismos en medio de un tratamiento. El Odontólogo por lo tanto, debe desarrollar una actitud concerniente al trato de los problemas dentales y evitar ser efectuado por las condiciones físicas del niño; YA sea que el tratamiento se efectuó en el gabinete dental o en el hospital. bajo la anestesia general, es inteligente consultar el médico de -----

familia y obtener la mayor información posible concerniente a la naturaleza, la condición y las preocupaciones que deben ser observadas. La meta en el tratamiento de los niños incapacitados es rendirles al mismo cuidado dental que se esfuerza por darle al niño normal.

Los siguientes puntos son de vital importancia en el tratamiento y cuidado del niño incapacitado.

1. - Cuidados en el Hogar

Los encargados del niño en el hogar que por lo general son los padres deben ser los factores motivantes del cuidado en el hogar. Estos deben enseñarle al pequeño a cepillarse los dientes hasta que éste sea capaz de hacerlo por si mismo. Existen dispositivos especializados para hacer más fácil esta labor como son los cepillos eléctricos, a brebocas y otras ayudas mecánicas. Se debe utilizar una pasta que tenga fluoruro estañoso. Si la familia no tiene el beneficio de la fluoración comunal se recomienda suplementos diarios de fluoruro para mantener óptimos niveles en sangre durante la formación de la dentadura permanente. También es bueno considerar enjuagues bucales, pastillas de fluor por su efecto tópico.

2. - Dieta.

Debe ser apropiada pues es parte del planeamiento preventivo familiar es muy frecuente que la mayoría de los niños incapacitados consuma dieta rica en carbohidratos pues como decía anteriormente los familiares por lástima le otorgan galletas, dulces, etc. y algunos de éstos niños sujetos a dietas especiales. Se ha de consultar al Pediatra o al médico familiar si fuera necesario modificar la dieta.

3. - El papel del paciente

El papel del paciente en la prevención es muy importante, ya que en la mayoría de las veces no está dispuesto a cooperar y máxime si es un niño incapacitado con problemas de parálisis cerebral el cual no tiene control de su comportamiento. Entonces la prevención va a depender de la habilidad para cooperar, debe ser pacientemente demostrado y enfatizado en cada visita al consultorio. Una medida eficaz para reducir las placas microbianas en el niño debe ser iniciada a temprana edad.

4. - Supervisión Profesional.

La coordinación profesional es de suma importancia en un programa Odontológico preventivo, consistente de exámenes periódicos, profilaxis, y tratamientos preventivos restaurador realizado regularmente. Los intervalos en la atención profesional deben contar con eficaz programa de control de placas por el paciente y el buen estado de salud de los tejidos blancos.

Los exámenes pueden variar entre dos veces por año a frecuencias de dos a tre meses, si no puede mantener un adecuado programa de salud-dental..

A).- El manejo del niño en el tratamiento Odontológico.

El manejo del paciente es un factor importante en el tratamiento del niño incapacitado. Todos los métodos convencionales de obtener cooperación del paciente habrán de ser agotados antes de restringir al niño o antes de emplear medicaciones o anestesia general. Las restricciones o dominio físico deben ser un sustituto del manejo psicológico del niño. Se ha definido con claridad la importancia de restringir procedimientos pediátricos a los niños que no son manejables y alienar a los padres para que sean informados de la razón de los tipos de restricciones que deberán ser utilizadas.

Comprendiendo la profundidad, la preocupación y las angustias de los padres por su hijo, sentimos la necesidad de dar consuelo y tranquilizar antes del tratamiento. Por lo tanto, además del tratamiento Odontológico por completo, el método de manejo del niño debe ser claramente comprendido por el padre antes que sea llevado a cabo procedimiento alguno. Como hemos visto, existen infinidad de factores que debemos tomar en cuenta para tratar al paciente niño más especialmente en el incapacitado a sí pues, hay algunos que por lo general no se toman en consideración con frecuencia y es la posición del sillón.

La posición correcta del sillón es un requisito preciso para el dominio físico. El centro de gravedad del paciente debe estar ubicado bajo, en una posición reclinada que torne más difícil el movimiento hacia adelante y permita el Odontólogo y a su asistente un mejor control del niño.

Los sillones relajantes brindan un mejor control del paciente incapacitado y son una clara ventaja al tratar a niños con Parálisis Cerebral.

