



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

MANEJO DEL NIÑO

TESIS PROFESIONAL

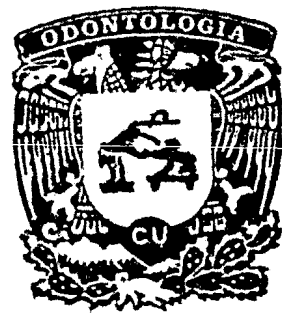
Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

presenta

ALMA DELIA PEREZ OSORIO

México, D. F.

1983





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I:

"DESARROLLO PSICOLOGICO".

- A.- Aspectos generales de la Odontopediatría.
- B.- Las primeras emociones, el miedo y la angustia.
- C.- La personalidad del niño y sus mecanismos de integración de la personalidad.

CAPITULO II:

"EL ODONTOPEDIATRA FRENTE AL NIÑO"

- A.- Consideraciones del odontopediatra.
- B.- Responsabilidad del odontopediatra, su habilidad y su rapidez.
- C.- La educación en la etapa escolar.

CAPITULO III.

"EL AMBIENTE DEL CONSULTORIO DENTAL"

- A.- Su aspecto, su manejo y decoración.
- B.- Personal auxiliar.
- C.- Historia clínica.

CAPITULO IV:

"MANEJO DEL NIÑO"

- A.- Manejo psicológico, la importancia de técnicas de sedación.
- B.- Técnicas de reacondicionamiento en el consultorio dental, la cortesía y amabilidad para los niños.
- C.- La relación de los padres con el niño y la protección excesiva.

D.- Instrucciones a los padres, su comportamiento en el consultorio odontológico; así como también la educación del dentista en los programas de prevención (higiene bucal y aplicaciones tópicas de fluor).

BIBLIOGRAFIA

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

El objetivo primordial que me ha motivado - para elaborar este trabajo, cuyo título es "Manejo del Niño" es el de contribuir a mejorar el servicio dental en los niños de una manera satisfactoria, - evitándoles dolores, molestias y sufrimientos.

Tenemos actualmente en la República Mexicana que la "odontopediatría" juega un papel importante - ya que existe un elevado índice de niños que requieren importante atención en la cavidad oral; razón - por la cual se presentan en este trabajo elementos - mínimos y técnicas, para que ellos puedan colaborar, y tanto los padres como ellos queden satisfechos por la forma en que el odontólogo y su personal encauzan al pequeño paciente para que aprenda a enfrentarse a las diversas situaciones que exigen los procedimientos dentales.

Aporto este trabajo con la idea de transmitir mis inquietudes, ya que considero que los niños son - pacientes especiales y merecen un manejo adecuado y - sobre todo un servicio que sea satisfactorio.

CAPITULO I

"DESARROLLO PSICOLOGICO"

En este capítulo mencionaré los factores más importantes del desarrollo psicológico y emocional del niño - en conjugación con los agentes que producen miedo, temor y angustia en el consultorio dental.

El odontopediatra debe aceptar 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 transcurre" 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 en nuestro paciente niño algo más que - sus dientes.

Pienso que centrar la atención solamente en el problema dentario es inadecuado; Sin embargo las tareas de la odontopediatría son múltiples y abarcan los tratamientos odontológicos de los niños desde el período temprano de la dentición primaria hasta finalizar el desarrollo - de la dentadura. Esta valoración diagnóstica requiere un cuidadoso estudio del medio ambiente y la valoración de su papel en el trastorno del niño deben versar en gran - parte sobre su relación con la madre durante los períodos neonatal e infantil; incluye al padre y a otros miembros de la familia durante los años preescolares y a per

sonas ajenas a la familia durante las edades propuberal y la adolescencia.

La mayor parte de los estudios sobre el desarrollo normal del niño y sobre el origen de las alteraciones psicológicas se centran alrededor de la relación del niño con su madre por la sencilla razón que su vida empieza en intimidad con ella y es ella quien está directamente interesada en su cuidado durante los primeros años.

Por otra parte esta situación no disminuye la importancia del padre, aun cuando él no interviene de modo directo en el cuidado del niño su influencia se deja sentir indirectamente por el apoyo emocional que presta a la madre. En la cultura actual el padre participa cada vez más en el cuidado del lactante y tiene un papel relevante en la vida del niño pequeño.

Un importante concepto perteneciente al estudio del medio ambiente es el de dinámica de la familia. La familia es concebida como una unidad dotada de un equilibrio dinámico derivado de la interacción de todos sus miembros. De este modo un determinado niño puede adquirir un cierto papel que tenga importancia en el equilibrio del grupo familiar, por ejemplo: el niño bueno o el niño listo o el niño torpe.

Este concepto difiere de la noción de que los miembros de una familia actúan sólo individualmente. En términos generales los tipos de influencia ambiental que deben ser considerados son:

- 1.- Subestimulación.
- 2.- Superestimulación.
- 3.- Privación emocional.
- 4.- Superindulgencia.
- 5.- Superprotección.
- 6.- Escaso estímulo competitivo.
- 7.- Presión indebida.
- 8.- Incompatibilidad.
- 9.- Exceso de conflicto y tensión en la atmósfera familiar.
- 10.- Aprobación inconsciente por parte de los padres del comportamiento que conscientemente desapruban (el niño actúa en concordancia con la actitud inconsciente o verdadera de los padres).

En el estudio del niño la historia de los primeros momentos del desarrollo es facilitada por sus padres. Los períodos neonatal e infantil son cuidadosamente examinados a fin de valorar el papel de los factores medioambientales en comparación a los factores constitucionales del niño. La influencia del medio ambiente empieza tan pronto, que las respuestas que produce en el niño pueden ser erróneamente atribuidas a su dotación innata. A la inversa, factores innatos-subclínicos pueden ser la causa de respuestas o actitudes medioambientales que son erróneamente consideradas como primarias y etiológicas. La última posibilidad necesita ser considerada en el caso de incompatibilidad entre el temperamento o conducta del niño y los cometidos o esperanzas de la madre.

A) ASPECTOS GENERALES DE LA ODONTOPEDIATRIA.

La odontopediatría tiene una función sumamente importante en la atención y cuidado de los padecimientos dentales en los niños. La odontopediatría es una rama de la odontología - que basada en conocimientos científicos, estudia las condiciones patológicas bucales del paciente infante, su tratamiento, así como los aspectos psicológicos y sociales que intervienen en el proceso de su desarrollo integral.

La odontopediatría (de odonto - diente ; país, niño e - iatría - curación) va íntimamente relacionada con la paidología, que quiere decir la ciencia del niño; su conducta y desenvolvimiento.

La odontopediatría crea las condiciones previas para una dentadura sana para toda la vida.

Los postulados de esta rama de la odontología, comprenden de la protección de los jóvenes contra daños evitables, reconocimiento temprano y óptimo tratamiento de las enfermedades de los órganos masticatorios, enseñanza de la importancia y utilidad de una higiene bucal sistemática para gozar en la - adultos de una dentadura sana.

En la odontopediatría debe existir una responsabilidad profesional. Su labor debe ser educativa y profiláctica, hacia el niño y sus padres, dicho de otro manera educar y orientar a sus familiares.

Crear las condiciones previas para una dentadura sana -

para toda la vida. Se ha enriquecido con nuevas técnicas y métodos, gracias al mejor conocimiento del niño.

Otro de sus enfoques, es la prevención encaminada a desaparecer la invalidez dental, que existe en una gran población de nuestro país.

B) PRIMERAS EMOCIONES.

Antes de llevar a un niño al sillón dental, debemos saber acerca de los principios generales de su conducta; atención de su estado emocional, que es lo que trata el presente capítulo. Es indispensable conocer o basarse en el conjunto de algunas técnicas, que estudien el desarrollo emocional del niño.

En la medida que el odontopediatra comprende los procesos psicológicos emocionales del paciente infante, su habilidad será más efectiva para poder controlar su conducta.

Las primeras emociones del niño, surgen desde el momento que nace, porque este acto lleva implícito un trauma, que es la conmoción física que sufre por todos los estímulos al salir del claustro materno; y esto va a constituir su primer contacto con el mundo exterior, siendo este contacto primordialmente emocional, aunque de naturaleza desagradable.

La vida emotiva infantil, se va formando mediante todo un proceso que se inicia con un estado de excitación general en respuesta a los intensos estímulos externos a los que se enfrenta y que se manifiesta por llanto, angustia, temor, etc.

Toda la esfera emocional del niño, inicia su evolución

hacia una diferenciación progresiva que irá adquiriendo la diversidad emocional en las distintas etapas de su desarrollo.

Dicha condición implica también una progresiva socialización de lo que se basa en la importancia de experiencias con respuestas emotivas intensas, en la transferencia progresiva de estas respuestas a situaciones establecidas por la práctica y aprobadas por la sociedad y por último en el cambio gradual que el aprendizaje y la presión social producen en el origen de las respuestas emotivas manifiestas, en particular las de desagrado.

Se considera así seguro indicio de madurez emocional --- cuando aumenta la capacidad inhibitoria frente a estímulos molestos.

Las manifestaciones emocionales en el niño, a diferencia de las del adulto, se expresan ostensiblemente en todo el cuerpo; patalea, gesticula, grita, etc.

Antes de continuar con estas respuestas emotivas, conviene hablar acerca de su origen en el Sistema Nervioso.

Desde siempre el hombre ha tratado de comprender los complejos estados afectivos que experimenta. A este respecto se han hecho investigaciones de la relación que puede existir entre la emoción y los procesos fisiológicos, e incluso explicarla en estos términos.

BASE NEURAL DE LAS EMOCIONES

Las investigaciones sobre el origen fisiológico de las -

emociones datan en los años de 1927 y 1929, en que el fisiólogo Walter Cannon pensó que el sustratum anatómico de las emociones está constituido por el diencefalo y sus conexiones -- con las vísceras y con la corteza cerebral. Expuso que en la emoción, el diencefalo, que recibe estímulos aferentes, excita a su vez al músculo esquelético y a las vísceras mediante una "descarga descendente", en tanto que el componente subjetivo, el afecto, está dado por una "descarga ascendente" hacia la corteza cerebral. Cannon estudió la descarga descendente en sus componentes simpático-adrenales.

Estas investigaciones han sido válidas, y son la base para el estudio fisiológico de las emociones. Y sus avances son importantes en el conocimiento de la reacción de las vísceras en situaciones de emergencia.

Según las investigaciones de Goltz, la participación de la corteza cerebral no es necesaria para la expresión de las emociones. Bard y Ramson, hicieron investigaciones sobre el hipotálamo. Estas investigaciones señalaron al hipotálamo como el "centro integrador de las respuestas emocionales".

J. MASSERMAN puso de manifiesto que la verdadera emoción requiera la participación de áreas corticales y que el hipotálamo es tan sólo el centro de donde se integran las pautas expresivas de las emociones. Sólo la corteza es capaz de apreciar todas las cualidades afectivas de las experiencias.

LA DESCARGA DESCENDENTE.

Se caracteriza por tres componentes: 1) componente somá

tico; 2) componente visceral; y 3) componente endócrino.

El componente somático: en el miedo o en la cólera, aquellos músculos que pueden ser utilizados en el ataque o en la defensa se contraen, lo contrario de lo que ocurre en estados de satisfacción y de placer en los cuales la tendencia es la relajación de esos mismos músculos. Es común la experiencia de sufrir dolores musculares en el tronco y en los miembros después de un estado de cólera o de miedo intenso.

Puede decirse que el componente somático es diferente para distintos estados emocionales, particularmente en lo que se refiere a la musculatura esquelética de la expresión facial; por eso se puede, con relativa facilidad, juzgar del estado emocional de una persona observando la expresión facial.

El componente visceral; en las emociones tanto el simpático como el parasimpático pueden descargar juntos en forma masiva aisladamente el uno del otro, o bien hacerlo cada uno por separado.

La necesidad de orinar frecuentemente y la hipermovilidad intestinal son reacciones parasimpáticas aisladas que son experimentadas por numerosas personas cuando están preocupadas o en situaciones de apuro, en tanto que observaciones tales como las de los casos en los que el aumento de la tensión arterial no se acompaña de aumento de la frecuencia del pulso, muestran que el simpático puede descargar en forma fragmentaria.

En el componente visceral existe una especificidad en al

gunos casos, como por ejemplo en la vergüenza, que se acompaña de rubor, y la tristeza de llanto.

Cannon señaló que la respuesta de las vísceras en las emociones es fundamental y primaria.

Arnold investigó el componente visceral de distintas emociones y de sus estudios concluyó que el estado de excitación es la emoción menos diferenciada, en tanto que la cólera y el miedo, poco diferenciable entre sí, tienen, sin embargo pautas viscerales muy distintas a las del amor. La ira y el miedo son las emociones más colinérgicas.

El componente endócrino; la participación de las glándulas de secreción interna en las emociones, juega un papel muy importante.

El hipotálamo establece relaciones neurales directas -- con el sistema endócrino principalmente en dos puntos: a) con la hipófisis posterior; b) con la médula suprarrenal. La relación del hipotálamo con la hipófisis anterior probablemente se lleva a cabo por un sistema de circulación portal.

La participación endócrina en los estados emocionales es aún desconocida. Pero se sabe que en los estados de excitación emocional el hipotálamo estimula la secreción por la hipófisis posterior de la hormona antidiurética y que en los estados de excitación sexual la actividad del hipotálamo se relaciona con un aumento en la secreción de gonadotrópicas.

LA DESCARGA ASCENDENTE.

El hipotálamo ha sido considerado como el ganglio principal del sistema nervioso autónomo, y es capaz de producir - descargas que estimulan la corteza cerebral, esto ocurre en - las emociones.

Papéz en 1937, expuso que el archipallium o rinencéfalo, está relacionado con la emoción. Consideró que el hipotálamo, el núcleo del tálamo, el cíngulum, el hipocampo y las conexio nes que unen entre sí estas estructuras constituyen un siste- ma que es el sustratum anatómico y funcional de las emociones. Señaló que el girus cíngulum constituye el área receptiva cort tical para las emociones y enfatizó la importancia de sus co- nexiones con el hipotálamo.

La descarga hipotálamo-cortical es la base del estado - afectivo y de los cambios mentales en las emociones. Puesto - que existe un estado afectivo propio que corresponde a cada - emoción, podemos inferir que a cada estado emocional corres- ponde una modalidad de descarga hipotálamo-cortical.

B) EL MIEDO.

El miedo es probablemente el principal pilar emocional- con el que el odontólogo tiene que luchar. Es decir represen- ta el problema de manejo más importante, motivo por el cual - la atención dental es descuidada por algunas personas.

Como ya se mencionó el miedo es una de las primeras emo- ciones que se experimentan después del nacimiento, aunque la-

respuesta al sobresalto está presente al nacer y se pueden demostrar antes del nacimiento reacciones reflejas a estímulos.

Es en su progresivo desarrollo en el que el niño, aumenta su capacidad mental, y va tomando conciencia de los estímulos que le producen miedo, así como identificarlos.

El niño reacciona a estas experiencias, tratando de ajustarse a ellas, por medio de la huida, en caso de que no pueda resolver el problema. Si se siente incapaz de hacer frente a la situación y le es físicamente imposible huir, su miedo se intensificará.

El miedo y la ira son respuestas primitivas que se desarrollan para proteger al individuo contra daños y la destrucción propia. La estimulación emocional se descarga por medio del sistema nervioso autónomo a través del hipotálamo y necesita poca integración cortical. En el hombre las descargas del hipotálamo pueden ser modificadas por interferencias corticales manera que con su corte altamente desarrollado, puede hasta cierto punto controlar sus emociones, a través de racionalización y determinación. En los niños de corta edad, demasiado jóvenes para racionalizar, se produce un comportamiento que es difícil de controlar. En muchos aspectos, el niño se comporta de manera primitiva al tratar de luchar con la situación o huir de ella. Cuando no puede hacerlo, su miedo aumenta, y la comunicación del dentista y el niño se pierde. Pero conforme el niño va creciendo, va siendo más capaz el control de sus emociones.

El miedo constituye una de las defensas del organismo, a estímulos nocivos. Por lo que el bienestar del niño es conservado en muchas situaciones de peligro, ya sean físicas o sociales.

El niño debe aprender a controlarlo, en situaciones en las que no se haya comprometido con estímulos nocivos. En cierto grado el miedo es una emoción, que ayuda al infante a un comportamiento adecuado, como es el hecho de temerle a cosas indebidas socialmente.

Debe ir aprendiendo el niño que el consultorio dental, no representa ninguna amenaza a su integridad, sino que por lo contrario es un servicio benéfico para él. La odontología nunca debe ser una amenaza para ellos.

Los padres deben enseñar a los niños, a no temerle al dentista, llevarlos a la consulta sin que esto les implique un castigo a los niños.

El miedo puede ser adquirido objetivamente o subjetivamente dependiendo de las situaciones que hallan vivido o experimentado.

Los niños pequeños pueden adquirir el miedo al odontólogo por conversaciones escuchadas en el hogar y también por discusiones en los lugares de juego o jardín de niños. En algunos casos, pueden haber sido expuestos a situaciones traumáticas en el hospital o en el consultorio médico.

Los temores objetivos son los producidos por estimulación física directa de los órganos sensoriales y generalmente

no son de origen paterno. Son reacciones a estímulos que se sienten, ven, oyen, huelen o saborean, y son de naturaleza desagradable.

En el caso de su atención dental, debe ser tratado con el máximo cuidado, procurando no causarle dolor; porque si es manejado deficientemente, causando dolor innecesario, desarrollará un miedo a todo tratamiento dentario. Esta experiencia desagradable hará que el niño jamás ponga un pie en el consultorio dental. O será muy difícil que vuelva a recobrar la confianza en el odontólogo.

Los miedos objetivos pueden ser de naturaleza asociativa. Pueden asociarlo con otro tipo de miedo, que han tenido hacia otra situación de su vida, ya sea porque han estado en hospitales, o les han dado farmacos que les han producido sensaciones desagradables. Una consecuencia de ese miedo, es la disminución del umbral doloroso, por lo que cualquier manobra destinada a mejorar su estado dental, causará dolor intenso.

Los temores subjetivos están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridos al niño por las personas.

Los temores en el niño de corta edad, está muy marcado, ya que es muy sensible a la sugestión. El niño de corta edad y sin ninguna experiencia, al oír de alguna situación desagradable, o que produjo dolor, sufrida por sus padres u otras personas, pronto desarrollará miedo a esa experiencia. La imagen mental que produce miedo permanece en la mente del niño,

y con la vivida imaginación de la infancia, se agranda y vuelve imponente. El niño que oye hablar a sus padres o a cualquier persona, sobre el supuesto terror en el consultorio dental, tratará de evitarlo siempre. En los adultos existe un miedo al dentista, que lo traen arraigado desde que eran niños.

Los niños tienen un miedo intenso a lo desconocido. Cualquier experiencia que sea nueva y desconocida les producirá miedo hasta que obtenga pruebas de que su bienestar no se ve amenazado por ella. Cuando sabe que una experiencia, es supuestamente dolorosa, le ocasiona un miedo intenso.

La influencia de los padres es de importancia vital en la actitud del niño hacia la odontología. Los padres no deben decirles a sus hijos que van a experimentar un dolor intenso.

Debe emplearse honestidad sin exageraciones emocionales.

Los temores sugestivos también pueden experimentarse por imitación. Es decir el miedo es adquirido, mediante la observación de otros. Los miedos de los niños y su comportamiento negativo están íntimamente relacionados con miedos de los padres.

El miedo que se observa en el rostro de los padres, puede impresionar más que una sugerencia verbal. Una madre que teme ir al dentista y que siempre va presa de gran tensión emocional, transmite inconscientemente ese miedo a su hijo. Mientras más tiempo subsistan temores subjetivos en la mente, más se irán agrandando.

no son de origen paterno. Son reacciones a estímulos que se sienten, ven, oyen, huelen o saborean, y son de naturaleza desagradable.