Las técnicas siguientes solas o combinadas permitirán al Odontólogo manejar al paciente difícil. En algunas ocasiones los procedimientos pueden requerir una restricción adicional.

a). -Estabilización de los Maxilares.

Las pinzas abre bocas de Molt, el bloque de mordida de McKee o un dedal interoclusal para estabilizar la boca en posición abierta. Si no se cuenta con estos recursos, se les puede sustituir por varas abatibles desechables aseguradas. La asistente vigilara estrechamente el dispositivo usado para permitir un desplazamiento por la lengua o por la labios del paciente. Este desplazamiento podrá provocar laceraciones a los tejidos blandos o subluxación de los dientes.

b). -Dispositivo de Restricción.

La restricción física no se puede incorporar como castigo o método disciplinario y ha de ser precedida y acompañada por una explicación razonable de su uso, si es posible la comunicación con el paciente es lo mejor. Los dispositivos de restricción pueden ser presentados gráficamente al niño como recurso auxiliar como cinturones de seguridad.

El uso de una Pedi-Wrap para restricción es bueno, ésta es como un traje espacial o ropa de seguridad que ayudará al niño a sentirse seguro y le impedirá caerse del sillón.

Si se sospecha una dificultad en el manejo del niño éste debe ser colocado profilácticamente en el dispositivo de restricción en vez de hacerlo después de haberse manifestado el problema. Algunos Cirujanos Dentistas prefieren que la asistente sostenga los brazos y piernas del niño durante los periodos de conducta difícil. En este método es imposible lograr condiciones eficaces de trabajo a menos que se cuente con múltiples auxiliares y el paciente sea literalmente inmovilizado. La reacción del niño ante la Pedi-Wrap o sabana de restricción es mucho más favorable y predecible que el sosten del niño durante el tratamiento Odontológico.

Obtener atención del paciente después de iniciada un ataque de rabietta es algo que depende del nivel de maduración del Odontólogo, la firmeza reflejada en el dominio de la voz, las indicaciones verbales o la restricción manual con los métodos descritos con más éxito.

Respecto al niño retardado, se ha de pensar en una persona que requiere una premedicación o anestesia general sumadas a las restricciones si se dan los problemas más graves de conducta. Las restricciones parecen proporcionarnos una sensación de seguridad y comodidad para el paciente-premedicado.

Al considerar las necesidades Odontológicas, el niño incapacitado se le puede dividir en:

1. - Niños con problemas Odontológicos Disminuyentes; Anomalías congénitas de estructuras, maloclusión, esquelética de tipo grave, labio hendido etc. .

El tratamiento de éstos niños requiere de la participación del Cirujano Dentista al igual que del médico especialista para lograr una buena rehabilitación.

2. -Niños con problemas pediátricos específicos como: Trastorno hemático, cardiopatías, Parálisis cerebral etc. Puede no tener problemas dentales específicos, pero su disminución médica física podría complicar el tratamiento Odontológico.

B. -Exámen Dental.

La primera visita del niño incapacitado al consultorio dental es sin duda de gran importancia, ya que el médico quien lo atenderá se dará una idea y formará un criterio del estado del niño y así apreciar la capacidad e interés por el niño y su tratamiento.

El personal Odontológico puede prever una conducta del niño incapacitado al observar la relación existente entre éste y sus padres, familia-etc. Si tiene que ser trasladado por su padre ó en algún aparato como la silla de ruedas, muletas etc) o si presenta una conducta atípica, o sea, que se comporta de manera diferente a lo esperado.

El Odontólogo puede cambiar el proceso al iniciar el tratamiento.

Lo ideal es que los padres acompañen al niño al consultorio para observar con más detenimiento el proceso de socialización entre el niño y el Cirujano Dentista.

Si el Odontólogo logra que el niño acepte el tratamiento, sin duda habrá logrado un exitoso resultado.

PARALITICO CEREBRAL.

a) Parálisis Cerebral

Pertenece a un grupo de trastornos relacionados que se superponen etimológicamente y clínicamente y se ubica bajo el encabezamiento de Síndrome de disfunción cerebral y que también incluye tipos de deficiencia mental y epilepsia.

La causa de la parálisis cerebral puede ser aparente en algunos casos y haber ocurrido antes, durante o después del nacimiento. Entre las más comunes está la hemorragia y posiblemente las infecciones virales durante el embarazo. Hay casos sin embargo donde no se puede descubrir una causa evidente, de manera que el término "niño con daño cerebral" no es verdaderamente adecuado.