En el caso de su atención dental, debe ser tratado con el máximo cuidado, procurando no causarle dolor; porque si es manejado deficientemente, causando dolor innecesario, desarrollará un miedo a todo tratamiento dentario. Esta experiencia desagradable hará que el niño jamás ponga un pie en el consultorio dental. O será muy difícil que vuelva a recobrar la confianza en el odontólogo.

Los miedos objetivos pueden ser de naturaleza asociativa. Pueden asociarlo con otro tipo de miedo, que han tenido hacia otra situación de su vida, ya sea porque han estado en hospitales, o les han dado farmacos que les han producido sensaciones desagradables. Una consecuencia de ese miedo, es la disminución del umbral doloroso, por lo que cualquier manobra destinada a mejorar su estado dental, causará dolor intenso.

Los temores subjetivos están basados en sentimientos y actitudes que han sido sufridos al niño por las personas.

Los temores en el niño de corta edad, está muy marcado, ya que es muy sensible a la sugestión. El niño de corta edad y sin ninguna experiencia, al oír de alguna situación desagradable, o que produjo dolor, sufrida por sus padres u otras personas, pronto desarrollará miedo a esa experiencia. La imagen mental que produce miedo permanece en la mente del niño,-

y con la vívida imaginación de la infancia, se agranda y vuelve imponente. El niño que oye hablar a sus padres o a cualquier persona, sobre el supuesto terror en el consultorio dental, tratará de evitarlo siempre. En los adultos existe un miedo al dentista, que lo traen arraigado desde que eran niños.

Los niños tienen un miedo intenso a lo desconocido. Cualquier experiencia que sea nueva y desconocida les producirá miedo hasta que obtenga pruebas de que su bienestar no se ve amenazado por ella. Cuando sabe que una experiencia, es supe^uestamente dolorosa, le ocasiona un miedo intenso.

La influencia de los padres es de importancia vital en la actitud del niño hacia la odontología. Los padres no deben decirles a sus hijos que van a experimentar un dolor intenso.

Debe emplearse honestidad sin exageraciones emocionales.

Los temores sugestivos también pueden experimentarse por imitación. Es decir el miedo es adquirido, mediante la observación de otros. Los miedos de los niños y su comportamiento negativo están íntimamente relacionados con miedos de los padres.

El miedo que se observa en el rostro de los padres, puede impresionar más que una sugerencia verbal. Una madre que teme ir al dentista y que siempre va presa de gran tensión emocional, transmite inconscientemente ese miedo a su hijo. Mientras más tiempo subsistan temores subjetivos en la mente, más se irán agrandando.

El miedo más difícil de superar y eliminar, es el que viene de tiempo atrás, es generalmente subjetivo. El miedo a los estímulos objetivos, como el dolor que produce una inyección, puede ser superado sin demasiada dificultad por el niño se se usa lógica y comprensión siempre que el dolor haya sido experimentado anteriormente, sin producir daño ulterior. En la mayoría de los niños, el miedo es subjetivo, no consecuencia de tratamientos dentales anteriores.

Los miedos sugeridos pueden aumentarse a tal grado que llegan. Es decir lo imaginario, inspira dolores profundos.

Pueden ser irracionales en el sentido de que el niño no sabe por qué está atemorizado. Puede que recuerdos de experiencias pasadas se borren totalmente de su memoria consciente, pero las emociones asociadas con la experiencia olvidada determinan en gran parte su reacción a acontecimientos similares en el futuro. La intensidad de los temores varía con cada niño.

El miedo en el niño puede convertirse en una arma para obtener algún propósito.

Los temores de un niño y la manera en que los maneja -- cambian con la edad.

El comportamiento emocional, como cualquier otro comportamiento, sufre un proceso de maduración que depende del crecimiento total del individuo.

Es bien conocido el papel de la madre en la superación de temores tempranos. La madre representa una fuente de bien-

estar y seguridad para niños de incluso un año de edad.

Un niño que presiente una amenaza a la seguridad de su patrón rutinario de vida al ser llevado a una nueva situación responderá con miedo si es demasiado joven para comprender la razón del cambio. A medida que el niño crece y se desarrolla su capacidad de razonar, uno por uno va descartando estos miedos adquiridos, a medida que la experiencia y la inteligencia le enseñan que hay poca cosa que temer.

La edad del niño es determinante, porque se dá cuenta -- que es lo que le produce miedo. Lo que teme a los 2 años de edad no lo hará cuando tenga 6 años.

Puesto que el momento adecuado de presentar la odontología al niño es cuando tiene de 2 a 3 años, es importante estudiar los estímulos de importancia dental y que producen miedo.

Los primeros temores que el niño asocia con la odontología son los producidos por lo inesperado y lo desconocido. -- Cualquier estimulación precipitada o intensa de los órganos sensitivos, produce miedo en el niño porque es inesperada.

El ruido y vibración de la fresa y la presión que se ejerce al usar instrumentos de mano al preparar cavidades, producen miedo en un niño de corta edad. El niño teme más al ruido de las maniobras dentales que al dolor mismo.

En los niños de corta edad temen a caerse, o temen a movimientos bruscos e inesperados, sentir que sin avisarle lo

están bajando o inclinando en la silla dental puede causarle miedo. Movimiento de las manos rápidos y enérgicos también - le causan miedo.

En el niño que todavía no va al colegio, está acostumbrado a estar con sus padres, y depender de ellos, por lo -- que el separarse de estos le atemoriza, se siente solo.

El niño siente más seguridad si el padre o la madre lo acompañan al consultorio dental.

A medida que el niño se familiariza más con el consultorio dental, deberá desaparecer su miedo a lo desconocido.

A los 4 años de edad se llega a la cumbre de los temores y de 4 a 6 años disminuyen los temores antiguos como caerse, a los ruidos y a los extraños.

El temor puede disminuir debido a: a) darse cuenta que no hay nada que temer, b) presiones sociales que le fuercen a ocultar su miedo, c) imitación social, y d) guía por parte de adultos.

Los niños inteligentes muestran más miedo que los demás, por estar quizás más conscientes del peligro.

El miedo al daño se asocia amenudo con odontología -- porque el niño ha aprendido que el dentista puede dañarle. - Muy a menudo, en la mente del niño se asocia el miedo al dolor con el ser malo, ya que en alguna ocasión, cuando fué malo, fué perjudicado con algún tipo de castigo. Puesto que el dentista puede hacerle daño, el niño puede interpretar su vi

sita al consultorio como castigo por haber sido malo.

De los 4 a los 6 años el niño entra en un período de conflictos muy marcados y de inestabilidad emocional. Los niños combaten las cosas que temen en la realidad a niveles imaginativos. Al hacer esto, el niño no solo gana bienestar, sino que también desarrolla el valor y la calma necesarios para enfrentarse a la situación real. Puesto que se puede vencer al miedo sometiendo al individuo a la situación que le produce este miedo, hacer esto por juego imaginario y por medio de la fantasía puede ayudar a vencer temores indebidos.

A esta edad, la válvula de seguridad que es la fantasía es importante, y el dentista puede usarla como instrumento para manejar a niños de corta edad.

Cuando el niño llega a la edad escolar, la mayoría de los miedos a la odontología, que fueron provocados por sugestión, imitación o experiencias desagradables, se han vuelto fáciles de manejar. El niño de esta edad demanda menos y se somete mejor. Está desarrollando una curiosidad marcada hacia el miedo que le rodea.

A los 7 años el niño ha mejorado su capacidad para resolver temores, aunque puede reaccionar de manera que parezca alternadamente cobarde o valiente. Está en la edad de preocupaciones, pero está resolviendo los miedos reales. El apoyo familiar es de enorme importancia para comprender y superar sus temores. El niño de esta edad puede generalmente resolver sus temores a los procedimientos operatorios dentales, porque el

dentista puede razonar con él y explicarle lo que se está realizando. Si se produce dolor, se le puede instruir para que muestre su disconformidad ya sea levantando la mano o con algún otro gesto. A medida que los niños crecen, sus temores se vuelven más variables e individuales.

De 8 a 14 años el niño ha aprendido a tolerar situaciones desagradables y muestra marcados deseos de ser obediente. Maneja bien sus frustraciones, no tiene grandes problemas, y se ajusta fácilmente a las situaciones en que se encuentra. - Desarrolla considerable control emocional. Sin embargo, presenta objeciones a que la gente tome a la ligera sus sentimientos. No le gusta que lo fuercen, que se hagan injusticias o que lo mimen, ya sea los amigos o el dentista en su consultorio.

De lo anterior podemos concluir, que los problemas emocionales, que convierten a los niños en pacientes difíciles -- pueden ser de origen dental o no dental.

Las razones no dentales de las dificultades en el tratamiento odontológico, se deben con más frecuencia a trastornos de conducta, y los problemas de larga data suelen relacionarse con lo siguiente: 1) Un ambiente hogareño inestable. 2) Ciertograto de rechazo por uno o ambos padres. 3) Expectativas intelectuales, por parte de los padres, de un nivel más elevado -- del que el niño es capaz de alcanzar. 4) Un defecto físico que hace que el niño se sienta diferente de los otros.

Un motivo muy poderoso por el cual el niño llega a re-presentar una consulta difícil para el dentista, es que absorbe o imita todo lo que está a su alrededor. Un padre demasiado ansioso o temeroso puede tener un hijo ansioso o rebelde, y un padre demasiado indulgente puede tener un hijo con conducta inmadura y propenso a las lágrimas o berrinches. -- Cualquiera de estos puede producir patrones de conducta que crean problemas al odontólogo con respecto a la cooperación.

Una causa muy importante de falta de cooperación odontológica es el temor de una experiencia desconocida. Este se debe comunmente a la ansiedad de la madre, o es acentuada -- por ella, ya que la señora misma tiene miedo o desconoce el tratamiento odontológico. Ese temor es sentido por el niño y se agrega a cualquier aprensión que ya pueda haber tenido, y no parece estar relacionado con el tipo de operación dental a realizar, ya sea tratamiento o simplemente una extracción.

C) LA ANGUSTIA.

La angustia es una emoción desorganizante y cuando es excesiva puede condicionar en tal grado la relación de la madre con el niño. Una madre angustiada carece de su fé en su capacidad misma de ser madre y de fé en las potencialidades del niño para su crecimiento y desarrollo. La angustia es captada tempranamente por el niño, cuyo drama es sentir que su madre es incapaz de protegerlo. A causa de su angustia, la madre exagera los peligros a que cualquier niño es-

tá expuesto y lo priva de toda expansión por temor a que algo pueda ocurrirle; en caso de enfermedad, la madre exterioriza en tal forma su preocupación que el niño se siente en peligro de muerte.

Los adultos angustiados transmiten al niño sus propias aprensiones, sus miedos y sus fobias. En suma, en torno del niño se crea una atmósfera continua de inseguridad. Por otra parte, las personas angustiadas son con frecuencia inestables e incongruentes, cambian de un plan educacional a otro, reaccionan en forma distinta ante conductas análogas y son en -- ocasiones extraordinariamente tolerantes y en otras intransigentes. Esto crea confusión en el niño, que encuentra dificultades adicionales en su desarrollo a causa de la confusión que lo rodea.

La angustia puede en ciertos niños asumir gran intensidad y persistencia, ya experimentada como sentimientos de -- aprehensión e inseguridad o bien en la forma de fobias o miedos específicos. El niño angustiado suele perder el apetito, llorar frecuentemente, vomitar los alimentos, etc. Tiene dificultad para dormirse, se sobresalta fácilmente, etc. En -- otros casos, su temor se circunscribe a ciertas situaciones u objetos y la angustia sólo se manifiesta cuando se encuentra en contacto con esos estímulos.

La angustia es una respuesta global de la personalidad en situaciones que el sujeto experimenta como amenazantes para su existencia organizada. Subjetivamente, se caracteriza por un afecto de incertidumbre e impotencia ante una

amenaza que no es percibida del todo o que lo es en forma vaga e imprecisa.

En el caso del miedo, la amenaza es objetiva, es decir, externa. El niño que experimenta miedo tiene conocimiento de la fuente del peligro que lo amenaza y en principio puede enfrentarse a él, defenderse. En la angustia, la amenaza es subjetiva; su fuente es interna y el individuo no tiene advertencia de ella. Al desconocer la fuente, no se está en posibilidad de defenderse. La principal diferencia entre la angustia y el miedo es que ambas reacciones ocurren en planos distintos de la personalidad.

C) LA PERSONALIDAD DEL NIÑO Y SUS MECANISMOS DE INTEGRACION DE LA PERSONALIDAD.

Los procesos de la personalidad del niño, consisten en una integración. Esta integración no se logra automáticamente, sino que es el resultado de una transformación que ocurre a pequeños pasos, mediante la solución de conflictos y alternativas. Conflictos que ocurren entre los impulsos propios -- del individuo, y las demandas e intereses de otros individuos, con los cuales vive en una interrelación ineludible.

En este proceso de integración de la personalidad hay - elementos que son comunes a todos los seres humanos, es decir que dependen de la dotación biológica de la especie y de las condiciones comunes a todas las sociedades.

Pero cada ser humano es diferente a los demás; cada --- quien tiene un modo peculiar de ser, de sentir y de pensar un

un modo propio de resolver los problemas de su existencia,-- esta individualidad es función de la personalidad.

Esta personalidad está determinada por la herencia y el ambiente. El papel de la herencia se observa en los aspectos físicos en el vigor, la sensibilidad, la inteligencia y la vulnerabilidad a las enfermedades.

Las facultades heredadas maduran lentamente y de modo gradual, no solo están sujetas a influencias, sino que para su completa realización se requiere la apropiada interacción del medio ambiente.

El desarrollo de las facultades del niño, la efectividad con que se sirve de ellas y el uso que hace de las mismas vienen determinadas por la interacción del niño con el medio ambiente que el rodea.

La mente humana o psique se desarrolla al margen de esta interacción y toma posesión de la dirección de los tipos heredados de la conducta y de las facultades mentales superiores.

El resultado obtenido es la capacidad del hombre para alterar su medio ambiente y adaptarlo a sus necesidades en vez de tener que adaptarse a él.

En el desarrollo de la personalidad del niño, las experiencias posnatales son de suma importancia. La capacidad para recordar y la facultad de anticipación relacionada con la anterior, tiene su comienzo durante el primer mes de vida y hacen posible que las primeras experiencias influyan

y hagan reaccionar a las que vienen más tarde.

Las experiencias significativas de las primeras semanas, meses y años de la vida del niño son especialmente muy importantes por que afectan los verdaderos cimientos básicos del desarrollo psicológico sobre los que se edificará el desenvolvimiento ulterior.

En la medida en que se produce el desarrollo, los factores psicológicos desempeñan un papel cada vez mayor en las interacciones subsiguientes.

El desarrollo psicológico puede ser apreciado como la interrelación de la capacidad natural del niño y los factores medioambientales.

Por otra parte la dotación genética, provee las bases esenciales y establece los límites tanto para el desarrollo somático como el desarrollo psicológico pero la forma en -- que las potencialidades del niño son moldeadas, dependen de nuestro ambiente físico, social y cultural.

El desarrollo de la personalidad es comprensible como un proceso en el cual fuerzas biológicas y culturales se integran y hacen posible que el organismo funcione como una totalidad. El nacimiento, la separación biológica del niño, es sólo el primer paso; la actualización de potencialidades genéticas bajo la influencia evocadora y modeladora del ambiente, eje del desarrollo personal, constituye en verdad un nacimiento continuo.

Los estímulos externos del medio ambiente, son decisivos.

vos en el desarrollo psicológico del niño.

Todo individuo al nacer cuenta con un equipo biológico heredado con determinadas y particulares características que identificarán su constitución corporal, de la que se deriva, en el plano psicológico, el temperamento, que durante toda su vida va a imprimir un matiz emocional peculiar a sus acciones, a su conducta. Esta estructura biológica manifiesta tendencias e impulsos instintivos hacia la satisfacción de sus necesidades, lo que va a constituir motivaciones básicas para la conducta humana.

Estos impulsos instintivos tendientes a satisfacer o la resolución de las necesidades básicas del ser, cuya satisfacción determinaría una situación de bienestar o de placer en el niño, pronto van a sufrir la influencia de experiencias vitales, modeladoras o modificadoras de ellas, y en ocasiones incluso opuestas, determinadas por el particular ambiente sociocultural que vive en el seno de la familia. Es así como los impulsos primitivos y las experiencias vitales, muchas veces de carácter normativo propias del medio sociocultural y recibidas a través del núcleo familiar, determinan el matiz de la conducta.

La particular forma de conducta del niño, y de proceder de cada individuo, ese modo habitual de ser y comportarse, es lo que se denomina carácter.

La totalidad del sistema que permite un ajuste propio e individual al medio ambiente, en la diversidad de las situaciones, incluyendo todas las peculiaridades somáticas e

físicas, así como psicológicas y sociales, es lo que constituye la Personalidad.

El temperamento, derivado de la constitución corporal será invariable, si acaso pueden ser modificadas sus manifestaciones externas por las experiencias; en tanto que el carácter, existiendo la posibilidad de nuevas experiencias modeladoras o normativas, sí es susceptible de alguna modificación, al igual que la personalidad.

La personalidad desde un principio, tiene una cualidad evolutiva; entendiéndose por evolución toda modificación estructural o funcional, que puede ser experimentada por el organismo como respuesta frente a los cambios de su medio externo e interno. Si esta evolución implica un avance o progreso en el proceso de adaptación del individuo al medio, se denomina maduración y si depende en forma fundamental, aunque no exclusivamente, de factores hereditarios se llama desarrollo.

Durante una primera etapa el progreso evolutivo en la adaptación del individuo (niño) a su medio, depende fundamentalmente del desarrollo de nuevas capacidades, es decir, de la maduración, genéticamente determinada en forma primordial por las estructuras nerviosas y endocrinas; ellas permiten al individuo y más adelante al púber, la adquisición de potenciales y funciones nuevas.

C).- LOS MECANISMOS DE INTEGRACION DE LA PERSONALIDAD.

Una de las más importantes teorías acerca de la integración de la personalidad, es la aportación de Freud. Es una teoría de extraordinario valor, se considera un pilar en estudio de los mecanismos que operan en la integración de la personalidad.

Eros y Thánatos. Freud fue un gran investigador, que a base de sus observaciones sobre sus pacientes, y de sí mismo sacó en conclusión que toda la conducta está gobernada por dos "pulsiones". Freud consideró que estas pulsiones estaban presentes en todo individuo desde el momento de nacer, y les asignó el nombre de "Eros" y "Thánatos". Eros o instinto de vida, abarca todo esfuerzo de síntesis creadora; una expresión de esta pulsión se vio en la urgencia de unión sexual.

Thánatos, la pulsión agresiva o instinto de muerte, incluye todo empeño hacia la destrucción de sí mismo, o romper el orden, la forma y las reglas.

Freud consideró que la actividad psicológica al igual que la actividad física consume energía. A la energía de la pulsión creativa, Eros la llamó líbido; no sugirió un término independiente para la energía psíquica asociada supuestamente con Thánatos.

Freud explicó las diferencias individuales sugiriendo que cada persona maneja sus pulsiones fundamentalmente de di

-ferente manera. Para explicar estas diferencias, estableció instancias psíquicas en lo que se denomina el aparato intrapsíquico.

En ello (id) es la parte primitiva e inconsciente de la personalidad, considerando el recién nacido es fundamentalmente Ello, es decir un conjunto de impulsos y tendencias instintivas sin conciencia organizadora o rectora, derivados del principio del placer. Funciona de manera irracional los impulsos exigen su expresión y satisfacción sin detenerse a considerar si lo que se desea es posible o moralmente aceptable.

Durante el desarrollo, este Ello se modifica gradualmente al contacto con el mundo; por la presión del ambiente socio-cultural se socializa y entonces empieza a surgir lentamente una pequeña región de la conciencia, el Yo ante la necesidad de un ajuste más realista frente al mundo.

Este Ello se caracteriza por pensamientos de tipo primario con que nos ocupamos en nuestros sueños. En estos pensamientos no valen las reglas de la lógica y la realidad y se puede estar en dos lugares al mismo tiempo o retroceder en el tiempo, o hacer otras cosas imposibles.

El Yo y la conciencia no son sinónimos, pues una pequeña parte del Yo permanece consciente en forma constante, en tanto que otra gran parte de él se encuentra fuera de la conciencia.

Existe una parte del Yo que es inconsciente y que puede hacerse consciente difícilmente, la constituyen sentimientos y experiencias reprimidas, los que por encontrarse en tal situación se hallan en contacto más íntimo con el Ello ligado a sus fuerzas, pudiendo considerarse así como integrantes de él dentro del conjunto agitado de impulsos que lo constituyen y que no pueden hacerse conscientes directamente . Freud concibió al Ello como el dínamo de la personalidad, el generador de toda energía psíquica, la que estaba íntimamente asociada a los procesos orgánicos o somáticos en su expresión.

El super Yo (super ego) es el receptáculo de los valores del individuo, incluyendo sus actitudes morales. Corresponden a la conciencia que se desarrolla cuando el niño, incorpora las opiniones de otros en el tipo de persona que a él le gustaría ser. Así el super Yo, el representante de la sociedad en el individuo a menudo está en conflicto con el Id.

Por las experiencias vitales, el Yo adquiere normas socio-culturales fundamentalmente lo que aprende de las imágenes paternas en los primeros años de la niñez. Estos principios se incorporan y forman parte del Super Yo. Que es como un Yo ideal que es la resultante de la introyección de la figura del padre, que ejerce una función de crítica y censura.

En este mecanismo el niño adopta lo positivo, constituido por las cualidades paternas con las que el niño se identifica; y también adopta lo negativo que es o son las formas de conducta adultas que el niño incorpora como barreras para él -

en su búsqueda del placer.

El Super Yo incluye los ideales propios que la persona tiene de sí misma. Gran parte del Super Yo puesto que el niño lo incorpora a sí mismo muy temprano, sin tener conciencia de ello, resulta ser inconsciente y por lo mismo no aprovechable para el principio de realidad.

En la estructura de la personalidad el Yo según Freud ocupa una posición ejecutiva, cuya función consiste en conciliar las fuerzas del Ello y del Super Yo frente a la realidad del mundo exterior.

Los impulsos enérgicos del Ello derivan de la libido instinto de naturaleza sexual, que engloba toda sensación corporal placentera.

De acuerdo a la teoría de Freud todo niño, tiene ciertos impulsos que no son aceptables en nuestra sociedad y por ello en cierta medida utiliza mecanismos de defensa. La capacidad del individuo para ajustarse en su vida posterior se cree está determinada en gran parte por las experiencias de la niñez temprana.

Si en los años de la infancia se han reprimido conflictos dolorosos sin haberse resuelto adecuadamente, éstos seguirán aunque inconscientemente, influyendo en los pensamientos, sentimientos y conducta del individuo, produciéndole tensión emocional y dificultades de ajuste.

Otro de los puntos de vista del desarrollo de la personalidad es el que argumenta que en el substrato biológico del niño está la interacción con otros seres humanos y en ciertas condiciones, la personalidad resultaría de la relación entre - las fuerzas personales y las sociales que tiene todo individuo desde su nacimiento.

El niño desde que nace se ve influido por actitudes culturales a través de los padres u otras figuras significativas.

El proceso de culturación es importante porque desarrolla ciertas normas de conducta en las etapas de la madurez.

CAPITULO II

"EL ODONTOPEDIATRA FRENTE AL NIÑO".

El odontopediatra debe estudiar al niño íntegramente como una unidad biopsicosocial. De ahí que deba conocer la psicología infantil.

En el niño ocurre una etapa de integración psicobiológica de su organismo; es un individuo con particularidades propias, caracterizadas por su progresivo crecimiento y desarrollo somático psicológico.

Si el dentista va a realizar trabajos dentales satisfactorios en sus pacientes infantiles, debe contar con su total cooperación, de aquí que la preparación que se proporcione al niño antes de someterlo a un tratamiento dental, será de vital importancia para lograr su adaptación adecuada con el profesionalista y con el medio que encontrará a su alrededor.

En consecuencia al niño se le tendrá que familiarizar con el consultorio en general, mostrándole e indicándole para qué sirve el mobiliario, el equipo y en especial el instrumental y sobre todo prestarle la atención y el servicio que merece.

A).- CONSIDERACIONES DEL ODONTOPEDIATRA.

No se debe olvidar que todo niño es el actor de una representación teatral; cada frase o hecho sólo son interpreta--

-dos como parte de su papel global, y éste carece de significación, si no constituye una parte íntegra del drama total; - este papel fue depositado en sus menudas manos mucho antes de que el niño subiera al tablado. Meses antes de que naciera, - los padres deudos y vecinos manifestaron su esperanza de que sería una niña, sin guardarle la consideración de esperar su llegada antes de decidir el papel que debía interpretar, en - realidad, su papel se remonta mucho más atrás; a los sueños, las tragedias y los triunfos de los primeros años de sus pa-- dres.

Los niños como actores, difieren en gran manera en el modo de comportarse en su papel. Muchos con una cómoda seguridad aceptan el desempeño de su papel que se les ha asignado, no pocos son trágicamente ineptos para el papel que se les ha designado: de sexo equivocado, demasiado inteligentes, dema-- siado atrasados, demasiado individualistas, demasiado subordi-- nados, débiles para la lucha titánica o audaces en extremo pa-- ra su papel, que requiere docilidad.

Algunos niños van constantemente a tientas, tratando - de hallar en su confusión el sentido de sus papeles, mientras que otros, como siguiendo un rito, crecen, van a la escuela, trabajan, se casan, tienen hijos, reúnen fortuna y mueren sin llegar a tener siquiera la idea más ligera del porqué de todo ello.

El odontopediatra debe comprender bien estas cosas y -

probar cuidadosamente la capacidad que posee el niño para desempeñar el papel que se le ha designado.

Cuando el odontólogo trate a los niños, debe ser realista y razonable, no debe condenársele porque esté asustado, debemos de ponernos en su lugar y ser comprensivos, además se deben respetar sus emociones. Debe dársele al niño oportunidad de participar en los procedimientos, si puede sostener el algodón, o ayudar en otra cosa importante; el niño sentirá que es parte del servicio que se está realizando, y se interesará y cooperará más.

Hay que tratarlo como individuo con sentimiento y no como objeto inanimado en la silla.

Porque además de la información que el niño tiene de lo que pasa en su diente, también piensa en su diente, en el odontólogo y sus procedimientos (aspectos mentales), y lo que es muy importante, siente lo que le sucede ó lo que le puede suceder (aspectos emocionales).

Se piensa que lo fundamental es cómo solucionar la mayor o menor ansiedad que el niño trae al consultorio, entre las causas que generan el miedo al dentista, se puede decir y mencionar:

- 1.- Miedo al dolor o a lo desconocido.
- 2.- A las malas experiencias odontológicas, también a las médicas.

3.- Los comentarios negativos en el ambiente familiar, en el ambiente escolar, las amenazas, la influencia de la televisión, las historietas, y sobre todo el haber sido testigo presencial durante alguna visita odontológica no muy agradable.

Todo este tipo de influencia que recibe el niño, presentan al odontólogo como una persona "gozosamente sinies--tra" y sin consideración todo el ambiente del consultorio , así como también toda la personalidad del profesionista.

Debe de considerarse que en muchísimos casos, el niño no puede controlar la ansiedad que le provoca enfrentar la -situación odontológica, aún para un examen de rutina.

Señalaremos que la importancia de la boca y los dientes en el desarrollo psicoemocional del individuo y la vigencia permanente de las emociones y fantasías vinculadas a estos -órganos, como causa de fondo en el rechazo y resistencia al odontólogo y sus procedimientos.

No es difícil aceptar la singularidad de la boca, si -pensamos que sólo por ella el ser humano puede superar la --tremenda conmoción psicobiológica del nacimiento, viene ya -dotado de un mecanismo de succión que le permitirá, con to--das las adaptaciones necesarias, volver a unirse con su ma--dre.

No cabe duda que la confusión de sentimientos hacia los -dientes, hacia la madre que retira el seno tiene que dejar -

una huella profunda. No nos debe extrañar que la proyección en el dentista de esos sentimientos, constituya el origen de muchas tensiones y ansiedades "inexplicables" en el sillón dental.

El niño cuando llega al consultorio, y vemos que resulta 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 que necesitamos ejercer la profesión con madurez psíquica, lo que sólo será posible en la medida de los conflictos con "nuestro propio niño", al que llevamos adentro, se hayan solucionado y no contribuyan a potenciar los cuadros que los niños y los padres no presentan.

Con todo eso y una técnica correcta, respaldada por un conocimiento actualizado, podremos ejercer odontología pediátrica con enfoque integral.

No debe olvidarse que el dentista nunca deberá perder su dominio y enfadarse, porque la ira como el miedo es una reacción emocional primitiva e inmadura; esto puede ser señal de derrota e indica al niño que ha tenido éxito y ha disminuido su dignidad.

El paciente se pone en situación de gran desventaja, porque la ira disminuye en capacidad de razonar claramente y de tener las reacciones adecuadas.

Si el dentista pierde su control y eleva la voz, sólo asustará más al niño y se dificultará su cooperación. Si no-

-sotros no podemos evitar enfadarnos es mejor que despidamos al niño y hacer otra cita posteriormente.

Porque lo más importante para el dentista es conservar las funciones y la salud de sus pacientes.

B).- RESPONSABILIDAD DEL ODONTOPEDIATRA, SU HABILIDAD Y SU RAPIDEZ.

Puede considerarse la odontología infantil como el servicio más necesitado y sin embargo es el más olvidado entre los servicios que presta el dentista.

El valor de este servicio nunca será suficientemente -- ponderado ya que un tratamiento odontológico poco adecuado o insatisfactorio realizado en la niñez puede dañar permanentemente el aparato masticatorio, dejando al individuo con muchos de los problemas dentales, hoy en día tan comunes en la población adulta.

Cuando un dentista asume la responsabilidad de trabajar con niños, debe prever que la tarea le resultará algo difícil ya que practicar la odontología de niños no es nada fácil, -- porque se requiere la utilización de amplios conocimientos, -- los cuales gran parte es común a los que se utilizan para -- adultos, pero otra parte es única y pertinente "sólo para niños". Se hace hincapié en que se requiere algo más que conocimientos dentales comunes, puesto que se está tratando con organismos en período de formación.

Si el odontólogo consiente en hacer el esfuerzo adicional que se requiere para dominar el tema, se dará cuenta de que trabajar con niños es una de las experiencias más satisfactorias que pueden experimentarse en todas las prácticas odontológicas.

El dentista tiene tres responsabilidades al trabajar con niños, y son:

- 1.- Para con su paciente.
- 2.- Para con su comunidad.
- 3.- Para consigo mismo.

La responsabilidad del dentista hacia su paciente requiere de un buen juicio al planear y llevar a cabo el tratamiento; el servicio deberá ser usando al máximo la capacidad para manejar bien a los niños, sin olvidar hacer énfasis a la prevención, lo que requiere no sólo conocimientos de técnicas, sino también el conocimiento científico de las funciones.

Un dentista competente debe ser capaz de contestar inteligentemente las preguntas de los pacientes y sus padres con conocimientos correctos.

El Dr. Sidney B. Finn considera que es una responsabilidad del dentista llevar una buena política para conocer al paciente infantil antes de que lleque a la silla dental.

Cuando los padres llaman por primera vez para pedir cita, el dentista debe aprovechar para pedir información sobre

él y preguntar: Si el niño teme al dentista, si es nervioso, si se lleva bien con los adultos, si ha estado hospitalizado y si le tiene miedo al médico, estas preguntas ayudarán al dentista para el comportamiento futuro del niño.

Se puede aprender mucho sobre su comportamiento emocional observándolo en la sala de recepción, si está sentado en el regazo de su madre o abrazado a ella, esto se hace con el fin de anticipar dificultades en el primer encuentro. Sin embargo si el niño se sienta solo y lee un libro o juega alejado de su mamá, se puede suponer que es emocionalmente maduro y está bien centrado para recibir tratamiento odontológico.

Es necesario que cuando se trata al paciente por primera vez, siempre debe llamarse al niño por su nombre de pila y si no se sabe, se pregunta a sus padres, nunca debe llamársele muchachito u otro nombre poco familiar y siempre la conversación debe ser hacia él, porque si forzamos al niño a estar callado en alguna conversación pensará naturalmente en lo que le va a pasar en la silla dental y más cuando no tiene experiencias dentales, esto le resultaría terrible, el trato debe ser normal y muy familiar, no muy insistente, ni tampoco saludarlo a la fuerza, ni levantarle la voz.

Se debe recordar que los niños temen a las caras desconocidas especialmente si parecen surgir de repente, una actitud y voz amistosa le dará mucha seguridad y más si el dentista trata de abrazarlo; de esta manera se tiene control de él y se le puede recoger y llevar a la sala de tratamiento sin -

temor a que sus piés o manos dañen a nadie.

Es importante mencionar que si el odontopediatra tiene confianza en sí mismo es seguro que algo de ese sentimiento - se transmita al paciente. Si no tenemos confianza se reflejará en el comportamiento del niño, por éso es una responsabilidad del odontopediatra emplear un manejo correcto basado en - conocimientos en sentido común y experiencia, también se hace hincapié en que no debe dejarse más de media hora al niño en la silla dental, porque se vuelve poco cooperativo y empieza a llorar.

Generalmente los padres llevan al niño con el dentista a la hora de la siesta y éstos se encuentran adormilados, irritables, lloran con facilidad y tienen reducidas sus capacidades de soportar molestias, son difíciles de manejar.

Es conveniente que cuando los padres llamen pidiendo -- una cita, se especifique la hora de siesta del niño y no se - le dará cita a esa hora, también es recomendable que los ni-- ños no sean traídos al consultorio poco tiempo después de una experiencia emocional seria, como puede ser el nacimiento de un hermano o hermana, la muerte de alguien cercano a ellos, - porque en ese momento experimenta traumas emocionales y su vi sita con el dentista solo añadiría más ansiedades y desconcierco y por lo consiguiente, que no tenga cooperación y sea dañdo su aspecto emocional.

El odontopediatra debe hacer todo lo posible porque el -

niño sienta "protección y no piense que se le va a herir" para establecer un entendimiento y lograr cierto grado de confianza es esencial ofrecer una impresión muy favorable y optimista y más que nada proyectar una personalidad que irradie e inspire mucha confianza, pesimismo, falta de iniciativa y timidez pueden conducir a un fracaso.

Es muy importante que el paciente se sienta cómodo, de be sentarse sin cruzar los brazos ni las piernas, sino todo lo contrario, las manos sueltas y apoyadas en los brazos del sillón; y cuando hable a los niños deberá ponerse a su mismo nivel, en posición y conversación, en palabras e ideas, no tiene ningún valor usar palabras difíciles que el niño no puede comprender, hablar demasiado lo confundiría y le produciría desconfianza y aprehensión como cualquier otra cosa que no comprende.

Se deben seleccionar temas de conversación así como también temas familiares, si por ejemplo habla de fútbol no se deben discutir las reglas del juego y si es muy pequeño es conveniente añadir algo de fantasía, sin olvidar que a los pequeños no les gusta que se les trate como a un bebé y más si son de 4 o 5 años, esto es como una ofensa muy grande para ellos.

Se deben utilizar palabras sencillas y cotidianas que usan a su edad para lograr un buen tratamiento odontológico.

El odontopediatra se hace responsable siempre que se encuentra en posición de alterar el patrón de crecimiento y la

resistencia a las enfermedades de los tejidos en estos pacientes, pudiendo producir estructuras bucales más perfectas desde el punto de vista metabólico, funcional y estético.

La odontología para niños trata generalmente de la prevencción y de un verdadero servicio de dedicación, puesto que la prevencción es siempre la meta final de la ciencia médica - en su totalidad.

HABILIDAD Y RAPIDEZ DEL ODONTOPEDIATRA.

El odontólogo deberá realizar sus deberes con destreza, rapidez y mínimo de dolor; cuando se hacen los trabajos operatorios. La manera correcta es generalmente la más sencilla y fácil; esto no implica técnicas descuidadas o trabajo de calidad inferior.

Sin embargo es posible hacer que las técnicas operatorias vayan bien, sobre todo si se arreglan los instrumentos adecuadamente, no será necesario buscarlos y perder tiempo cuando - ya ha empezado la operación.

Un niño puede ver claramente cuándo hay ineficiencia, - aún después de pocas visitas al consultorio. Los niños son -- más observadores que los adultos, tal vez porque son más in--quisitivos y se interesan por lo que les rodea. Esto es, que pronto se dan cuenta y sabrán que el operador es poco eficiente y éste perderá la confianza de sus pacientes.

El odontólogo deberá trabajar suave y cuidadoso y que -

no pierda tiempo o movimientos innecesarios que se realizan - en el transcurso de un día de trabajo. Todos sus movimientos ya sea al manejar a los pacientes o en procedimientos operatorios deberán mostrar suavidad y gracia. Movimientos rápidos y bruscos tienden a atemorizar a los muy pequeños. Cuando se baje a el niño en la silla, o esté inclinado el respaldo de ésta, se debe hacer despacio. No debe dejarse caer al niño de - golpe, ni inclinarlo tan rápidamente, porque puede tener la - sensación de que se está cayendo.

Al inyectarle, por ejemplo, no debe llevarse la jeringa a la boca tan rápido, porque se puede asustar el niño. Deberá elevarse la jeringa de manera natural y deliberada, si las acciones son naturales y graciosas, se podrá evitar gran parte de miedo innecesarios. La odontología es una profesión llena de gracia, se debe utilizar esta gracia para ventaja nuestra. Si hubiera que definir los requisitos de un buen odontopediatra, serían gracia, habilidad, conocimientos e inteligencia. Cada consultorio odontológico puede sacar partido de estos conocimientos.

C).- LA EDUCACION DENTAL EN LA ETAPA ESCOLAR.

Las actividades de la odontopediatría son variadas, - - abarcando el tratamiento y prevención odontológicas de los niños desde el período temprano de la dentición primaria hasta finalizar el desarrollo de la dentadura.

Dicho período comprende desde que empieza la educación primaria. Los problemas odontológicos en esta etapa son muy floridos y específicos.

Para llevar a cabo una óptima educación dental, el dentista debe poseer los conocimientos acerca del desarrollo de la dentadura, así como la habilidad manual y aptitudes psicológicas para poder manejar a los niños con sus diferentes comportamientos.

Esto aunado a un consultorio especial que satisfaga las necesidades de todos los niños, se llega a un buen resultado.

Con el ingreso en el jardín de niños empieza la atención y educación odontológica escolar de los niños. Esta educación se debe llevar a cabo atrayendo la atención de todos los escolares, esto se logra mediante muñecos, teatro quíñol y dibujos que enseñen los puntos más esenciales de la higiene bucal.

Otro procedimiento es el ejercicio de cepillado de los dientes: primero se explica el método con la ayuda de una gran cabeza de muñeco antes de emplearlo en los dientes propios. - Se da importancia a un proceder estrictamente sistemático y - se enseña un versito alusivo e instructivo acerca de cómo hay que cepillarse los dientes, por ejemplo "los dientes bonitos se cepillan de arriba hacia abajo, y de abajo hacia arriba"el que se hace repetir al unísono y en forma insistente; de este modo, con paciencia y humor, se logra el objetivo propuesto.

La educación dental escolar debe efectuarse continuamente

-te con seminarios para docentes, sobre salud dental. Hacer -
discusiones sobre los problemas, progresos y materiales educacionales. Un dentista en este caso puede llevar a cabo un servicio de adiestramiento docente interno o de proporcionar una orientación para este programa. Puede además proporcionar o -
recomendar material educativo sanitario odontológico.

Dentro de los programas de esta educación dental, se incluyen como ya se mencionó técnicas de cepillado dental y programas de inspección dental, que serán valiosos en la estimación de las necesidades y problemas dentales. Asimismo dar -- una instrucción adecuada para la eliminación sistemática diaria de la placa microbiana que se forma en los dientes.