Este grupo de niños presenta un problema social médico muy importante y su número es suficiente para justificar las medidas locales específicas en cualquier área grande de población. Se pueden señalar cuatro grados de atención general necesaria para éstos niños. Los que son mentalmente competentes pueden concurrir a la escuela normal ya que su impedimento físico tiende a ser leve. Quienes tienen un impedimento significativo deben acudir a una escuela especial. Si es geográficamente posible deben vivir en su hogar, pero cuando la distancia es muy grande como para viajar diariamente, entonces deben disponer de facilidades residenciales. El niño debe si es posible asistir diariamente a un centro ocupacional donde

se le pueda dar entrenamiento sencillo para su beneficio.

El estado bucal de estos niños es en cuanto a cáries ligeramente más elevado que el niño normal y las obturaciones del primero son más sencillas que el último. En el paralítico cerebral, hay más ausencias que en el normal.

En el esmalte hay una incidencia más elevada de hipoplasia de esmalte en la dentición primaria.

Más de tres cuartas partes de los pacientes Paralíticos Cerebrales tienen algún grado de gingivitis, siendo la incidencia más elevada en los mayores. La mecánica del cepillado dentario puede ser tan difícil que pueden desanimar al paciente ya que debido a su estado, la deglución también se altera.

Estos pacientes tienen más elevada incidencia de maloclusión que la habitual, debido a la actividad muscular anormal y el estado dentario puede empeorar agrandándole el trauma, las cáries no son infrecuentes en los niños con éste problema.

El bruxismo puede ser tan severo en la mayor parte de los pacientes comunmente en los más problemáticos.

El buen cuidado dental en los niños paralíticos cerebrales y especialmente en aquellos con complicaciones en la cabeza o en el cuello es de vital importancia.

Desafortunadamente el tratamiento Odontológico completo para estos pacientes, aún no es asunto de rutina en todas las áreas médicas pero el Odontólogo puede contribuir mucho a sus servicios.

Estos niños pueden ser un gran problema hasta que se familiaricen con el Odontólogo y con el tipo de tratamiento. También pueden existir defectos auditivos o visuales que dificulten la conversación y explicaciones junto al sillón o puede tener defecto de dicción lo que hace más difícil la comunicación.

En pacientes de inteligencia por debajo de lo normal la comunicación y el entendimiento pueden ser difíciles de alcanzar cuando se intenta obtener cooperación.

Una gran cantidad de Paralíticos Cerebrales sufren de alguna forma, convulsiones, aunque la ansiedad puede precipitar en ataque, es casi seguro que el paciente esté recibiendo drogas que controlen el ataque y un episodio así es raro en el sillón dental.

Antes de ver al niño procurar buscar información del médico sobre su condición. Necesita conocer el tipo de complicación neurológica y su gravedad, cualquiera historia clínica de convulsión terapéutica de drogas. Con este conocimiento el Odontólogo puede adecuar su actitud a las necesidades de ese paciente en particular.

Muchos de los pacientes paráliticos cerebrales pueden sentarse en el sillón dental, pero éste debe inclinarse hacia atrás de manera que haya-

b) Subnormalidad Mentoniana.

La deficiencia mental no puede definirse por un medio de reglas precisas, ni puede comprobarse exactamente. Un niño puede carecer de inteligencia pero, aunque puede probarse, los resultados no son siempre constantes. Puede carecer de capacidad para ser educado, pero en realidad puede ser tardío en desarrollarse.

Una de las clasificaciones más usadas es el acta de Deficiencia Mental de 1927, la que divide los grados de severidad en: Idiota, Imbécil, y Débil Mental.

Idiota.- Es un individuo "Incapaz de cuidarse a sí mismo o contra un peligro físico.

Imbécil.- Es una persona incapaz de manejarse a sí misma contra algo o a sus asuntos, en el caso de los niños de ser engañados de hacerlo. Es menos defectuoso que el Idiota y puede ser enseñado a defenderse contra los peligros comunes.

Débil Mental.- Una persona débil mental o deficiente, requiere cuidado, supervisión y control para su propia protección y para la protección de otros en el caso de niños, es incapaz de recibir educación en la escuela.

TRATAMIENTO.

El niño con grado leve de subnormalidad mental., puede ser tratado en cualquier consultorio. Los niños con daños cerebrales que están propensos a convulsiones pueden no ser considerados por el dentista como sujetos de cuidado adecuado.