Un programa de educación dental en la etapa escolar deberá incluir también una sugerencia de enfoque formal de la - enseñanza sobre salud dental en la clase. El maestro deberá - constituir el contacto principal con el estudiante en la enseñanza; pero el dentista deberá servir como persona activa de apoyo y aporte de recursos. Está comprobado que el dentista - es valioso en la motivación de niños para la práctica de una mejor salud dental mediante conferencias planificadas periódicas o charlas con grupos escolares. Actúa como refuerzo para mejorar el programa del maestro. En las escuelas sin personal odontológico, el médico escolar o la enfermera de la escuela cumplen un papel importante como persona intermedia en el - - aporte de recursos. Deberá contar con modelos, tiras filmicas, "posters", folletos, equipos de demostración, proyectos de discusión

-vulgación científica y cuadros de pronto acceso para los -- maestros. Los materiales podrán ser utilizados sobre una base rotativa por los diferentes docentes y hasta diferentes escue las.

Se hace también un examen clínico con espejo bucal. Ase soramiento e instrucción de las madres, citadas para ese fin en el jardín de niños. Se suministra información sobre preven ción de caries, problemas de alimentación, en especial respec to del hecho de comer fuera de horario, y se exhiben técnicas de cepillado sobre un modelo que se hacen practicar a las mis mas madres.

Uno de los factores que evitan las caries en los niños es la colaboración de las madres que se interesan por el bien estar de sus hijos.

En esta educación dental siempre se debe hablar de medi das preventivas -en forma adecuada a sus edades- para contro lar su higiene bucal y aprendan a usar los cepillos dentales que deben traer los niños, pidiéndoles que se limpien los -- dientes y se apliquen gel de aminofloruro.

En la escuela primaria se deben llevar a cabo charlas - con los alumnos sobre problemas dentales, procurando que todos presten su colaboración. Durante estas charlas todos los niños deberán traer su cepillo de dientes y serán supervisados bajo control de pequeños grupos.

Por lo expuesto anteriormente cada sistema escolar debe

-ría tener un odontólogo, para que se pudiera llevar a cabo dicha educación. Y así fomentar las actividades para el establecimiento de conductas sanitarias dentales escolares.

Otro de los planteamientos para la educación dental escolar es: 1) el establecimiento de un programa de exámenes - preescolares. Esto se puede cumplir con el odontólogo de la familia y ayudar a asegurar la iniciación temprana de la - - atención odontológica periódica. 2) los exámenes dentales pe- riódicos deberán ser alentados por las escuelas mediante un programa de educación de padres y maestros. Este programa de- berá estar basado sobre la educación y prevención antes que un plan de tratamiento.

Las ayudas visuales y materiales de demostración debe- rán ser atractivos, eficaces, durables y simples.

Es importante que el dentista se interese por la ense- ñanza de la salud dental y que sinceramente demuestre ese in- terés con la ayuda a la maestra para un mejor desarrollo de las aptitudes de ella. El lugar más apropiado para que las - maestras reciban los conceptos básicos es en su adiestramien- to escolar; pero esto no ocurre, y el dentista será el res- ponsable de dar a la maestra la oportunidad de familiarizar- se específicamente con los conceptos sobre salud dental. El problema de un docente para comprender puntos específicos so- bre salud dental no deberá ser subestimado y el dentista - - brindará a cada uno su sincera atención. Esto es importante en el desarrollo de las actitudes apropiadas y las prácticas

personales de salud dental de la maestra.

El dentista deberá procurar que exista un clima favorable y hasta entusiasta en la administración de la escuela y en el personal docente para mejorar las aptitudes básicas en la enseñanza sobre la salud dental, pues el entusiasmo y la eficacia en la enseñanza antedicha suelen extenderse a lo largo de todo el sistema escolar completo. Los maestros deberán de dar el buen ejemplo al mantener una buena salud dental.

Un maestro deberá tener algunos conceptos básicos sobre salud dental.

El dentista, ya como individuo, ya como representante de la sociedad dental, deberá acercarse a las escuelas y secundarias, para ver las deficiencias dentales en los alumnos.

El dentista deberá estar bien preparado, con un programa conciso, bien planificado, que pueda ser incluido en el plan de estudios de las escuelas.

Un método eficaz para que los odontólogos introduzcan un programa y materiales de educación sanitaria dental es el logrado a través de un programa de salud dental para adiestramiento. Este programa será presentado con los siguientes propósitos:

- 1.- Crear una mayor conciencia de parte del personal escolar sobre los problemas de enfermedad dental y el papel importante que las escuelas y los maestros pueden desempeñar en la

educación sanitaria odontológica para mejorar la salud y el bienestar de los niños.

2.- Revisar los recursos de enseñanza de la salud dental como método para explicar la información técnica disponible para la enseñanza en las aulas.

3.- Informar a los maestros de los recursos disponibles y los métodos utilizados en otras escuelas y comunidades para la enseñanza eficaz de la salud dental.

El programa está convenientemente dividido en tres áreas los problemas de enfermedades dentales en los escolares y las maneras sugeridas como los maestros podrían ayudar a una mejora; dieta y salud dental, con una demostración de bocados - sugeridos fuera de horas.

La parte de nutrición puede ser combinada y presentada por una higienista dental u otro odontólogo. Ellos indicarán que los bocados deberán ser pobres en azúcar y ricos en proteínas.

En todas las escuelas de educación primaria, es convenientemente que los niños sean examinados por el odontólogo de la comunidad antes de ingresar a la escuela.

Una vez inscritos en la escuela se les deben prohibir determinadamente el consumo de golosinas y bebidas que se venden en las cooperativas y a la salida de la escuela.

Los padres de familia así como los maestros deben de cooperar con dicha labor, y de ser posible establecer un programa de alimentos y bebidas que satisfaga las necesidades dentales y nutricionales de los alumnos. Todo esto con la finalidad de evitar las enfermedades dentales provocadas por los dulces.

Lo adecuado es que consuman jugos de frutas, leche, cereales etc., que son mas beneficiosos que los dulces.

Cada escuela debería hacer un intento, para realizar un programa efectivo de prevención de caries.

Una buena manera de obtener resultados fabulosos y a la vez fomentar la educación dental en la escuela, es llevar a cabo concursos, exhibiciones, ferias, con contenido preventivo dental, o bien en la cual se le de la importancia debida al cuidado de la boca. El odontólogo en esta situación puede ser un buen asesor, y proyectar así su función importante en este tipo de eventos.

Dentro de lo mencionado anteriormente, también se debe agregar la difusión, por medio de literatura accesible para la edad de cada estudiante, y que contenga la información lo más amplia posible de una educación dental.

El dentista así como el personal docente de la escuela deben premiar estas actividades, para alienta y apoyar a los participantes para que esta labor se vaya mejorando y adquiera con el tiempo una validez solida.

CAPITULO III

"EL AMBIENTE DEL CONSULTORIO DENTAL"

Hay que tomar muchos factores en consideración al buscar lugar para un consultorio del tipo de práctica que se de see establecer, tales como: nivel económico, nivel social -- del área, facilidades de estacionamiento, así como también - acceso fácil a las escuelas.

Cuando ya se ha seleccionado la situación deberá consi derarse el aspecto, manejo y decoración, porque si el dentis ta se dedica únicamente a niños, deberá prestarse especial - atención a la ambientación del consultorio. Una atmósfera - amistosa y familiar, lo más parecida posible al ambiente natural del niño ayuda a establecer el contacto inicial.

El consultorio completo debe ser donde la sala de re-- cepción hasta la sala de tratamiento, un tema completo y de-- finido.

A) ASPECTO, MANEJO Y DECORACION DEL CONSULTORIO.

Las decoraciones y accesorios que describen situacio-- nes como el circo, el oeste, el espacio dan un toque cálido-- y de fantasía al consultorio, y tienden a desvanecer el miedo de los niños. Una pecera es siempre una fuente de entretenimiento y puede ser colocada en la sala de recepción o en la-- de tratamiento, una música apenas audible y relajante en la sala de recepción tiene efectos reconfortantes en los padres y el niño hace desaparecer la frialdad que a menudo se sien--

te en una habitación silenciosa.

Debe asignarse un espacio en la oficina dental, en donde el niño y sus padres puedan recibir instrucciones adecuadas sobre procedimientos preventivos, deberán ser instrucciones de higiene bucal totalmente explicadas.

Si los adultos van a llevar a los niños al consultorio se les debe instruir de la siguiente manera:

A).- Los niños generalmente se portan bien en las primeras visitas. Por consiguiente no lo deben llevar al odontólogo por medio de engaños como es el decirles que van de compras o alguna otra parte.

B).- No lo deben sobrepresar para su primera visita contándole las experiencias odontológicas a las que ellos se han sometido.

C).- Se les enviará literatura para que la lean y expliquen al niño antes de la visita al consultorio odontológico.

La literatura deberá contener ideas como las siguientes:

Los odontólogos son médicos especialistas de la cavidad bucal y cuidan de que los dientes estén sanos.

El Dr. (a)... tiene un consultorio para vigilar tus dientes, también tiene una enfermera que será con quien te presentes, su nombre es Sra. o Srta.

Después de que hayas proporcionado la información que te solicite, ella te conducirá ante el Dr. (a).

Mientras el Dr. (a) revisa tus dientes, tu mamá estará en la sala de espera leyendo alguna revista.

El Dr.(a)... tiene un sillón de colores en su consultorio que puede ajustarse de modo que te sientas cómodo. Así mismo tiene un pequeño espejo que te colocará en la boca para ver tus dientes por detrás y te pondrá una toallita alrededor del cuello para que no te manches la ropa, también tiene un cepillo de dientes especial que los limpiará uno por uno y una pasta especial que tiene buen sabor. Después usará unos instrumentos pequeños para limpiar tus dientes, así como una cámara fotográfica para tomarles fotos.

Al Dr.(a)... le gustan los niños y les explica exactamente lo que les va a hacer, cuándo colocará la toallita, -- cuándo tomará las fotos y el momento en que limpiará los dientes.

Cuando te toque tu turno podrás ir a verlo y conocer el bonito sillón de su consultorio.

De regreso a casa podrás contar a tu papá el rato agradable que pasaste en el consultorio del odontólogo.

Tratándose de una solicitud de "Urgencia" la recepcionista pedirá a los padres que eviten proporcionar al niño toda forma de preparación previa para la primera visita, ya -- e l odontólogo tratará de relacionarlo con la odontología

y el consultorio dental de la manera más satisfactoria que se pueda, de acuerdo al estado emocional que presente el paciente en ese momento.

Deberá de haber lecturas para adultos, además de las infantiles; y deberá haber libros de cocina que proporcionen lecturas muy interesantes a las madres ocupadas, una libreta y lapiz con la inscripción "copie una receta y prepare algo nuevo para su hijo", puede colocarse junto al libro de cocina para que la madre copie cualquier receta que quiera llevarse a casa.

De esta manera se le proporciona a la madre un período de espera productivo mientras el niño está en la sala de tratamiento.

Friedman también propone disfrazar el consultorio "cuidándole el aspecto deprimente que frecuentemente presenta y aconseja decoración de película" y dice "escenografía de película" por ejemplo: el consultorio puede ser una imitación del país de las maravillas de Alicia, un salón del viejo oeste, el interior de una nave interplanetaria, la cubierta de un antiguo barco etc.

Con respecto a las puertas batientes de rejillas similares a las de los saloons que ha instalado comenta:

"si bien para algunos esto pudiera tener implicaciones o vicio para los chiquillos no las tiene", muchos se regresan para entrar una y otra vez azotando las puertas, trans--

portándose a un mundo imaginario y lleno de emociones pero - todo cuanto se hace para "atraer y distraer" al niño contrasta con la sobriedad y sencillez que se han visto en numero-- sos consultorios especializados de primera línea confirmando que los mejores entre los psidodoncistas no complican sus -- prácticas con trucos dispositivos, premios o atmósferas de - países de hadas.

En consultorios disimulados, se sugieren excelentes -- técnicas publicitarias, para determinados medios y público, - la gran tarea por cierto no siempre fué fácil, es llevar al niño a la experiencia odontológica, a la realidad de un con-- sultorio dental, ayudándole a madurar en la gran aventura, - contribuyendo a que cada cosa nueva, rara pierda su carácter fantástico y sea aceptado por él.

Según Donald la sala de recepción es muy importante, - porque el primer impacto que recibirá el niño y sus padres - deberá ser un ambiente grato y sobrio, mesitas y sillitas es peciales permitirán al niño si lo desea, dibujar o leer con-- comodidad; el odontólogo deberá conocer el material de lectu-- ra que tiene en su sala de recepción, para poder comentarlo-- con él (si llega el caso por supuesto).

Muchos niños vienen al sillón trayendo la revista que-- comenzaron al llegar para aprovecharla en los ratos libres - del tratamiento, también se puede dar el caso de que al niño se le ocurra que se le regale una revista o un libro esto para el dentista debe ser muy fácil de explicarle, y se le di-

ce que las revistas están para que todos los niños puedan compartir su lectura, pero que no hay inconveniente en que se la lleve de acuerdo al sistema de préstamo que controla la asistente.

No debe olvidarse la selección de música, algunos temas selectos y muy ligeros.

La zona de recepción y del consultorio debe estar bien iluminada, preferentemente con luz cenital o con artefactos - fijos, también se prestará atención a la condición de asientos para los padres, esta parte debe ser fácil de atender en cuanto a limpieza.

Objetos de interés para todas las edades infantiles proporcionarán una atmósfera acogedora, no debe olvidarse la selección de colores naturales como el color crema o tonos suaves el verde ligero o quizás el azul para las paredes promoverán una sensación de tranquilidad, permitirán el uso de accesorios de colores notorios atractivos, como cuadros, murales, almohadones o revisteros.

Se pueden emplear varios temas decorativos apropiados - para el interés de todas las edades. Además el interés por -- los viajes pueden quedar señalados por mapas y cuadros de países extranjeros, otros ejemplos de temas interesantes serían: educación, historia, transporte, ciencia etc...

Por lo regular los niños son atraídos por los libros de figuras y juguetes, lo que trata de hacerse es que el niño se

sienta en una atmósfera hogareña y que él se sienta que tenemos interés por él.

No debe olvidarse que el equipo del consultorio siempre debe funcionar con la máxima eficacia, las interrupciones del tratamiento para reemplazar o reparar el equipo defectuoso -- desconcertarían al paciente.

Hay que lubricar las piezas de mano, ajustar los pulverizadores de agua etc. para cada paciente deben emplearse nuevas fresas, conviene preparar el material para las inyecciones y el equipo de control, comprobar su funcionamiento, cargar las jeringas y tener siempre los medicamentos necesarios.

En resumen es obligación del dentista revisar todo el equipo necesario que esta utilizando a la mano.

Por último diremos que todos los juguetes que se seleccionen deberán ser sencillos y resistibles para los muy pequeños sin olvidar también las tarjetas que recuerdan la visita y las de notificaciones, deberán ser atractivas, para que el niño sienta que le son enviadas a él.

Un dibujo de algún personaje de cuentos en la tarjeta ayudará en este sentido, para llamar más la atención.

B) PERSONAL AUXILIAR

Otra decisión del odontólogo en cuanto a un medio político , procedimiento o asignación de responsabilidad del personal dentro del consultorio debiera estar dirigida al objetivo de brindar un servicio eficaz y placentero al niño.

Es muy importante que el niño sienta que todas las personas del consultorio le infundan confianza; esto habrá de verificarse con la ayudante del consultorio, la recepcionista y el higienista dental, así como el dentista.

La asistente ha de poner en acción ese potencial de ayuda al niño a desarrollar su confianza y ayudar al odontólogo a tratar al niño, necesitará un conocimiento general de como pueden reaccionar los niños a la experiencia odontológica inicial.

Esto es que la primera persona con la que el niño se pone en contacto al llegar al consultorio suele ser la asistente dental. De este primer encuentro depende gran parte de la respuesta positiva del pequeño, quien captará la actitud espontánea y genuina cordialidad, lo mismo que la sonrisa de compromiso, el desengaño, el tono seco y poco amable.

Por eso quien va a colaborar con nosotros en labor tan importante, además de grata presencia deberá poseer madurez emocional.

No podemos pretender como ayudante a un experto en psicología infantil, es suficiente una mujer que quiera a los ni

ños, que se vincule positivamente con ellos por mecanismos in mediatos e institutivos y esté instruída para no usar ni me- nazas ni referencial añ "cuco o a sus substitutos" y para con testar adecuadamente a las preguntas que inevitablemente for- mulará el niño.

La higienista podrá ahorrar tiempo gracias a la habili- dad para transmitir una atmósfera de naturalidad y confianza- y demostrar los instrumentos principales.

La ejecución de una limpieza dental puede ser un paso - importante en la introducción o reacondicionamiento del niño- a los procedimientos de salud bucal. En tanto que el odontólo- go esté trabajando en restauraciones o en consulta con otros- padres, la asistente puede efectuar eficazmente una limpieza- al pequeño. La eliminación de todos los residuos de los dien- tes es un requisito importante para el exámen eficiente de la dentadura.

La limpieza de los dientes debe ser considerada una de las experiencias más placenteras de la atención de la salud - bucal.

C).- HISTORIA CLINICA.

La historia clínica debe llenar ciertos requisitos para hacerla práctica, útil y actual. Uno de ellos es el de tomar en cuenta los padecimientos frecuentes del medio, las circunstancias ya sean positivas o negativas, pero por supuesto que tengan relación con el padecimiento actual o bien con el terreno en que se desarrolla la enfermedad, en este caso nos proponemos un servicio de salud odontológica integral ya que la práctica "se hace tan seductora que se pretende buscar una historia clínica lo más completa posible", saber quién es, qué tiene. Y mientras la vamos realizando demostrarle a él y a sus padres quienes somos.

La historia clínica debe ser una cosa viva, integrada y no un interrogatorio de tipo burocrático, bombardeando preguntas pertinentes o no. Hay que escuchar mucho y observar más. Vale no sólo lo que se dice.

Por desgracia en muchas historias clínicas se nota -- que el método se ha transformado en hábito, en rutina, que vuelca sobre el papel nociones estereotipadas y de escasa utilidad y que no sabe imprimir un poco de animación cuando más conviene. Por cierto que una buena historia clínica lleva tiempo, pero todo aquello que contribuye a un diagnóstico más exacto y a formular un plan de tratamiento adecuado, sin duda no es "pérdida de tiempo" sino todo lo contrario.

El interrogatorio (que debemos preferir al cuestionario impreso que muchos odontólogos sugieren para que la madre llene en la sala de recepción) es realmente un arte, pero tiene principios y métodos que serían indispensables al profesional conocer, para evitar situaciones difíciles y enojosas, muy factibles cuando se cometen indiscreciones por -- "conocimientos mal sistematizados o incompletamente digeridos", sobre todo si los factores emocionales juegan parte importante.

En primer término nos interesa el Motivo de la Consulta; alguien ha dicho que de la forma en que la madre expresa la razón por la que trae a su hijo, puede conocerse su coeficiente de inteligencia odontológica. Debe dirigirse de la siguiente manera a la madre: "Creo que el nene debe conocer al dentista y el consultorio, me gustaría examinarlo para ver si está bien y ver si se puede prevenir algo". Además se debe ser amable y decir: "Señora, me da mucho gusto en examinar a su hijito. Esto es, que en muchos casos, se puede aclarar el origen de ciertas fobias y actitudes negativas, tomando con reserva la información que proporcionan los padres, casi siempre coloreadas por sentimientos, y se llega el dentista a enterarse de cosas muy importantes, como por ejemplo extracciones sin anestesia, fresados intempestivos, instrumentos calientes, separación brusca de los padres y amenazas así como también engaños.

Una vez aclarada esta situación, debe pasarse a la his

-toria médica. ¿Visita periódicamente al médico? ¿Le ve un médico general o un pediatra? ¿Cómo son sus relaciones con él? ¿Qué enfermedades ha padecido? ¿A qué edades (posibles relaciones con ciertas anomalías dentarias) ¿Cómo ha reaccionado a ellas, cómo las ha vivido? ¿Fue intervenido quirúrgicamente? ¿Por qué, cuándo, cómo?.