Estado periodontal requiere atención especial. el niño disminuido probablemente nunca tolerará dentaduras o mantenedores de espacio para reemplazar los dientes perdidos, tendrá mayor dificultad para comer - alimentos correctos, por lo tanto, el tipo de dieta será pobre.

SINDROME DE DOWN (TRISOMIA -21).

El síndrome de down es un estado que ahora se sabe está asociado con una anormalidad cromosómica. El estado es más frecuente en niños nacidos de madres mayores, sobre todo en aquellas quienes han pasado los 35 años, pero cuando la madre es joven puede haber una translocación heredada de uno del par de cromosomas 21.

Los niños Down son todos mentalmente retardados en alguna medida. Están demorados sus actos, para sentarse, caminar, pararse y hablar, se han desarrollado a un ritmo más lento que lo normal. Son niños contentos, afectuosos y quizá traviesos, aunque ocasionalmente pueden ser agresivos.

El grado de retraso mental es muy variable. Algunos están afectados tan severamente como para ser totalmente dependientes y estar internados en instituciones.

El niño Down típico tiene muchas características propias, que lo distinguen del normal. Generalmente más pequeños que el promedio en estatura para su edad, un proceso gradual que es menos evidente en el niño más pequeño que en el mayor. Es regordete y camina pesadamente e inclinado hacia adelante. Sus dedos son cortos, fofos y su piel puede ser seca y aspera. Su cráneo es braquicefálico y en algunos hay un menor desarrollo del tercio medio de la cara.

Hay algunas anormalidades médicas importantes de especial relevancia, Aparecen defectos cardíacos congénitos en aproximadamente un tercio de éstos niños y puede haber cianosis. Es posible un trastorno de la tiroides con deficiencia y también se menciona el hipopituitarismo. Los niños Down son especialmente propensos a las infecciones, sobre todo bronquitis y otras infecciones respiratorias y éste es una de las razones principales por que tan pocos sobreviven hasta edad avanzada. También la incidencia de leucemia más elevada que la normal.

Casi un tercio más o menos de éstos pacientes puede tener dientes congénitamente ausentes, siendo lo más frecuente uno a ambos cincivolaterales superiores.

La morfología dentaria también puede ser afectada. Sus dientes son más pequeños que lo normal y tienden a ser redondeados o bulbosos.

Los niños Down tienen una notable resistencia a la cáries y por lo menos la mitad de ellos están libres de cáries.

Casi todos los niños mencionados sufren de un grado moderado o severo de enfermedad periodontal y una maloclusión. Por el tamaño pequeño del maxilar superior con la falta de desarrollo hacia adelante y hacia abajo, suele resultar una maloclusión.

Tratamiento.

El grado de cooperación depende mucho del nivel de su inteligencia. El Down más inteligente puede ser tratado en el sillón dental en forma razonablemente normal para procedimientos conservadores. Para los de grado más bajo, el tratamiento debe ser adaptado a las necesidades in -

mediatas y puede limitarse a extracciones en el caso de niños internados
No hay contraindicación para la Anestesia local.

Los niños con enfermedad cardíaca congénita necesitan un plan de -
tratamiento especial que tome en cuenta esa condición. En esos casos -
las extracciones y curetajes profundos deben hacerse bajo terapia con an-
tibióticos y la terapia de conductos radiculares ésta contraindicada.

EPILEPSIA.

La epilepsia no es una enfermedad en si misma, sino un síntoma de un trastorno cerebral subyacente. Ocurre en el 0.5 al por ciento de la población y aproximadamente 5% subnormalidad mental. Está presente en más o menos de la mitad de todos los espásticos y en un cuarto de los atetoides.

" Hay dos tipos de epilepsia. La variedad organica en la que puede demostrarse el daño cerebral físico y un posible factor genético, como la fenilketonuria y la variedad Idiopática, en la que suela haber una anomalía cerebral funcional demostrable.

La convulsión se debe a una descarga eléctrica repentina en la materia gris como un shock eléctrico. Es de grados variables dependiendo de donde y cuando está afectando el cerebro la descarga.

La otra variedad es la que no se sabe con certeza su origen, aunque se cree que proviene del cerebro en alguna parte aún no descubierta.

El tratamiento de estos estados convulsivos son el Epamín (Dilantina), utilizado más usualmente.

El único rasgo especial que se encuentra en el paciente tratado con Epamín. En ellos puede haber una gingivitis hiperplástica de naturaleza fibrosa a veces tan intensa como para cubrir casi toda las coronas dentarias o demorar la erupción. Está asociada con un pobre estado de higiene bucal y se la ve bien ilustrada en muchos textos de Patología bucal.

Habitualmente el niño está bien controlado y es poco probable que -
ocurra un episodio durante el tratamiento especialmente si hay una buena
relación entre el niño y el Odontólogo. Si un paciente sufre éste gran mal
es necesario conocer los procedimientos a seguir en un ataque epiléptico.
Debe ponerse en el suelo de costado, en un espacio vacío en el piso lo
más fácil. También para que no trague saliva y ser muerda la lengua se
le coloca entre los dientes algo para que muerda, su cabeza se pone en -
una posición que impida lastimarse.

HEMOFILIA.

Después de los primeros estudios de control de la salida de sangre de una herida por vasoconstricción y formación de una tapa o tapon de plaquetas, se inicia el mecanismo de coagulación de sangre. Esta complicada reacción implica una gran cantidad de factores y una deficiencia en uno de ellos puede romper la cadena.

Un factor así suele ser hereditario, siendo el más común de ellos la hemofilia clásica ó deficiencia del factor antihemofílico y que corresponde a tres cuartos de los casos. Otro es la deficiencia por el componente tromboplastina plasmática o enfermedad de "Crismas".

Los hemofílicos generalmente tienen un tiempo de coagulación prolongado y muestran una tendencia anormal a la salida de sangre continuada de las heridas en los tejidos, típicamente en las articulaciones.

Al hacer el diagnóstico oficial cada paciente es provisto de habitualmente una tarjeta de información oficial que contiene el diagnóstico del paciente. La educación puede convertirse en problema para éste niño en algunos casos leves concurrirán a la escuela normal y tienen poca dificultad.

Los niños afectados severamente, sin embargo, encontrarán esas escuelas demasiado duras y estarán perturbadas porque no se les permite participar en juegos organizados con sus amigos.

En un tratamiento Odontológico, el problema es mayor al tratar con hemofílicos, puede ser la aceptación de la atención Odontológica de rutina.

na. Aquellos pacientes con una historia familiar de la enfermedad y sobre todo si contiene algún incidente Odontológico desafortunado, pueden tener un gran prejuicio que debe ser vencido y se necesitarán largas y repetidas discusiones para que los padres comprendan lo esencial que su hijo reciba atención Odontológica como medida preventiva.

El Odontólogo debe en primer término familiarizarse con la historia-clínica del paciente. Necesita saber esencialmente la gravedad del defecto sanguíneo ya que éste influirá en la elección del tratamiento.

Un niño afectado severamente debe contar con una ambulancia u otro transporte si la familia no tiene automóvil.

A Un paciente hemofílico debe darse instrucción sobre el cepillado dental y repetirse a intervalos. El niño y los padres deben estar plenamente informados de las razones y el valor de ésta tarea. La anestesia local esta contraindicada en éstos pacientes. En casos especiales la anestesia debe ser general con el consentimiento de los médicos responsables de la atención dental.

PREMEDICACION Y ANESTESIA GENERAL.

El niño con antecedentes de intervención quirúrgica, médica u Odontológica, que han dejado un mal impacto emocional, en algunos impedidos - (paralítico cerebral, debiles mentales), en todos aquellos casos en los que no es posible una comunicación positiva ni el logro de la cooperación del niño de manera rutinaria y si el tratamiento Odontológico no fuera exitoso en el empleo de la premedicación, entonces se recomienda que el niño sea remitido a un hospital y se le administre la anestesia general. También cuando pensamos en la anestesia local y vemos que no da resultados se recurrirá a ésta anestésia general.

Este es un procedimiento que sólo debe utilizarse cuando de verdad lo amerite el caso, pues esta técnica es magnifica si se usa correctamente en manos adecuadas y en situaciones pertinentes. Con demasiada frecuencia el uso indiscriminado de la anestesia general se convierte en un arma de dos filos pues puede ser muy útil si se aplica como debe ser o si no es así ocasionará la muerte si no se tiene cuidado.