Es fundamental conocer las experiencias traumáticas, lamentablemente frecuentes, sobre todo en lo que se relaciona con amigdalectomías y adenoidectomías de innegable significado psicoemocional. ¿Sabía el niño que le iban a operar? ¿Hubo algún tipo de preparación previa? ¿Qué tipo de anestesia se utilizó? ¿Hubo complicaciones postoperatorias? ¿Ha tomado, o está tomando medicamentos y cuáles son? ¿Es alérgico a ellos, cómo reacciona?. Es importante subrayar con rojo o señalar con letras mayúsculas como recordatorio permanente, ¿Ha recibido las vacunas correspondientes? ¿Está en psicoterapia? ¿Por qué?.

Durante esta conversación podremos conocer la actitud del médico respecto a problemas dentarios. Muchas veces hacemos el examen con el niño en brazos de su madre, fuera del sillón y sin instrumental. Si percibimos que pretender acercarle a nuestro equipo en ese momento puede resultar contraproducente, se debe mantener las cosas tranquilas, debido a que el niño puede surgir asustado "¿que me va a hacer? No -- quiero el torno", o algo por el estilo; para esto puede bastar con decirle: "Solamente voy a mirar tu boca y tus dien--

-tes, para marcar aquí (se debe mostrar la ficha), ¿ves dónde están dibujados los dientes?, cuáles tienes, cómo están los tuyos y anotar lo que encuentro.

Para eso no se necesita el torno, que se quede colgado allí. Usaré un espejito (mostrarlo, entregarlo) y esto que parece un ganchito para saber dónde hay agujeritos (mostrarlo, apoyarlo en el dedo o en la uña). ¿Quieres este espejo grande para mirar lo que te estoy haciendo?. Puede ser que el niño lo acepte o no, no insistiremos.

Nuestro examen clínico ha comenzado, en realidad en el momento que el niño entró al consultorio. Observamos entonces su aspecto. Esa visión de conjunto puede orientarnos en cuanto a su estado físico y anímico. Tenemos así la impresión de un chico saludable o enfermizo, débil o robusto.

Puede que ofrezca características específicas, como en el caso de un niño espástico, mongólico, paralítico, que presente algún defecto físico visible. También el niño nos ha impresionado como alegre o triste, asustado o sereno, comunicativo o retraído, expectante, farolero o fanfarrón, etc.. Pero debemos ser cautelosos al apreciar el estado de ánimo en base a estas observaciones.

La observación de la facies del niño, de su semblante, puede ser también orientadora, no sólo en cuanto a su estado anímico (lloroso, triste, alegre, etc.) o físico (ictérico - cianótico, edematoso, febril, con erupciones, pálido, etc.),

sino que también puede orientarnos respecto a la oclusión, la observación de perfil es también muy importante y orientadora a determinados hábitos (respirador bucal, hábito mentonismo, etc.).

Observamos los labios, registrando su nivel (normal, bajo, alto), su tono (normal, hipo o hipertónico), su volumen (normal, aumentado o disminuido), sus frenillos (normales, altos, bajos, cortos). Estudiaremos las características de la mucosa (normal, sangrante, queilosis, angiomas, cicatrices, etc.) y anotaremos los posibles hábitos (chuparse o morderse el labio es frecuente en los niños).

Las mucosas de los carrillos deben ser examinadas minuciosamente. Pueden verse mordeduras, pigmentaciones, quemaduras por aspirina y otros elementos químicos, aftas, etc.; el paladar (fisuras, torus), los surcos vestibulares (fistulas, quemaduras, aftas, etc.).

La lengua debe ser estudiada en su tamaño, posición, frenillos, mucosa y posibilidad de hábitos o problemas funcionales. La zona sublingual (ránulas, etc.).

La higiene bucal (buena, regular o mala, presencia de saburra o de tártaro, de pigmentaciones, de restos alimentarios y sobre todo, la placa dental) debe ser registrada en nuestra ficha.

Varios son los tipos de fichas que con los años se han ido diseñando para un buen uso. Se cree que la ficha que se -

utiliza actualmente puede ser útil para los dentistas que -- atienden niños y desean documentar seriamente su trabajo. Es ta ficha que se presenta parece ser práctica, manuable, no - muy complicada y permite un análisis integral del paciente.

Confeccionada en papel grueso, doblada, tiene 15 cms. de ancho por 12 cms. de alto, lo que hace posible guardarla en archivadores corrientes. Está impresa a dos colores, verde - sobre fondo blanco, diagramada para que resulte agradable y estética. El gusto personal permite otras gratas combinaciones: naranja sobre crema, azul sobre celeste, etc.

Dos fichas componen el "legajo" del niño. La primera es la Historia Clínica. El frente, destaca en la parte superior el nombre, dirección y teléfono. Siguen edad, fecha de nacimiento, nombre del padre, nombre de la madre, referido por, pedia tra y amplio espacio para Motivo de la Consulta.

Al abrir esta ficha hacia arriba, disponemos de un espa cio de 15 a 24 centímetros para anotar lo que nos interesa.

NOMBRE _____

DIRECCION _____ TEL. _____

Edad ____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del padre _____

Nombre de la madre _____

Referido por _____

Pediatra _____

Motivo de la consulta _____

Historia Odontológica: Ej. Ninguna. O: Atendido hace un año, cara hinchada, 2 Exps., muy asustado.

Historia Médica. Ej. Sin problemas. O: Amigd. a los 3 años, engañado. O: Muchos antibióticos primeros meses por... (ver qué anomalías).

Alimentación: Ej. Sin problemas. O: "de poco comer", O: no - prueba leche".

Azúcar y golosinas: Ej. poco, O: "cualquier cantidad".

Tipo: Ej: Masticables, chiclets.

Oportunidad: Ej. "todo el día".

Cepillado dental: Ej. 2 veces al día. O: "es una lucha".

Hábitos bucales: Ej. ninguno, O: adelante lengua. O: chupa la bio inferior, (hay que ver la oclusión).

Anomalías dentarias: Ej. ninguna. O: anquilosis D (64) se tie ne que ver la historia médica, y se tiene que completar con - el examen radiográfico.

Tejidos blandos: Ej. Normales. O: ging. mala higiene, se tie ne que ver el cepillado. O: afta C (5).

Actitud del niño: Ej. coopera bien O: no responde al saludo. O: lloroso, "mamá no quiere".

Actitud de acompañantes: Ej. madre apoyadora. O: padres sobre protectores. O: con abuela "no te va a hacer nada".

Notas especiales: Ej. 1er. diente al año, angina. O: madre em barazada. O: hermanito menor. O: va a jardín inf.

El espacio en blanco en la parte posterior, se reserva para - anotar todo lo referente a Oclusión. Ej. normal O: relac. mo- lar normal, ver hábitos. O: mordida cruzada CDE. O: clase 2.

La siguiente ficha tiene en su frente el diagrama (ver la siguiente figura). Este modelo, que considero muy completo, y permite un análisis con mucho detalle. "El tiempo extra empleado en completarlo se vuelve a ganar habitualmente por los minutos salvados en exactitud".

Los dientes marcados en trazo grueso son los primarios -- vistos por vestibular y palatino, lingual y oclusal. Los dientes marcados con trazo punteado son los permanentes, también en su aspecto vestibular, palatino, lingual y oclusal. En los casos de dentadura mixta, los permanentes presentes se señalan su contorno.

Se debe utilizar marcador azul para tratamientos ya realizados, o para anular los primarios que faltan; marcador rojo para las lesiones de caries, líneas de fracturas, hipoplasias, etc.; marcador verde para contornear los permanentes.

En este diagrama se puede dibujar, de acuerdo a la observación radiográfica, el grado de reabsorción de los primarios, o los procesos periapicales que pudieran afectarles o la presencia de supernumerarios, etc.

Este diagrama es de 15 por 12 para los exámenes de control en los que pudieran presentarse modificaciones (nuevas lesiones, o cambios por pérdidas de dientes o erupciones de otros) y hubiera espacio libre en la parte de labor diaria cono para no tener que confeccionar una nueva ficha.

Conviene mostrar a los padres cada detalle de la boca del niño. Es importante que conozcan bien los problemas que presenta su hijo. No confiemos en aquello, aparentemente hala

-gador, de "No, doctor, yo no entiendo. Lo dejo en sus manos. Haga lo necesario".

Los padres integran la situación terapéutica, y la comprensión y la actitud positiva de ellos no es, por cierto una ayuda menor. Y en cuanto al registro de los tratamientos realizados anteriormente, señalarlos con claridad.

Generalmente, la obturación que "cae" es, para los padres, "la que usted le puso". Y puede no ser así... pero hay que probarlo.

El interior de esta ficha tiene, a la izquierda, espacio para detallar el Plan de Tratamiento, Honorarios y Forma de Pago concertada y, a la derecha, el tratamiento en cada visita, que continúa al reverso (ver las siguientes figuras)

Se trata de ser claro en la anotación, para no complicarnos con signos raros, o con números referidos a una clave. El diagrama muestra el estado inicial. No marcamos en él lo que pensamos hacer (eso va en Plan de Tratamiento) ni luego los tratamientos terminados (eso lo detallamos en la ficha, - tratamiento realizado, en el día correspondiente, o tildando en Plan de Tratamiento. Nos resulta útil y sencillo señalar así las caries con S (superficial), M (moderada), P (profunda), Pe (penetrante), G (gangrena); las fracturas con Fe (fractura de esmalte), Fd. (fractura con exposición dentinaria), - Fp. (fractura con exposición de pulpa viva), Fg (fractura con gangrena), Fr. (fractura radicular); las obturaciones con Am (amalgama), Ac (acrílico), Si (silicato), Ce (cemento), In -- (incrustación), OZE (óxido de zinc-eugenol), Co. (corona), -

El niño no deja el sillón hasta que hayamos anotado lo que corresponda. Es una norma y tratamos de ser breves, pero explícitos. La buena práctica consiste en señalar lo que se proyecta realizar en la próxima sesión.

Plan de Tratamiento: Ej. E (85), Am. D (64) Co. E (75) Ex y Ma. Flúor.

Honorarios y Forma de pago: Ejem. \$ x - mitad al iniciar, resto durante el tratamiento.

Tratamiento: Ejem. AL (MB), E (55), Ex (MB). O: D (74), Am PO. Prox. impr. D (64).

Ambas fichas se colocan en un sobre de material plástico - resistente, transparente (en el que pueden agregarse radiografías, análisis, notas de colegas, etc.), donde quedan perfectamente protegidas.

De acuerdo con el número de niños en atención, la parte anterior del fichero se destina a los pacientes en tratamiento - por orden alfabético, y la parte posterior a los que finalizaron, ubicado en el mes que corresponde a su nueva visita (llamado recordatorio).

O se dispondrá de dos ficheros, uno para pacientes en atención y otro para finalizados y a citar nuevamente.

Notas Especiales: reservamos buen espacio en la ficha para todas las observaciones y comentarios que contribuyen a un mejor conocimiento de ese niño, sus padres, su ambiente, A veces, una frase, un gesto, un lapsus, dicen mucho. Cuáles son las -- preferencias del niño, algo de sus amigos, de la escuela, a qué club concurre, etc. El nacimiento de un hermanito, una tempora-

-da en otra casa que la suya, viajes de uno o los dos padres, la enfermedad o fallecimiento de un familiar, separación de los padres. Todo ayuda a su "historia social". Pero insistimos, tomados los datos como surgen, sin indagar innecesariamente, con tacto, sin chocar. Y todo proporcionado al motivo de la consulta y a las situaciones que se presenten.

Completado el examen clínico y radiográfico (indispensable este último para decidir sobre base firme), es necesario integrar todos los datos para formular un Plan de Tratamiento.

Cualquier que sea el proceso, más o menos ostensible en la interpretación de los datos obtenidos, se llevará a cabo con el auxilio de la observación, de la cultura, de la experiencia y de las facultades asociativas que agrupan o confrontan, del poder crítico que pesa de la solidez y rigor metódico.

Este plan de tratamiento tendrá en cuenta no sólo lo que corresponde al problema dentario (en caso de la caries, por ejemplo, ubicación y tipo de lesión, anatomía del diente, etc.) sino circunstancias como:

Edad, porque teóricamente a menor edad, menor tolerancia a los procedimientos operatorios y mayor lapso de vida del diente en la boca (recidivas).

Salud general: porque el niño delicado de salud es también menos tolerante, son más factibles las interrupciones en el tratamiento, no hay regularidad de concurrencia al consultorio. Algunos tratamientos, como los pulpares, dependen en gran medida para su buen éxito de la salud general del paciente. Otras circunstancias (enfermedades crónicas) (problemas neurológicos, im

-pedimentos físicos o mentales, etc.) obligan a la consulta médica y tomar recaudos especiales (cardiopatías, terapia corticosteroidea, discracias sanguíneas, nefropatías, broncopatías, etc.).

Conductividad a la caries: no es lo mismo planear un tratamiento en una boca cuyo medio presenta actividad cariogena que en otra donde no hay infección activa.

Hábitos de higiene bucal: vinculados con las posibilidades de redicivas.

Hábitos alimentarios: en lo que hace principalmente al consumo de hidratos de carbono fermentables entre comidas y las - posibilidades de proporcionar sustrato para mantener la actividad cariogena.

Aspecto socio-económicos-culturales: de importancia para - el planteo y discusión del tratamiento propuesto.

Comportamiento del niño: influido por las posibles expe---riencias odontológicas y/o médicas, por el ambiente familiar, por nuestro consultorio, por nuestra personalidad y por la sin-gularidad de la zona en que trabajamos.

Ese plan de tratamiento puede sufrir modificaciones que - conviene anticipar a los padres, explicándoles las razones.

Otro tema importante en la historia clínica es la alimenta-ción, su calidad y equilibrio, el carácter físico de la dieta, qué come el niño, cuándo y con quién. Nos debe interesar la ac-titud del niño frente a la comida.

Muchas veces, esos niños que "no me comen nada" según la - mamá compensan bien alguno que otro rechazo, los problemas ali-

-mentarios, generalmente de origen remoto, nos orientan en --
cuanto a situaciones conflictuales que deben tenerse en cuenta
al planear un tratamiento.

Muhler ha analizado con agudeza lo referente a dieta y men-
ciona como reglas básicas para alimentar satisfactoriamente a
los niños, las siguientes:

- 1) No forzarle a comer
- 2) Nada entre comidas
- 3) No discutir respecto a las comidas
- 4) Evitar el exceso de leche
- 5) Evitar cantidades excesivas de hidratos de carbono
- 6) Tener comidas placenteras y tratarlas como un evento so-
cial de la unidad familiar, en el que el alimento es in-
cidental.

Este enfoque psicológico es muy eficaz y producirá mucho -
beneficio sorprendente, no sólo en mejores resultados nutricios
sino a menudo en tensiones aliviadas y al mismo tiempo en una
mejor conducta general de los niños.

Todo lo referente a la alimentación debe manejarse con su-
mo tacto para evitar situaciones difíciles.

CAPITULO IV:

"MANEJO DEL NIÑO".

El fin de este capítulo es mencionar "el manejo adecuado del paciente niño", cuando entra en el consultorio dental - así como también su "manejo psicológico", su comportamiento, - la conducta de los padres y otros factores importantes que se irán mencionando en este último capítulo.

El comportamiento poco cooperativo de un niño en el consultorio odontológico está generalmente motivado por deseos de evitar lo desagradable y doloroso, y lo que él pueda interpretar como una amenaza para su bienestar. Puesto que los niños - actúan por impulsos, el miedo al dolor puede manifestarse en - conducta desagradable, sin que esto tenga relación con la razón o con saber que existen pocas razones para asustarse. A pesar del deseo que tiene el niño de agradar, se le hace imposible ser complaciente en presencia de un miedo insoportable al dolor.

El odontólogo tiene a veces dificultades para comprender - esta actitud, a veces es incluso difícil para el niño dar cuenta de su comportamiento; puesto que el miedo proviene de un nivel cerebral inferior que la razón, se comprende que se manifieste con base más emocional que intelectual, y por lo tanto, no se puede interpretar basándose en la razón tan solo, esto - lo mencionamos en los primeros capítulos, que fueron el miedo, la angustia, etc.. Aunque el comportamiento del niño parezca - poco razonable y no se comprenda bien, es totalmente intencional y se basa en experiencias subjetivas y objetivas adquiri--

-das durante la vida entera del niño. Su lógica se basa totalmente en sus sentimientos. El condicionamiento total del niño regirá su comportamiento emocional en el consultorio dental.

Se puede seguir razonando por esta línea y declarar que el niño se comportará en el consultorio dental de alguna manera que en el pasado le sirvió para liberarse de algo desagradable. Si en casa puede evitar lo desagradable con negativismo y ataques de mal genio, tratará de hacer lo mismo en el consultorio dental. Si cuando resiste con fuerza a sus padres, logra que se satisfagan sus deseos, tratará de evitar los trabajos dentales del mismo modo. Sin embargo, el niño puede modificarse en su comportamiento.

Si se hace que no le resulten sus ataques emocionales, cambiará su comportamiento, cuando el niño aprenda que en el consultorio no va a lograr nada con mala conducta, perderá motivación para seguir comportándose así. No se pueden hacer tratos con un niño de corta edad acerca de su comportamiento. En estas situaciones, es mejor ser autoridad benévola que darle al niño a elegir sobre la acción. Si se maneja al niño adecuadamente, es muy raro que no se pueda obtener cooperación. Mucho depende de cómo va a ganar su confianza cuando se ha establecido la relación, deberán realizarse los trabajos correctivos sin retraso.

*Este puede ser buen momento para recordar al lector que los niños son muy extremados. Los sentimientos de un niño no pueden ser ambivalentes, si está asustado, realmente tiene miedo. No puede temer a alguien y a la vez sentir afecto por él,

no puede estar enfadado con alguien y sentir cariño por la persona, por lo tanto, si se está tratando con un niño asustado y temeroso, deberá primero eliminarse el miedo y substituirlo -- por sensaciones agradables y afecto al dentista, incluso si se lo puede eliminar el miedo hasta un punto en que quede algo de escepticismo y reservas, puede que sienta suficiente afecto -- por nosotros como para confiar. Cuando se llega a esta etapa, podremos decir que la batalla del "manejo del niño está ya casi ganada".

No debe olvidarse mencionar en el "manejo del niño" los problemas emocionales, que los convierten en pacientes difíciles, y pueden ser de origen dental y no dental.

Las causas no dentales no pueden discutirse sino brevemente y el odontólogo interesado puede consultar la pequeña lista de referencias generales las que, a su vez, proporcionan listas de lecturas sustanciales.

La esquizofrenia es rara y se manifiesta por un deterioro en el interés y la concentración, y así puede notarse por primera vez en la escuela. El paciente se aísla y más tarde -- puede desarrollar inquietud e impulsividad, o permanecer indiferente.

El autismo infantil temprano se caracteriza por la aparición de extrema "soledad". El niño se interesa en objetos -- con exclusión de personas y parece incapaz de formar relaciones emocionales, muchos tienen serias dificultades de dicción, tan indiferente es el niño que la condición puede sospecharse solo después que pruebas para medir tanto la sordera como la -

inteligencia han resultado normales.

La hiperquinesia puede presentarse en niños después de un trauma cerebral y acompañar a la epilepsia. Se caracteriza por una intensa sobreactividad durante mucho tiempo, posiblemente años. Un paciente así puede tener arranques de rabia y agresión pero su estado de ánimo es inestable. No tiene timidez o miedo, pero su nivel de inteligencia puede ser alto o muy bajo.

Las razones no dentales de las dificultades en el tratamiento odontológico se deben con más frecuencia a trastornos de conducta y los problemas de larga data suelen relacionarse con:

- 1.- Un ambiente hogareño inestable.
- 2.- Cierta grado de rechazo por uno o ambos padres.
- 3.- Expectativas intelectuales, por parte de los padres, de un nivel más elevado del que el niño es capaz de alcanzar.
- 4.- Un defecto físico que hace que el niño se sienta diferente de los otros.