Antes de la internación el Odontólogo debe explicar a los padres del pequeño que los procedimientos de hospitalización y el tratamiento de anestesia general son necesarios. También debe notificarse al médico ó - Pediatra de la familia para que apruebe el procedimiento Odontológico. La administración de la Anestesia General corresponde al médico Anestesta y debe realizarse en un ambiente que ofrezca las máximas seguri-

dades. El cirujano Dentista debe actuar únicamente como tal dejando que el médico especialista se encargue de la Anestesia.

El arte de anestesia se olvida por completo con demasiada frecuencia en ésta era de producción en masa, Es imperativo que cada paciente sea encarado como individuo, teniendo siempre en mente que es muy posible que éste sea su único contacto con la Anestesia.

Si se considera Anestesia General, aplicar a un niño más o menos resistente sin exámen clínico previo responsable, sin la preparación integral ineludible, en ambiente inadecuado, algunas gasas perfumadas tapan-dole la boca, obstruir la nariz y enviar un chorro de Cloruro de etilo sin noción de dosis alguna; ver dormido o gritar, ponerse cianótico y despertar angustiado buscando desesperadamente aire; si ese cuadro tan común con una simple extracción o abrir cavidades se considera Anestesia General, no apresuro a decir que debemos desecharlo terminantemente de nuestros pacientes.

El respeto a la personalidad del niño, la responsabilidad de cada profesional, su filosofía del ejercicio, la valoración de su paciente y la propia valoración decidirán su conducta.

CONCLUSIONES.

Una de mis conclusiones es que la Odontopediatría es una de las ramas más importantes de la Odontología y que por lo tanto debe practicarse con más frecuencia y eficacia ya que la mayor parte de la población mexicana son niños y que más de la mitad de estos son personas con escasos recursos, que nunca han recibido educación dental, adecuada y por lo mismo sus padres tampoco se preocupan por ellos, además de que algunos programas de prevención se llevaran a cabo con respecto a la salud dental y serían de gran provecho para todos éstos niños.

Existen aún muchos factores que no han sido posibles de superar en el consultorio dental, como la poca educación dental de los padres y el también poco interés de ellos por realizar las consultas en las horas adecuadas.

El aspecto en el cual me basé fué más bien el Psicológico ya que lo primero que hay que sortear en el niño es su conducta y no se podría hacer algo si no se entera uno de las maneras de como puede ayudar a mejorarlas.

Dentro del desarrollo emocional de las personas se encuentran diversas etapas por las que atraviesa éstas etapas son las que van a ir modificando la conducta del individuo. Conociendo los estados emocionales del paciente, el Odontólogo podrá remediarlo y así tendrá la mitad del tratamiento ganado. Algunas personas son más aprensivas que otras.....

que no aceptan el tratamiento por más que se trate de persuadir.

Cualquier profesional Odontólogo con los conocimientos adecuados, con la buena disponibilidad, y un buen conocimiento de los estados emocionales del paciente, logrará el éxito dental.

Con respecto al Incapacitado, también será posible su tratamiento con las condiciones adecuadas.

Tanto un paciente niño normal, como los incapacitados, son factibles de tratar con la variante de que al niño incapacitado se le debe prestar atención un poco más especial de acuerdo a su impedimento.

BIBLIOGRAFIA.

RALPH E MC DONALD BS·DDS MS.
ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE.
2a EDICION 1975.
EDITORIAL MUNDI SA DE CYF.
BUENOS AIRES ARGENTINA.

JOHN CHARLES BRAUER.
ODONTOLOGIA PARA NIÑOS.
4a EDICION 1959.
EDITORIAL MUNDI S.A CYF.
BUENOS AIRES ARGENTINA.

JOHN CONGER.£
LA PSICOLOGIA Y TU.
1a EDICION 1980.
EDITORIAL TIERRA FIRME.
MEXICO.

CINOTTI WILLIAM R.
PSICOLOGIA APLICADA EN ODONTOLOGIA.
1950.
EDITORIAL MUNDI.
BUENOS AIRES ARGENTINA.‡

FIN SIDNEY B.
ODONTOLOGIA PEDIATRICA.
4a EDICION 1976.
EDITORIAL INTERAMERICANA.

LAW DAVID B.
ATLAS DE ODONTOLOGIA.
1972.
EDITORIAL MUNDI.
BUENOS AIRES ARGENTINA.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA NORTEAMERICANA.
1973.
EDITORIAL INTERAMERICANA.
MEXICO.

MODULOS DE ODONTOPEDIATRIA.
UNAM SUA.
MEXICO.

ODONTOLOGIA PARA NIÑOS IMPEDIDOS.