Además, un padre demasiado ansioso puede tener un hijo rebelde, y un padre demasiado indulgente puede tener un hijo con conducta inmadura y propenso a las lágrimas o berrinches, cualquiera de estos puede producir patrones de conducta que crean problemas al odontólogo con respecto a la cooperación.

Una causa muy importante de falta de cooperación odontológica es el temor de una experiencia desconocida; este se debe comúnmente a la ansiedad de la madre, o es acentuada por ella, ya que la señora misma tiene miedo o desconoce el trata

-miento odontológico. Ese temor es sentido por el niño y se agrega a cualquier aprehensión que ya pueda haber tenido, y no parece estar relacionado con el tipo de operación dental a realizar ya sea tratamiento o simplemente una extracción.

De las causas dentales, la más potente y común de no cooperación es, desafortunadamente, una experiencia previa desagradable a manos de un odontólogo. En este sentido no parece haber ninguna asociación de dolor dentario con el odontólogo en la mente de un niño muy pequeño, aun cuando pueda ser la razón de varias visitas. Uno de los principales errores es que el dentista provoque dolor a un niño sin, en la mente del niño una razón aceptable. Un paciente inteligente, con confianza en su odontólogo, puede aceptar dolor si se le da una buena razón para ello, y a un nivel tolerable y por un período breve. Una falla en la consideración de cualquiera de estos factores puede provocar la ruptura de la relación.

Otra causa de antipatía al tratamiento odontológico puede ser una técnica defectuosa para la administración de la anestesia general nasal; defectuosa, esto es, en el acercamiento al niño. Nada es más aterrador que recibir una máscara firmemente apretada sobre la nariz y la boca sin una introducción preliminar amable, y entonces puede esperarse que el paciente entre en pánico o luche por liberarse y siempre guardará memoria de esto, sea consciente o inconscientemente.

El tratamiento odontológico es esencialmente cuestión de cooperación entre odontólogo y paciente y si a uno le disgusta o es indiferente al otro, entonces no se logra la mejor cooperación.

A).- MANEJO PSICOLOGICO, IMPORTANCIA DE TECNICAS
DE SEDACION.

Como ya se mencionó en el primer capítulo los aspectos psicológicos, aquí se mencionará el manejo psicológico del niño desde el nacimiento.

En el momento del nacimiento, sólo un pequeño número de los tipos heredados del proceso de adaptación del lactante están lo suficientemente maduros para contribuir a su supervivencia. Está dotado de los reflejos de búsqueda, succión y deglución que lo capacitan para encontrar y tomar el alimento, con tal que el pecho o el biberón estén dentro del radio de acción de los movimientos de su cabeza.

Es capaz de emitir gritos de malestar relativamente indiferenciados, indicando así de un modo completamente involuntario que tiene necesidad de algo. En cualquier situación el modelo de comportamiento de un niño está regido por su herencia física y mental, y a medida que se desarrolla por el acondicionamiento que recibe al entrar en contacto con el medio.

Los impulsos y la agresión pueden ser aumentados o reducidos por las circunstancias variables de los estímulos, salud física y medio ambiente, pero requieren su realización. El niño necesita desarrollar una personalidad que pueda recibir estos impulsos y al mismo tiempo obtener suficiente satisfacción de ellos, en concordancia con los requerimientos de la vida social.

La herencia no se puede alterar, excepto dentro de límites estrechos, no pueden evitarse. El comportamiento es consecuen-

-cia del medio si puede alterarse, se puede controlar y desarrollar de manera que el niño crezca y llegue a tener una personalidad bien encajada, adecuada para la sociedad en que se encuentra. Uno de los ajustes que tienen que hacer todos los niños es desarrollar un modelo de comportamiento que sea aceptable socialmente y que satisfaga sus necesidades emocionales y físicas. Cuidados dentales puede ser una de sus necesidades físicas. El que los niños acepten el tratamiento dental de -- buen grado o lo rechacen totalmente dependerá de la manera en que han sido condicionados.

El condicionamiento emocional de los niños hacia la -- odontología, al igual que hacia las otras experiencias que forman la niñez, se forma primordialmente en casa y bajo guía paterna.

Si el dentista va a realizar trabajos dentales satisfactorios en sus pacientes infantiles, debe contar con su total cooperación. Tan solo podrá obtener esta cooperación si comprende el tipo emocional de los niños y de sus padres.; si esto no se llega a comprender, resultará difícil manejar niños. El dentista tiene que reconocer que está vinculado emocionalmente a sus pacientes, y para manejarlos con éxito debe estar consciente de los factores psicológicos y sociales que han formado actitudes y modelos de comportamiento hacia la odontología. Si es posible, el odontólogo debería establecer buenas relaciones con el paciente antes de separar al niño de su madre, porque de otra manera el niño puede sentir que lo están forzan-

-do a abandonarla; en un niño de corta edad el miedo al abandono es crítico. El estudio de la ciencia que ayuda a comprender el desarrollo de miedos y ansiedades y furia, cuando se aplica al niño en una situación dental, puede denominarse odontopediatría de la conducta.

Existen enfoques adecuados al manejo psicológico de los niños en el consultorio dental. No se debe dejar el tratamiento para después, ya que esto no ayuda en absoluto a eliminar el miedo. Citaremos un caso hipotético: se trae al niño al consultorio cuando es muy joven y necesita que le hagan algunos trabajos dentales. Empieza a llorar, a veces con fuerza, cuando le sientan en la silla dental. El dentista, algo desconcertado y sin saber bien qué hacer en esta situación, desdice al niño y se excusa con la madre sugiriéndole que traiga a su hijo cuando sea algo mayor. Seis meses después el niño vuelve, y se repite la escena con igual patrón de comportamiento. Puesto que los miedos subjetivos en los niños no disminuyen por voluntad propia, los temores del niño, y por consiguiente su comportamiento, no ha mejorado. Incluso puede haberse intensificado el miedo a la odontología, ya que una imaginación muy activa exagera la necesidad de huir. A los niños les gusta hacer cosas que hacen otros niños o personas, aman participar en competiciones. Si se permite que el niño observe cómo se realizan trabajos dentales en otros, le servirá de reto, observar a un hermano mayor o a uno de sus padres en la silla dental le dará más confianza que observar a un extraño.

Si el niño ve que se realiza el trabajo sin dolor evidente, frecuentemente querrá, e incluso deseará intensamente que realicen en él los mismos procedimientos. Muy a menudo saltará a la silla dental sin que se lo hayan pedido. En este entusiasmo existen peligros, si no observó expresiones de molestia en la persona que le precedió, pero descubre con sorpresa que a él le están haciendo daño, puede que su entusiasmo se convierta en desilusión y tal vez pierda completamente la confianza en el dentista. Es difícil volver a ganar la confianza de un niño afectado de esta manera.

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

Tratar de convencer verbalmente al niño para que pierda su miedo sin darle evidencias concretas de porqué, no es muy eficaz; puesto que los temores se desarrollan a nivel emocional, las llamadas verbales a nivel intelectual son generalmente ineficaces. Cuando el niño está en contacto con la situación que produce miedo, la ayuda verbal es inútil.

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

Si queremos tener buenas relaciones con pacientes infantiles, primero tendremos que educar a los padres; el dentista que no lo haga, no está usando todos los medios disponibles para el manejo del niño.

El odontólogo que constantemente trata de evaluar sus técnicas en el manejo de la conducta, será capaz de llegar al más alto nivel de atención para el niño porque el éxito de -- sus técnicas de tratamiento dependen, en parte, de su capacidad para manejar al niño. Cuando fracasen las medidas convencionales debe pensarse en la premedicación, la analgesia por el óxido nitroso, la anestesia general para poder efectuar las intervenciones necesarias. Ya no se justifica una atención mediocre o superficial con el pretexto de que el niño es "intolerable".

El dentista debe tratar de proporcionar una atención óptima, la atención que él desearía para su propio hijo, y asegurarse el control de la conducta del niño para lograr, este objetivo. Solo practicando una buena operatoria dental de la mejor calidad se logrará borrar el desfavorable concepto general de la odontología para niños, así como también él tenga una experiencia agradable y empiece a apreciar la salud buccodental.

TECNICAS DE SEDACION EN EL CONSULTORIO DENTAL.

Cuando un dentista trata a un paciente infantil, la primera entrevista puede ser desagradable y repercutir negativamente que a veces persiste durante toda la vida. Pero si estas primeras entrevistas y experiencias del tratamiento dental resultan agradables, los magníficos beneficios duran también toda la vida del paciente infante.

La capacidad del niño de imaginarse, sugestionarse, es muy elevada, por lo que fácilmente se les puede educar y lograr que no tengan miedo al tratamiento dental, y más cuando se le refuerza su capacidad de sugestión con la medicación.

La sedación consigue evitar las partes desagradables, ayuda a que los niños se sientan tranquilos y refuerza la idea de que no existe ningún motivo para temer al tratamiento dental. La sugestión es fácil si se inventa una situación fantástica que si precedimos los síntomas subjetivos.

Las maniobras de sedación en la consulta dental, tienen una función muy importante, porque disminuyen los movimientos del tronco, extremidades o de la lengua y hacen más fácil el tratamiento.

La anestesia local produce una extraña sensación de adormecimiento y, cuando se experimenta por primera vez, puede asustar a los niños y conviene evitarla. Muchas veces el niño interpreta este adormecimiento como si fuera dolor, y es necesario convencerlo de que no es así.

El paciente infante al relajarse, disminuir la sensibilidad dolorosa, tener cierto grado de amnesia y experimentar una recuperación, deja de temer al tratamiento dental. Para esto es esencial un buen entendimiento y comunicación.

Casi todos los pacientes infantes le temen a la inyección del anestésico local, debido a que se les hace un procedimiento muy desagradable, y la imagen que se forman de esta inyección es negativa y pesimista. Por lo que se vuelven inquietos y dificultan el trabajo del dentista.

Los niños rápidamente empiezan a fabricar visiones deformadas de la aguja, y son presa fácil de la angustia y del miedo. Debe desecharse completamente la idea de utilizar la fuerza, método por demás obsoleto, porque constituye indudablemente una experiencia muy desagradable, y que así no se consigue nada. En cambio el dentista se cansa y se altera, y el niño se vuelve más reactivo y temeroso. Algo más factible que utilizar la fuerza es la comunicación con el paciente, tratando de que éste coopere con el dentista.

Poniendo en práctica esta comunicación, este acercamiento verbal, se llegaría a lo que se llama premedicación "psicológica"; y si en un momento dado no tiene éxito, deberá -- practicarse una y otra vez hasta conseguir la confianza del niño. De otra manera, en caso de que no reaccione positivamente deberá ser candidato a el uso de sedación por inhalación.

La técnica analgésica utiliza métodos que pertenecen a la anestesiología y al hipnotismo. El adecuado uso de la su-

gestión hará que la inducción sea mucho más eficaz y satisfactoria. Mediante la sugestión se puede profundizar al estado analgésico y potenciar sus beneficios sin tener que recurrir a un aumento del sedante.

Si el paciente infantil comienza el tratamiento con la esperanza de obtener buenos resultados, aumentarán las posibilidades de éxito. A medida que el paciente infante adquiere confianza en la capacidad del dentista, cada vez estará más dispuesto a cooperar y a aceptar el tratamiento.

El umbral de dolor y su tolerancia pueden ser mucho más satisfactorias en un paciente relajado y confiado.

Las técnicas de sedación son muy útiles, y alivian la ansiedad y el temor de los niños. Porque está comprobado que el niño tiende siempre a eliminar el dolor como todo ser humano. Es un punto clave no dañar al niño en los procedimientos operatorios, ya que aquí se cimenta su futuro dentro de la consulta dental, es muy conveniente que sea tratado con el adecuado cuidado.

El anestésico local está indicado siempre que se realice operatoria dental en diente permanentes. El anestésico local elimina el malestar asociado a la colocación de un dique de goma, ligadura de dientes, y tallado de tejido dental.

Es muy importante que el niño se sienta cómodo. Debe sentarse sin cruzar las piernas, con las manos sueltas y apoyadas en los brazos del sillón. Deben quitarse las ropas apretadas siempre que sea posible o, por lo menos, aflojarlas.

Puesto que durante la analgesia es muy frecuente la sensación de calor, los pacientes deberán quitarse las prendas aparatosas.

Para lograr todo esto, se tiene que establecer un entendimiento y lograr cierto grado de confianza, además de ofrecer una impresión favorable. El doctor tiene que mostrarse optimista y proyectar una personalidad que irradie e inspire confianza. Pesimismo, timidez y falta de iniciativa pueden conducir al fracaso.

Cualquiera que sea la técnica propuesta, se expondrá en sentido positivo y nunca deberá sugerirse la posibilidad de dolor o molestias. Conviene hablar de forma lenta, clara y monótona. Emplear palabras que sugieran placer y ausencia de molestias y dolor.

METODOS DE PREMEDICACION.

Para eliminar el miedo del niño y la experiencia dental y sobre todo a las inyecciones, pueden emplearse diversos métodos de premedicación:

- I.- Psicológicos.
- II.- Farmacológicos.
 - a) Bucal
 - b) Rectal
 - c) Parenteral
 - a) Inhalación.

Según Olsen, el enfoque psicológico adecuado es de una importancia primordial en el manejo de la conducta del pacien

-te niño y promoverá una buena relación entre el niño y el odontólogo.

Ahora bien, el método de premedicación psicológica es útil para el manejo de cualquier paciente, niño o adulto. Es un método que no requiere un equipo especial y puede ajustarse a las necesidades individuales de cada paciente, bien empleado, carece de efectos secundarios indeseables. Su uso en casos debidamente seleccionados da por resultado la aceptación de la inyección y tratamiento.

El manejo inteligente del niño requiere una apreciación de su estado mental. Alteraciones tales como en el habla, la expresión facial, el ritmo cardiaco, el ritmo respiratorio, la sudación y la respuesta vascular periférica, deben llamarlos la atención.

Todo buen dentista debe tener la capacidad y habilidad para detectar estos cambios y otros, así como el miedo o ansiedad que representan. Es aquí donde podrá hacer uso de sus conocimientos psicológicos que posea para establecer una buena relación y eliminar el temor del niño.

Aliviar el temor del niño mediante la palabra, posee una larga y honorable tradición, en estas situaciones no es necesario el uso de fármacos. Sin embargo a veces no se alcanza el objetivo propuesto con este método, por lo que dan situaciones negativas para ambos, tanto del dentista como del niño. Por lo que se hace necesario el empleo de fármacos apropiados, y hacer más fluido el tratamiento.

Existen una gran variedad de fármacos para premedicar al niño agitado y aprehensivo: sedantes, agentes gaseosos, tranquilizantes y antihistamínicos con efectos sedantes, los cuales tienen sus diferentes vías de aplicación, según el paciente.

La administración de una mezcla de óxido nítrico y oxígeno por inhalación constituye una forma ideal para llevar a cabo estos objetivos.

Primero consideraré los fármacos disponibles, y posteriormente sus vías de aplicación.

En cuanto a la dosis de cada medicamento, debe estar basada según Album como Lampshire, sobre factores distintos de la edad y el peso. De manera que se tienen que considerar los siguientes puntos para poder determinar la dosis de los medicamentos empleados como premedicación en el niño, y son:

- 1.- Edad del niño, en general, el niño menor requiere menos medicación.
- 2.- Peso del niño; cuanto más pesado, naturalmente necesitará más medicación.
- 3.- Actitud mental del niño; un niño nervioso, excitable y desafiante suele requerir una dosis mayor del medicamento.
- 4.- Actividad física del niño, un niño hiperactivo y de pronta respuesta es candidato para aumentarle la dosis.
- 5.- Contenido estomacal; si se preve la necesidad de medicación, el niño deberá ingerir una comida liviana o se le dará la premedicación con el estómago vacío.

6.- Momento del día; en general es necesaria una dosis mayor para el niño en las horas de la mañana que en las vespertinas o en cualquier momento que sea considerado de descanso para el niño.

Barbitúricos.

El secobarbital (seconal) y el pentobarbital (nembutal) - son medicamentos que han sido muy usados, con grados variables de éxito. Estos dos medicamentos son depresores del sistema nervioso central y la experiencia ha demostrado que hay una probabilidad de que estimulen reacciones impredecibles. El período de excitación inducida o de depresión profunda es observado con frecuencia con el uso de barbitúricos de corta duración. Es muy difícil determinar la dosis correcta de un barbitúrico para un determinado niño con el fin de proporcionarle un grado predecible de sedación, y por tal razón muchos odontólogos abandonaron el uso rutinario de los barbitúricos para premedicación del tratamiento odontológico.

Clorhidrato de Meperidina (Demerol).

La meperidina es un analgésico espasmolítico, y sedante. - Con un efecto ligero de anestésico local; su mecanismo de absorción es rápido cuando es administrado por vía intramuscular o bucal; por la vía intramuscular hace efecto en unos 15 minutos; pero por vía oral puede tardar hasta 40 minutos. Las contraindicaciones con este medicamento son mínimas, y está contraindicado en lesión hepática. Este medicamento produce farmacodependencia. La dosis es de aproximadamente 2 mg por -

kilogramo de peso corporal. No pasar de 100 mg. Se debe considerar el medicamento de elección para el paciente tenso pero cooperativo, para el miedoso, angustiado, y para los niños física y mentalmente disminuidos.

Los efectos secundarios de la meperidina pueden incluir escozor de la piel y náuseas. El lugar de administración más adecuado es la inyección en el músculo deltoides. Para el caso de una depresión respiratoria que pueda producirse por el empleo de este medicamento, se deberá tener al alcance clorhidrato de nalorfina (Nalline), que también es un narcótico, y administrarlo a la dosis de 5 a 40 mgs. por vía intramuscular, esto evitará todo riesgo.

Medicamentos ataráxicos.

Los medicamentos ataráxicos han demostrado ser muy eficaces en la reducción de la ansiedad y la tensión, sin poner al paciente en estado de sedación o hipnótico. Es probable que actúen directamente sobre el sistema nervioso autónomo por alteración del equilibrio de los mecanismos simpático y parasimpático. Aunque están indicados para el paciente nervioso y aprensivo, en cambio no son recomendables para el niño problema y realmente desafiante.

El clorhidrato de hidroxizina (Atarax) es un medicamento que produce un efecto calmante en un tiempo breve, sin depresión aparente de las funciones normales del sistema nervioso. Su duración de acción es de una a dos horas. La hidroxizina se presenta en forma de tabletas, 10 mg; y como solución -

parenteral. Tabletas anaranjadas, 25 mg; tabletas verdes, 50 mg, tabletas amarillas 100 mg; tabletas rojas; jarabe (una cucharadita de té, 10 mg; y como solución parenteral, disponible en ampolletas de 25 mg/ml y 50 mg/ml. La hidroxizina es un medicamento seguro, sin ningún otro efecto secundario aparente que una ligera molestia, aun con dosis mayores. La dosis adecuada es de 0 a 70 mg., que depende de los factores ya mencionados.

Lang informó que la hidroxizina era un auxiliar eficaz en el manejo del niño, dentro de una variedad de conductas que varía desde la aprensión leve pasando por el temor y la angustia hasta los problemas graves.

El clorhidrato de prometazina (Fenergan), uno de los antihistamínicos más potentes, actúa como potenciador. Puede ser empleado solo o como potenciador de los ataráxicos o la meperidina. La dosis recomendada para la prometazina cuando se emplea sola es de 12,5 a 25 mg. Se suministra en ampolletas de 25 mg/ml. Existe un jarabe en dosis de 0,25 mg por 5 ml.

Uso de la analgesia.

El miedo al dolor desempeña un papel importante en la conducta del paciente frente al tratamiento odontológico. Provoca una de dos respuestas normales, "fuga" o "lucha", que son las responsables de muchos obstáculos que se presentan para el dentista al tratar a su paciente niño.

Esto trajo como resultado la introducción de un instrumento que demostró ser útil en cambiar esa actitud; y es el uso

de óxido nitroso-oxígeno como analgésico.

Con este descubrimiento la odontología realizó grandes adelantos en la conquista del dolor asociado con los procedimientos operatorios, mediante el uso de los anestésicos locales y generales.

La sedación por inhalación de óxido nitroso y oxígeno - deberá considerarse como parte del armamentario del dentista para el tratamiento del niño, aunque no es el único medio para tratar al niño difícil.

La sedación por inhalación es un auxiliar para el tratamiento del paciente, es un medio para lograr que el tratamiento dental sea aceptado por el niño aprensivo.

El protóxido de fierro en concentraciones analgésicas satisface este requisito de sedación por inhalación a causa de sus características y acciones:

- 1) Es seguro, no explosivo y de olor agradable,
- 2) Disminuye el temor y la angustia
- 3) Apaga el dolor.
- 4) La iniciación es rápida.
- 5) El gas no se altera por los líquidos orgánicos.
- 5) Los efectos secundarios son mínimos.
- 7) No hay peligro de adicción.

El óxido nitroso tiene las siguientes contraindicaciones:

- 1) En afecciones respiratorias, como el resfrío común, afecciones pulmonares como bronquitis, enfisema y tuberculosis.
- 2) En trastornos psiquiátricos.

3) Niños con historia de malestar por movimiento, que pueden vomitar al darles el protóxido.

Modo de acción y limitación.

Cuando se aspira la mezcla de óxido nitroso, oxígeno y aire ambiente, los materiales gaseosos pasan en solución a la corriente sanguínea a medida que circula por los pulmones. Al pasar la sangre por el organismo, el protóxido cambia ligeramente la química enzimática y disminuye la utilización de oxígeno. Las células cerebrales son extremadamente sensibles a este cambio, con lo que se produce un estado analgésico. El óxido nitroso se elimina del organismo de la misma manera en que entra, por los pulmones.

Equipo

Los gases se almacenan en cilindros de presión. La presión debe ser reducida a un nivel ligeramente por encima del atmosférico para que el gas pueda ser utilizado. Esta reducción se logra con un regulador. El gas atraviesa una cañería flexible hasta un sistema de tubos que conduce el gas al consultorio. En este sistema hay salidas al final del sistema de tubería. Esas salidas permiten la unión de conexiones rápidas.

El aparato consta de las siguientes partes:

- 1) Medidores del paso con válvulas que indican el volumen de cada gas suministrado al paciente en términos de litros por minuto.
- 2) Un dispositivo de seguridad de oxígeno, que automáticamente cerrará el flujo de protóxido si fallara el suministro de

oxígeno.

- 3) Una palanca para el oxígeno que permite suministrar oxígeno puro al paciente, en grandes cantidades, si así se deseara.
- 4) Una bolsa de respiración, que asegura al odontólogo que el paciente está inspirando y expirando por la boca.
- 5) El inhalador nasal es la única parte que toma contacto con el paciente. El inhalador tiene dos aberturas: una permite -- que el aire ambiental se mezcle con la mezcla de óxido nitroso y oxígeno y la otra permite que escape la mezcla exhalada.

Es necesario describir a los padres qué es la analgesia con protóxido y cómo afecta y beneficia al niño. Es importante acentuar que el propósito de la analgesia es producir una sensación de tranquilidad y relajación sin dejar que el niño entre en la inconsciencia.

La introducción del paciente niño a la analgesia con - óxido nitroso puede hacerse mejor de la siguiente manera:

- 1) Mostrando al niño el equipo y explicándole la tuberías, medidores y el inhalador nasal en términos de lo que deben usar los astronautas cuando hacen sus vuelos espaciales.
- 2) Sugiriendo al niño que en un juego de ilusiones, él se ponga la "máscara espacial" y pretenda que está volando una nave espacial a su lugar favorito.
- 3) Tranquilizando al paciente mediante la descripción de las sensaciones que va a experimentar. Esas sensaciones incluyen algunas de las siguientes: cosquilleo en los dedos de pies y manos, una sensación de zumbido; un estado de relajación y -

pesadez en brazos y piernas; una sensación feliz y segura.

4) Tranquilizando al paciente en cuanto a que no se va a dormir y que si en cualquier momento siente la necesidad de quitarse la máscara de la nariz, puede hacerlo.

El niño inhala aproximadamente 8 litros de aire por minuto, y es importante al administrar los gases que se mantenga ese volumen. El procedimiento comienza con 8 litros de oxígeno al 100%. A medida que el paciente se acostumbra a la máscara y al equipo, se reduce el volumen de oxígeno y se aumenta el nivel de óxido nitroso hasta que el paciente está en la condición deseada de tranquilidad.

El paciente que esté en el debido estado de analgesia adquirirá un semblante sonriente. Sus manos estarán relajadas; abrirá la boca a pedido y la mantendrá abierta hasta que se le pida que la cierre.

Normalmente, en 3 a 5 minutos el paciente manifestará las características deseables de la analgesia.

La administración de oxígeno al 110%, de 1 a 3 minutos es suficiente para que el paciente deje el consultorio ya recuperado.

B).- TECNICAS DE REACONDICIONAMIENTO EN EL CONSULTORIO DENTAL. LA CORTESIA Y AMABILIDAD PARA LOS NIÑOS.

A través del reacondicionamiento realizado con la guía del dentista, el niño aprende a aceptar los procedimientos -- odontológicos y a gozar de ellos. Pierde su miedo y su temor al dentista, porque aprende que lo desconocido no representa un peligro para su seguridad. Con simpatía y tacto se establece la relación y los procedimientos operatorios se vuelven interludios agradables esperados con placer por el dentista y por el niño. Se ha comprobado que este método tiene gran éxito, a continuación se mencionarán técnicas empleadas para recondicionar las actitudes del niño hacia la odontología.

El primer paso en el reacondicionamiento es saber si el niño teme excesivamente al dentista y porqué. Esto se puede descubrir preguntando a los padres acerca de sus sentimientos personales hacia la odontología, viendo sus actitudes y observando al niño de cerca; después de que ya conocemos la causa del miedo y del temor, se debe proceder a controlarlo para que el procedimiento sea mucho más sencillo.

El siguiente paso es familiarizar al niño con la sala de tratamiento dental y con todo su equipo, sin que produzca alarma excesiva. Por este medio se gana la confianza del niño y el miedo se troca en curiosidad y cooperación; se ha visto que la mayoría de los niños les encantan los instrumentos nuevos, cualquier equipo o mecanismo les interesa y los llena de gozo. Y ¿qué mejor lugar que la sala de tratamiento para en--

-contrar instrumentos que estimulen el interés del niño?

Puede disminuirse el miedo permitiendo y alentando al niño sutilmente para que pruebe cada pieza del equipo. El dentista deberá explicar cómo funciona cada pieza del equipo, de manera que el niño se familiarice con los sonidos y acciones de cada accesorio.

Se hace rodar el motor sobre sus uñas, para que pueda sentir la inofensividad de una copa pulidora de caucho.

Se hace demostración de la jeringa de aire, y después como por descuido, se deja en el regazo del niño para que la pruebe. Se explica el control a pie del motor, de manera que el niño sepa que la fresa no está descontrolada, sino que cuando sea necesario, puede ser detenida en cualquier momento.

Después de familiarizar al paciente con el equipo, la siguiente meta será ganar completamente su confianza. Si se eligen con cuidado las palabras e ideas de la conversación, podrán llegar a comprenderse sin perder mucho tiempo. Al establecer esta confianza, el dentista debe transmitir al niño -- que simpatiza con sus problemas y los conoce. Cuando se está estableciendo la relación, la conversación deberá alejarse de problemas emocionales y dirigirse a objetos familiares al niño; el dentista podrá platicar de amigos, de animales o de la escuela.

De esta manera, empezará a haber comprensión y confianza, el odontólogo tendrá que humanizar sus relaciones con los niños; ha llegado el momento de esbozar el tema del tratamiento

-to dental. El odontólogo puede observar que cuando era niño tuvo que ir al dentista porque era necesario "componer" los dientes, y que descubrió que la mejor manera de hacerlo era, por lo general la más fácil, pero que no podíamos saber cuál era la manera más fácil a menos que el dentista nos dijera. En este momento el niño estará generalmente receptivo para su primera adoctrinación de tratamiento dental.

En la primera visita deberá realizarse sole procedimientos menores o indoloros. Se obtiene la historia clínica, se instruye sobre el cepillado de dientes, se le informa al paciente que van a cepillarle los dientes con la cepata de caucho con la que jugó antes. Se limpian los dientes y se le regubren con solución de fluoruro, se pueden tomar radiografías, si se le permitió al niño que tocara y sintiera el motor, no debería haber grandes dificultades, se puede explicar la unidad de rayos X como una enorme cámara fotográfica y la película como el lugar por donde aparecerá la fotografía para que cuando el niño vea las radiografías reveladas, se enorgullecerá de lo que logró.

Es buena táctica pasar de operaciones más sencillas a las más complejas a menos que sea necesario tratamiento de urgencia. El odontólogo puede trabajar con el padre o la madre en la sala de operaciones, o le puede pedir que no esté en ella según prefiera. Generalmente, se invita a los padres en la primera visita a que pasen a la sala de operaciones para comprender el papel tan importante que tienen en la adquisi-

-ción de hábitos de higiene de su hijo y de conocimientos de control dietético para prevenir enfermedades dentales. Se puede demostrar en este momento cómo se tiñen los dientes con eritrosina u otros agentes reveladores de placa antes y después del cepillado.

Desafortunadamente, los niños llegan con frecuencia al consultorio dental para su primera visita sufriendo dolores y con necesidad de tratamiento más extenso; en estas situaciones, como en todas las demás, la veracidad del dentista es esencial. Franqueza y honestidad serán rentables con los niños ; al niño deberá decirsele de manera natural, que a veces lo que hay que realizar produce algo de dolor. También puede explicársele que si avisa cuándo le duele demasiado, el dentista parará o le arreglará de manera que no duela tanto, o lo hará con más suavidad.

Esta sinceridad deberá permanecer constante a través de todas las visitas dentales futuras y deberá recordarse esto al niño antes de cada operación dental. Si se manejan niños demasiado pequeños para comprender explicaciones difíciles, debe intentarse llegar a relacionarse con ellos por medio de conversaciones sobre objetos o acontecimientos de la experiencia personal del niño. Se debe hablar con voz agradable y natural así como también una actitud comprensiva. Sin embargo, a veces los niños de edad preescolar gritan con fuerza y largamente en la silla dental. Es muy difícil hacerse comprender cuando el niño grita continuamente, la amenaza de sacar a los

padres fuera de la sala puede ser suficiente para que se calle; en otros casos, puede dar resultado darle tiempo al niño para que se desahogue. Sin embargo todo odontólogo experimenta ciertos casos, cuando la actitud de los padres ha sido defectuosa, o cuando se han inducido miedos indebidos, en los que éstos métodos no sirven y el niño gradualmente va llegando a la histeria. En este momento, hay que usar medios físicos para calmar al paciente lo suficiente para que pueda escuchar lo que el dentista tiene que decirle.

La manera más sencilla de hacer esto es colocar suavemente la mano sobre la boca del niño, indicando que esto no es un castigo, sino un medio para que el niño oiga lo que tenemos que decirle. No debe intentarse bloquear la respiración bucal mientras que el niño llora, el dentista le hablará al oído -- con voz normal y suave, diciéndole que quitará la mano cuando pare de gritar, no deberá de haber malicia en su voz. Puede que la admonición surta efecto, aunque crea que el paciente no le oye.

Cuando ha dejado de llorar, quite la mano y hable con el niño sobre alguna experiencia sin relación alguna con la odontología. Es sorprendente lo eficaz que esto puede ser y cómo no estos niños se vuelven pacientes ideales. No guardan resentimiento y se dan cuenta de que lo que se hizo fue para su propio bien, generalmente, se convierten en los pacientes más cooperativos, e incluso en sus amigos. Colocar la mano sobre la boca del paciente es medida extrema y solo deberá usarse como último recurso en un paciente ya histérico, cuando hayan

fallado todos los demás medios. Puede ser necesario usar esta técnica con niños demasiado mimados. Procedimientos disciplinario como éste pueden requerir mucho tiempo. Los odontólogos muchas veces observan que no tienen suficiente tiempo para adiestrar al niño a ser buen paciente le va a asegurar - que ese niño será paciente suyo toda la vida, esa hora le habrá resultado muy productiva, la paciencia y consideración -- nos ayudarán enormemente a establecer un consultorio.

Cada niño deberá recibir la atención completa del dentista, siempre se debe tratar al niño como si fuera el único paciente que vemos ese día.

LA CORTESIA Y AMABILIDAD PARA LOS NIÑOS.- El dentífilo deberá evitar utilizar palabras que inspiren miedo al niño; muchos de los temores sugestivos no los produce el procedimiento en sí, sino el significado atemorizante de alguna palabra.

Algunos niños se estremecerán de miedo al oír palabras como "aguja" o "fresa", y sin embargo, no se oponen demasiado a la experiencia si se llama de otra manera al procedimiento.

Cuando se trate con niños deberán evitarse onomatopéyas, pero cuando sea posible, deberán usarse palabras que no denoten miedo, palabras que ellos conocen y usan diariamente. La substitución exacta de palabras deberá guiarse por la edad - del paciente, cada odontólogo puede utilizar la selección que prefiera. En vez de palabras como "inyección", "aguja", "puncho" podríamos decir "Vamos a poner algo en tus encías que -

se sentirá como un pique de un mosquito". Saben que los piquetes de mosquito son molestos, pero el dolor no es suficiente grande o duradero para producir ansiedades definidas. En vez de palabras "fresa", que para un niño significa hacer hoyos en un diente dígame que va a cepillar los insectos malos y sacarlos de sus dientes. Al mismo tiempo, haga correr sobre la uña del niño una broca grande de cono invertido, explicando que la broca es llana, y no puede penetrar en el diente.

Addelson demuestra el uso de una cuchara excavadora, toma entonces una gran hoja vegetal y muestra que las hojas son como cucharas, y por lo tanto, pueden hacer el trabajo más rápido y fácilmente. De este modo, el dentista ha informado al niño de lo que va a hacer sin que se produzca miedo. Si el odontólogo considera que se va a infligir un dolor considerable puede explicársele de la manera que mencionamos anteriormente en los primeros capítulos. Cuando se trata a niños, es siempre bueno informarlos de lo que se va a hacer, pero hay que evitar asustarlos utilizando palabras mal seleccionadas que le sugieran dolor.

En procesos de aprendizaje, el castigo y la recompensa son básicos. Existen muchos tipos de recompensas para los pacientes que se portan bien. Una de las recompensas que más busca el niño es la aprobación del dentista. Por lo tanto que el dentista reconozca la conducta ejemplar del niño influye para que éste se porte bien.

Cuando el niño sea buen paciente, hay que decirsele, es-

-to impondrá una meta a su comportamiento futuro, hará todo lo posible por conservar el nivel que él mismo estableció, - cuando se alabe al niño, hay que alabarlo mejor su comportamiento que al individuo, por ejemplo, en vez de decirle que ha sido un niño muy bueno, decirle que hoy se portó muy bien en la silla. Los regalos son muy buenas recompensas, darle al niño algún regalo cuando se ha portado bien forma parte de un manejo adecuado. Existen muchas variedades de regalos, como - por ejemplo obsequiar objetos o juguetes sencillos, dar a los niños estrellas doradas para que las peguen en cartulinas, que está en la sala de recepción es muy eficaz, lo que impresiona favorablemente al niño, más que el regalo, es que se reconozca su mérito.

Todos los movimientos del odontólogo, ya sea al manejar a los pacientes o en procedimientos operatorios deberán mostrar suavidad y gracia; cuando se someta a los niños a estos tratamientos, hay que comparar la posibilidad de trauma psicológico con la necesidad del tratamiento. Como casi todos los niños necesitan de la odontología, es esencial que el trauma que produce sea mínimo. Entre todos los problemas asociados a la odontopediatría, el manejo es sin duda el más importante, ya que si no existe cooperación adecuada del paciente, los procedimientos dentales se vuelven muy difíciles y a veces imposibles. Existen varios métodos para aumentar la cooperación del paciente y disminuir las molestias, tales como sedantes, analgésicos, hipnosis, tranquilizantes y anestesia general.

C.- LA RELACION DE LOS PADRES CON EL NIÑO Y LA
PROTECCION EXCESIVA.

Ya se dijo que el niño no viene solo al consultorio, si no que 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 promueva el acercarse a esta nueva experiencia, respaldado por la tranquilidad de su madre y la confianza que demuestra al profesional. Pero si los sentimientos de los padres respecto de la odontología no son positivos, y esto es lo más frecuente, si ellos expresan abiertamente sus temores y ansiedades, o los mal disimulan, si han presentado al odontólogo como figura castigadora las cosas no serán fáciles.

Todo un niño con un problema de conducta, no hace sino reflejar situaciones de su hogar, aunque los padres puedan no ser totalmente responsables. Se llega a ver como "síntoma --- cristalizado de las ansiedades de los padres" como expresión de una "traición neurótica" de la familia. Es un deber del -- odontólogo "seducir y educar a todo un medio familiar, con - tantas variantes de niveles culturales, escalas afectivas y - afinidades humanas.

Mc. Bride, menciona 4 categorías de padres en el consultorio: 1.- El que distrae, 2.- El seudocooperador, 3.- El que dá coraje y 4.- El que extiende simpatía. Existen otras distintas actitudes parenterales y además otros disfraces de la ansiedad: la madre apurada, la exigente, la "ocupada" etc. Pe

ro lo más importante es comprender la situación de fondo, --
cuáles son los motivos que llevan a los padres, y fundamen--
talmente a la madre, a interferir a la labor del odontólogo,
quien debe lograr una buena comunicación con el niño y con -
su madre, para llevar el tratamiento a un buen término.

No debe olvidarse que si la madre no acepta, el niño -
tampoco aceptará.

Se hablo en los capítulos anteriores que las ideas fan--
tásticas del niño respecto del odontólogo y sus procedimien--
tos; pero no podemos ignorar que esas ideas las tienen tam--
bién los adultos, los padres, quienes al revivir sus propios
conflictos infantiles en el momento en que su hijo se acerca
a la experiencia odontológica, crean la interferencia, sin -
proponérselo conscientemente.

El niño recibe lo que su madre no recibe, y eso lo lle--
va inconscientemente, a actuar en forma pueril, cuando no --
irritante. Agregado al hecho, que sus propias ansiedades ora--
les se reactivan en esos momentos.

LA PROTECCION EXCESIVA DE LOS PADRES.

Entre los extremos de comportamiento que los padres --
muestran hacia sus hijos podemos mencionar los siguientes:

Protección Excesiva.- Todo niño necesita amor y afecto;
sin embargo, a causa de ciertos factores emocionales, relacio--
nados con experiencias o dificultades presentes, el impulso -
protector de los padres puede volverse excesivo e interferir-

en la educación normal del niño. Generalmente, el niño que está excesivamente protegido, no puede utilizar iniciativa propia o tomar decisiones por sí mismo. Se presta ayuda al niño en cada tarea, incluso mínima, que trate de hacer. La madre ayuda al niño a vestirse y alimentarse, y toma parte activa en sus actividades sociales; juegos y trabajo se ven restringidos por miedo a daño físico, enfermedades o adquisición de costumbres indeseables de sus compañeros de juegos.

Este exceso de protección maternal puede manifestarse por dominio extremo o indulgencia excesiva. Los padres dominantes presentan niños muy tímidos, delicados, sumisos y temerosos, éstos niños no son agresivos y carecen de presunción y empuje social. Son humildes con sentimientos de inferioridad, atemorizados y con ansiedades profundas. Como puede imaginarse, estos niños constituyen "pacientes ideales", si no son excesivos en su actitud, porque son obedientes, educados y reaccionan bien a la disciplina. Sin embargo, frecuentemente a causa de la timidez del niño, el dentista, tiene que romper la "barrera de timidez" haciendo que el niño confíe en su capacidad para ser un buen paciente dental.

Los padres que son demasiado indulgentes, o que dan demasiados lujos a sus hijos, presentan niños que tienen dificultades para adaptarse al medio social que les rodea.

A estos niños no se les pide que se enfrenten a realidades morales, de manera que demandan gran atención, afecto y servicio. Como les hacen creer que son superiores a los de

más, se vuelven desconsiderados, egoístas y tiránicos. Si no se les da lo que piden, se impacientan, tienen ataques de -- mal genio e incluso tratan de golpear a las personas que no acceden a sus deseos. Con un dentista extraño pueden tratar de usar encanto y persuasión, e incluso forzarle, para evi-- tar el tratamiento y hacer lo que quieren: y si esto falla,-- hacen alarde de ira extremada y pueden resistirse, incluso -- con fuerza física, a los intentos de manejo del dentista. Son niños muy mimados y aunque no incorregibles, son muy difícil-- les de manejar en el consultorio dental. En un gran porcenta-- je de los casos debe usarse algo de disciplina como medio pa-- ra obtener su cooperación. Una vez que comprenden el signifi-- cado de la docilidad, se vuelven excelentes pacientes.

No es raro que los padres demasiado indulgentes trai-- gan a su hijo al dentista en forma hostil, insistiendo en -- que se les permita acompañarlo a la sala de operaciones. No-- habrá razones que hagan desistir a la madre; ya dentro de la sala de operaciones, interpretará cualquier intento discipli-- nario del dentista como brutalidad. Generalmente, son estos-- niños los que más necesitan la disciplina del consultorio. -- Es conveniente que el dentista tenga en cuenta, al aconsejar a padres de niños mimados, que estos consideran a sus hijos-- mucho mejor educados de lo que en realidad están, por lo que habrá que usar mucho tacto.

Exceso de mimos es defecto común de los abuelos, quie-- nes habiendo educado ya una familia, quieren volver a experi--

mentar el placer de ser amados por niños pequeños, sin tener la responsabilidad de disciplinarlos. El comportamiento de un niño educado en una casa en donde viven los abuelos es generalmente el de un niño mimado. Esto se verifica especialmente si el padre y la madre están ausentes de la casa todo el día.

El Rechazo.- Existen varios grados de rechazo, desde ligera indiferencia a causa de trabajo u otros intereses, hasta rechazo completo a causa de problemas emocionales. El padre que es algo indiferente tiene hijos que se sienten inferiores y olvidados. No están seguros de sí mismos y de su lugar en la sociedad. Desarrollan resentimientos, se vuelven sin amar ni interesarse por nadie.

Los niños no deseados o rechazados no solo sufren falta de amor y afecto, sino que pueden ser tratados con desprecio y a veces con brutalidad. Puede que a estos niños se les critique constantemente, se les moleste y atormente continuamente con demostraciones abiertas de desagrado. Puede que estén tristemente descuidados y severamente castigados. No es de extrañar que estos niños desarrollen carencias de estimación propia y sentimientos de incapacidad que los lleven a ansiedades profundas; puesto que el niño no tiene seguridad en casa, se vuelve suspicaz agresivo, vengativo, combativo, desobediente, poco popular, nervioso y demasiado activo. A causa de esta actitud los miembros del grupo de su edad lo encuentran poco agradable, y esto le hace buscar la compañía

de otros parecidos a él. Muchos de los delincuentes infantiles actuales vienen de esa categoría.

En el consultorio odontológico, este niño puede ser difícil de manejar. Esta claro que habrá de tratarse cualquier desobediencia manifestada por el niño, no con rechazo, sino esforzándose en ser amigable y en comprenderlo. Estos niños generalmente demandan mucho, y deberán repetirse sus peticiones en lo posible, porque están necesitados de atención y -- bondad; en muchos casos, el niño rechazado se porta mal para atraer la atención. Este niño deberá recibir la atención deseada cuando se porta bien, y no cuando se porta mal.

Se debe enseñar que cuando se porta bien, el tratamiento dental es mucho más agradable.

Ansiedad excesiva.- Esta actitud se caracteriza por -- preocupación excesiva, por parte de los padres por el niño, como resultado de alguna tragedia familiar anterior, que fue consecuencia de alguna enfermedad o accidente. Se asocia generalmente con excesos de afecto, protección y mimo. No se -- le permite al niño que juegue o trabaje solo. Se exageran mucho las enfermedades de poca importancia y frecuentemente se le hace guardar cama sin necesidad. Estos niños son generalmente tímidos, huraños y temerosos. Se preocupan cada vez -- más por su salud, y les falta capacidad para tomar decisio-- nes por sí mismos. Son generalmente buenos pacientes si se -- les instruye para que lo sean. Sin embargo, es posible que -- el dentista tenga algo de dificultad en vencer sus temores. Pero si se alienta y asegura al niño, éste generalmente reac-

-cionará de manera satisfactoria,

Dominación.- Los padres que son dominantes exigen de sus hijos responsabilidades excesivas que son incompatibles con su edad cronológica.

No aceptan al niño como es, sino que lo forzan a competir con otros niños mayores o más avanzados. Al entrenarlo, forzan al niño y son por lo general extremadamente críticos, es trictos y a veces incluso lo rechazan. Estas molestias y crí ticas constantes desarrollan en el niño resentimiento y eva sión, sumisión e inquietud. Puede ser común el negativismo - puesto que tienen miedo a resistirse abiertamente, obedecerán las órdenes despacio y con el mayor retraso posible. Si se les trata amable y consideradamente, estos niños generalmente llegan a ser buenos pacientes odontológicos. Su reac ción es parecida a la producida por niños con padres exigentes.

Identidad.- En ciertos casos, los padres tratan de revivir sus propias vidas en los hijos. Al hacerlo quieren dar al niño todas las ventajas que les fueron negadas a ellos. Si el niño no reacciona favorablemente, los padres muestran abierta mente su decepción. El niño observador siente esa desaproba ción paterna y tiene sentimientos de culpa que se reflejan en timidez, inseguridad y retraimiento, llora con facilidad y no tiene confianza en sí mismo, trata de hacer poco por miedo al fracaso. Estos niños reaccionan en el consultorio dental de la misma manera que los niños de padres dominantes y deberán

ser manejados análogamente.

Al considerar las actitudes de los padres se considera que, en general, es necesario cierto grado de dominación por parte de los padres y de sumisión por la de los hijos, para que éstos se ajusten a los patrones culturales actuales. Los niños que sufren algo de supresión en casa parecen aceptar las experiencias exteriores con más animación e interés. Si la dominación de los padres es justa y se administra adecuadamente, el niño tenderá a ser un buen paciente dental y encajará en un mundo en el que los ajustes son siempre necesarios. Es claro que el grupo que carece de presión paterna crecerá con deficiencia para adquirir la capacidad de ajustarse a las situaciones de la vida de las cuales el tratamiento dental es sólo una. Si el dominio es más evidente en el padre o en la madre, el más severo es el que debería traer al niño al consultorio odontológico. A causa del miedo que pueda experimentar, ningún niño muy joven deberá venir al consultorio odontológico sin compañía. El consultorio es una experiencia nueva para el niño, por lo tanto necesita la confianza y seguridad que sólo un padre o una madre pueden dar.

Las actitudes que unos niños tienen hacia otros están formadas principalmente por los padres.

Estas actitudes pueden variar según el número de hijos y su posición en la familia. El hijo más joven es el que tiene más dificultades con las actitudes de los padres. El hijo mayor por el contrario, ha nacido para una posición de mando, porque aunque los padres pueden carecer de experiencia, tienen en entusiasmo y el aguante juvenil que es a veces tan ne

-cesario para administrar una disciplina adecuada y justa. El hijo mayor, es a menudo conservador y de comportamiento moderado, se portará bien si sus padres son inteligentes y comprenden sus propias actitudes. Si el niño más pequeño nace con varios años de diferencia, tendrá tendencia a ser mimado por sus padres o hermanos mayores.

El hijo único adoptado puede recibir demasiada indulgencia de sus padres, tiende a ser antagonista, desobediente, egoísta y dado a ataques de mal genio. Esto no es necesario, si las actitudes de los padres hacia él son moderadas, el niño puede estar bien centrado.

Los hogares deshechos pueden ser dañinos para una buena personalidad, pueden llevar a sentimientos de inseguridad, e inferioridad, apatía y depresión. Sin embargo, los hogares deshechos son menos destructivos para la formación del carácter que los hogares con conflictos crónicos y desajustes completos. Un hogar armonioso es aquel en donde los hijos son queridos. Un hogar excelente para la formación de carácter y personalidad es cálido y amistoso, donde se busca continuamente la felicidad y donde la sociabilidad recibe énfasis.

D.- INSTRUCCIONES A LOS PADRES Y SU COMPORTAMIENTO EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO.

Es muy raro encontrar una madre que lleve a su hijo al consultorio dental sin aprensiones ni desconfianza sobre cuál será su reacción al tratamiento. El dentista puede hacer mu--

-cho en la educación de los padres, para que éstos se aseguren de que su hijo no llegue al consultorio con dudas y miedo. Para los padres será de gran consuelo saber que no serán necesarias medidas extremadas de disciplina y que el niño -- participará gustoso en la nueva experiencia.

Peabody recomienda tres tipos de sugerencias a los padres:

- 1.- Que su hijo no sepa del temor que usted pueda tener con respecto al tratamiento dental. El temor que él ya tiene, más el suyo, puede anonadarle. Procure hacer lo mejor por darle confianza y explicarle porqué se lo lleva al consultorio dental.
- 2.- Comprenda que las radiografías, la limpieza y las instrucciones sobre higiene bucal, permiten al dentista - examinar a fondo y preparar al paciente para el tratamiento. Más aún, ésta es una introducción humana a la odontología y no el meterse en la boca con la fresa o - extraer un diente.
- 3.- No insista en pararse junto a su hijo mientras está en el sillón dental. En este consultorio disponemos de tiempo para adecuarle a su nueva experiencia. Recuerde: no - puede esperarse que el niño tenga confianza en su doctor, salvo que le demuestre que usted sí la tiene.

Si bien sería ideal que todos los padres supieran cómo conducirse antes de llevar por primera vez a su hijo al odontólogo y aceptaran de buen grado los procedimientos de examen

indicados.

Kelsten presenta algunas indicaciones y dice: Dirijimos este mensaje "A USTED PAPA; A USTED MAMA" y decimos:

El buen éxito del tratamiento de su hijo depende mucho de su cooperación. Usted, su hijo y yo, debemos trabajar juntos y en armonía. Los comentarios e indicaciones que siguen tienden a lograr el clima propicio.

1.- No se inquiete si su hijo llora. El llanto es una forma normal de reaccionar en el niño, ante situaciones desconocidas o que teme.

No le diga que no tiene por qué llorar, su hijo no es un "hombrecito" o una "señorita". Es sólo un niño que puede estar muy asustado. Respete su temor, ya trataremos de aliviarlo o alejarlo.

2.- No se inquiete si la reacción de su hijo es aún más violenta. Sin duda, tiene un motivo, siempre hay métodos para resolver su problema odontológico.

3.- No le engañe. Dígale que le lleva a visitar al dentista. Hágalo tranquilamente, sin darle trascendencia.- Van a visitar a un amigo. Explíquele que el dentista, como el médico, el maestro, son personas que se preocupan por su salud física y mental y por su educación. Han estudiado para ello y emplean sus conocimientos para contribuir a su total bienestar.

4.- Si usted ha decidido prometerle alguna recompensa para que mejore su comportamiento, trate de no mezclar al dentista

en esas promesas.

- 5.- Permítale expresar su curiosidad: "El doctor te lo va a explicar con mucho gusto".
- 6.- Controle usted sus propios temores. Evite en presencia de su hijo el relato de episodios desagradables o truculentos y no permita que otros lo hagan. Hay palabras que asustan y es necesario evitarlas.
- 7.- Muchas veces, la mejor situación de tratamiento se alcanza cuando el niño está solo en el consultorio con su dentista. Ello se logrará paulatinamente, favorézcalo con su actitud y confíe en el profesional.
- 8.- Mientras usted acompañe a su hijo en el consultorio, procure no intervenir en la conversación entre él y el doctor. El niño se confunde cuando hablan varias personas o recibe indicaciones de varios lados y puede no atender a ninguno, evite la concurrencia de demasiados acompañantes.
- 9.- Permítale desenvolverse solo. Seguramente lo logrará. El doctor está para ayudarle o solicitará su cooperación cuando sea necesaria.
- 10.- En este consultorio se atiende a los niños en citas convenidas previamente, única forma de realizar un servicio correcto. Le rogamos, pues, puntualidad para beneficio de todos. Si Ud. no pudiera concurrir, estimaremos nos lo comuniqué con adecuada anticipación para poder disponer de ese turno. En caso contrario, se agregará a los honorarios el importe de esa cita no cumplida.

11.- Periódicamente, acostumbramos citar a su hijo, para controlar los tratamientos y efectuar una limpieza dental. Ante cualquier duda, consúltenos.

12.- Es una norma en este consultorio que los pagos se efectúen a medida que avanza el tratamiento. Y se termina de la siguiente manera: agradeciendo desde ya su valiosa cooperación le saludamos muy cordialmente. Y al último la firma.

Con esto se puede hacer que los padres comprendan que, una vez en el consultorio el odontólogo sabe mejor cómo preparar - emocionalmente al niño para el tratamiento necesario.

El comportamiento.- Cuando el niño es llevado a la sala de tratamiento, los padres no deberán hacer ningún gesto como para seguirlo o para llevarlo, a menos que el odontólogo les invite a hacerlo. Sin embargo, hay casos en que la presencia de los padres infunde confianza en el niño, especialmente si tiene menos de 4 años de edad. Si se invita al padre de un niño mayor para que pase a la sala de tratamiento, deberá desempeñar el papel de un huésped pasivo y permanecer de pie, o sentarse alejado de la unidad. No deberá hablar al dentista o al niño a menos que aquel se lo pida, ni deberá tomar al niño de la mano ni mirarle con simpatía y expresión asustada.

No hay nada que trastorne más el éxito del manejo de un niño que una situación en que la madre está comunicando información falsa a él, o le está transmitiendo su simpatía.

De esta manera existirá una relación más satisfactoria en

tre el dentista y la familia. Si se informa a los padres de ciertas reglas sencillas a seguir antes de traer al niño al dentista por primera vez, será de gran ayuda para ellos y para su hijo. La guía a los padres sobre el tratamiento dental deberá empezar de preferencia antes de que el niño tenga la edad suficiente para ser impresionado adversamente por influencias externas.

D).- LA EDUCACION DEL DENTISTA EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN (HIGIENE BUCAL, APLICACION TOPICA DE FLUOR).

La educación del dentista es muy importante, tanto para los niños como para los adultos, debido a los programas preventivos; estos programas deben ser tanto educativos como clínicos. Los aspectos educativos de un programa refuerzan la importancia de preservar los dientes y los tejidos periodontales y limitar la posibilidad de maloclusión.

Se debe desarrollar el programa educacional, sobre métodos y técnicas de prevención de enfermedades bucales así como la maloclusión. Un programa preventivo requiere además de conferenciantes, material educacional. Existe gran cantidad de material disponible para este propósito.

Existen varias agencias, locales, estatales o nacionales, que pueden ofrecer ayuda de diversa índole, desde sugerencias hasta ayuda para encontrar el personal y materiales necesarios. Pueden contribuir también económicamente.

Existen ahora subsidios de fuentes federales para establecer programas de corrección y prevención para los indigentes. Al establecer un programa preventivo, es conveniente formar un comité de personas interesadas en el bienestar del niño. Hay varias maneras de acercarse al público en programas educativos:

- 1.- Charlas a grupos escolares, organizaciones de ayuda, asociaciones de padres y maestros.
- 2.- Proyectos escolares, como clubs de salud, programas instructivos de higiene bucal.
- 3.- Carteles, ensayos y concursos del tipo "Sonrisa perfecta".
- 4.- Películas y espectáculos de marionetas, etc.

Este tipo de programas generalmente implican tratamientos de caries dental. A medida que las medidas preventivas aumentan y se llevan a cabo, y disminuye la cantidad de trabajo en cada paciente, pueden tratarse más niños con el mismo número de dentistas. Al dentista privado le será posible tratar un número mayor de niños. De esta manera el número mayor de niños podrán ser tratados. Si se considera un programa más amplio, se puede realizar todo el trabajo necesario en los niños de 6 años, por lo tanto debe darse mayor importancia a salvar los primeros molares, ya que son las piezas permanentes más vulnerables.

Otro servicio dental que muy a menudo se descuida es el de los niños retrasados o con malformaciones, sin embargo estos niños necesitan cuidados dentales mucho más que los otros,

a causa de su problema.

El niño con paladar hendido o el epiléptico puede ser manejado en el consultorio como el espástico. El niño con parálisis cerebral puede tratarse mejor con anestesia general.

Cualquiera que sea el tipo de programas que considera el odontopediatra ya sea preventivo o correctivo, deberá dejar que su experiencia y capacidad sean utilizadas en la medida que dicte su altruismo.

HIGIENE BUCAL.- Debe recibir atención considerable la importancia de la higiene bucal y los cuidados en casa. La técnica de cepillarse los dientes puede enseñarse por demostración, con modelos enormes de dientes de cartón y cepillos o exhibiendo una película.

Estos dos métodos se pueden utilizar con grupos relativamente numerosos de personas, aunque es mejor la instrucción personal. Cuando sea posible, las demostraciones deberán seguir se con participación del niño. Se puede aprender más y mejor al hacer que al observar.

Debe darse importancia al papel que desempeñan los carbohidratos en la producción de caries dentales, y deben discutirse los medios de limitar su consumo, especialmente entre comi--das. Debe aclararse también el hecho de que una dieta equilibrada, que contenga todos los alimentos necesarios, es tan necesaria para la salud bucal como para la general, y esto deberá repetirse en todos los programas de educación de salud dental.

Profilaxia con fluoruro. La necesidad de programas preventivos tales como aplicaciones de fluoruro se presenta, no como una función educativa tan solo, sino con la idea de establecer un programa clínico de fluoruro.

Prevención de maloclusión.- En cualquier programa de prevención debe tomarse en cuenta la maloclusión. Estudios han demostrado que 35 a 50 por 100 de los niños sufren alguna forma de maloclusión. El público tiene que ser educado sobre el efecto perjudicial que tiene en la oclusión la pérdida temprana de los dientes primarios o que se tomen medidas para remediarlo.

- 1.- David B. Law; John M. Davis; Thompson M. Lewis: Un Atlas de Odontopediatría. Editorial Mundi.
- 2.- Floyd L. Ruch: Psicología y Vida.- Segunda edición. Editorial Trillas, México 1976.
- 3.- John Charles; Brauer: Odontología para Niños. Editorial Mundi.
- 4.- John R. Mink: Clínicas Odontológicas de Norteamérica; Odontología Pediátrica. Editorial Interamericana, 1973.
- 5.- Kennedy J. B.: Operatoria Dental. Editorial Médica Panamericana.
- 6.- Lawrence A. Fox: Clínicas Odontológicas de Norteamérica. Odontología para el Niño Incapacitado. Editorial Interamericana, 1974.
- 7.- Nelson Waldo E.: Tratado de Pediatría; Tercera edición. Editorial Salvat, Barcelona.
- 8.- Peabody J. B.: Comunicación Personal 1961.
- 9.- Ralph E. Mc. Donald: Odontología para el Niño y el Adolescente. Editorial Mundi.
- 10.- Ramón de la Fuente; Psicología Médica. F. C. E.
- 11.- Roy L. Lindahl: Odontología para Niños. Editorial Mundi.
- 12.- Rinderer R. Hotz: Odontopediatría. Editorial Panamericana.
- 13.- Samuel Leyt: Odontología Pediátrica. Editorial Mundi.
- 14.- Sidney B. Finn: Odontología Pediátrica; Editorial Interamericana.
- 15.- Thompson Clara: El Psicoanálisis. Segunda Edición. F.C.E. Brevarios. México 1971.

- 16.- Valenzuela H. Rogelio: Manual de Pediatría. Octava Edición. Editorial Interamericana, México 1970.