

COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO

No. Acceso _____

Sig. Top. M 218 1987

Compra ☐

Canje ☐

Donación ☒

Editorial _____

Solicitado por _____

Fecha _____

Precio _____

T.O.
218 218
1987

~~00218~~
00227

0243

YATROGENIA EN ODONTOPEDIATRIA

CLARA CECILIA PALACIOS GIRALDO

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
BOGOTA, 1.987

YATROGENIA EN ODONTOPEDIATRIA

CLARA CECILIA PALACIOS GIRALDO

Directora: Dra. CARMENZA MACIAS G.

Fue un gran gusto dirigir esta tesis,
por el gran interés y amor, con que
fue realizada.

Carmenza Macías

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
BOGOTÁ, 1987

AGRADECIMIENTOS A:

La Dra. Carmenza Macias G. Odontopediatra, Directora adjunta del Departamento de odontopediatria del Colegio Odontològico Colombiano. Directora del trabajo y quien con sus enseñanzas y aportes, colaborò en el desarrollo del trabajo, y en mi formaciòn, no solo acadèmica sino personal.

A todas aquellas personas que en una u otra forma colaboraron en la realizaciòn del presente trabajo y en la formaciòn acadèmica de la autora.

Entre ellas: Dra. Yadira Avila. Dpto. de Neurocirugia.

Hospital San José.

Dr. Edgar Sanchez. Dpto. de psiquiatria.

Hospital San José.

Y a mis padres y hermanos que con su esfuerzo y colaboraciòn, estuvieron siempre dispuestos a apoyarme y creyeron en mí.

A todos los niños que amable y sinceramente colaboraron en la experiencia personal, especialmente a Juanita y Boliche.

TABLA DE CONTENIDO

	pag.
INTRODUCCION	1
 1. NEGLIGENCIA ASPECTOS LEGALES	 9
1.1 ELEMENTOS ESPECIFICOS DE NEGLIGENCIA QUE IMPONEN AL ODONTOLOGO CARGO DE RESPONSABILIDAD EN UN TRIBUNAL	 10
1.1.1 Deber legal	10
1.1.2 Contravención al deber	10
1.1.3 Causa inmediata	11
1.2 PREVENCION DE LA RESPONSABILIDAD LEGAL PARA LAS URGENCIAS DENTALES	 11
1.3 DEBERES DE LOS ODONTOLOGOS EN GENERAL	13
1.4 DEBERES DE LOS ODONTOLOGOS ENTRE SI	14
 2. BREVE RESUMEN ACERCA DE FACTORES QUE CONLLEVAN NEGLIGENCIA	 15

2.1 EL DIAGNOSTICO	15
2.2 LA NEGLIGENCIA AL USAR RAYOS X	16
2.3 ESTERILIZACION	17
2.4 EXPLICACION	18
2.5 AVENTURARSE MAS ALLA DE LAS PROPIAS TECNICAS Y CONOCIMIENTOS	18
2.6 UNA OPERACION O TRATAMIENTOS NO AUTORIZADOS .	19
2.7 EL USO Y LA ADMINISTRACION DE ANESTESIAS	20
2.7.1 Complicaciones con anestesia	21
2.8 EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE	22
2.9 EXTRACCIONES EXCESIVAS O INNECESARIAS	23
2.9.1 Extracción de dientes temporarios	24
2.9.2 Extracción de dientes permanentes	25
2.9.3 Diente equivocado	26
2.10 FRACTURA O DISLOCACION DE LA MANDIBULA	27
2.11 EL FRACASO EN REMOVER RAICES O FRAGMENTOS DE RAICES	27
2.11.1 Accidentes	28
2.11.1.1 Fractura del diente	29
2.11.1.2 Lesión y extracción de los gérmenes de los dientes permanentes	30
2.11.2 Extracciones	31
2.11.2.1 Indicaciones para la extracción de piezas primarias	31
2.11.2.2 Contraindicaciones de la extracción de piezas primarias	33

2.12 EL PERMITIR LA INHALACION O LA INGESTA DE MATERIAS EXTRAÑAS	36
2.13 INADECUADA ADAPTACION DE CORONAS METALICAS .	37
2.14 EL FRACASO EN CUANTO A DIAGNOSTICAR Y TRATAR LA ENFERMEDAD PERIODONTAL	38
2.15 DROGAS-MEDICAMENTOS	38
2.15.1 Uso de tetraciclinas	39
2.16 QUEMAR UN PACIENTE	40
2.17 ROMPIMIENTO Y DESLIZAMIENTO DE FRESAS E INSTRUMENTOS CORTANTES Y GIRATORIOS	40
2.18 ROMPIMIENTO O DEJAR AGUJAS HIPODERMICAS EN LOS TEJIDOS	41
2.19 ROMPIMIENTO O DEJAR OTROS INSTRUMENTOS EN LOS TEJIDOS	42
2.20 CUIDADO POST-OPERATORIO	43
2.21 YATROGENIA DURANTE EL EMBARAZO	44
2.21.1 Factor alimenticio	44
2.21.2 Factor tóxico	46
2.21.3 Factor local	47
2.22 YATROGENIA RELACIONADA CON FLUOR	48
 3. ACCIDENTES OBSTERICOS QUE CONLLEVAN TRATAMIENTO DE ORTODONCIA	 50
 3.1 MUSCULOS	 52
3.2 NERVIOS	53

3.3 HUESOS	54
4. YATROGENIA INDIRECTA POR INADECUADA INFORMACION O EDUCACION DE LA MADRE	56
4.1 POR MALA HIGIENE DEL BIBERON	56
4.2 INADECUADA ALIMENTACION DEL BEBE	56
5. YATROGENIA RELACIONADA CON FALTA DE INDICACION PRECOZ DE HABITOS	58
5.1 TIEMPO DE HABITOS	58
5.1.1 Succión	59
5.1.2 Presión activa intra-bucal	59
5.1.3 Interposición muscular	60
5.2 TRATAMIENTOS DEMASIADO TEMPRANOS Y DEMASIADO FUERTES	61
5.3 INTERPRETACION DE LOS DIFERENTES HABITOS DESDE UN PUNTO DE VISTA PSICOLOGICO	63
5.3.1 Succión del pulgar	63
5.3.2 Hábito de masearse la lengua	65
5.3.3 Rechinamiento de los dientes	65
5.3.4 Morderse las uñas (onicofagia)	66
6. YATROGENIA EN RADIOLOGIA	67

7. YATROGENIA EN LESIONES DE ORIGEN TRAUMATICO Y CONSTRICCION DE ORIGEN CICATRIZAL	73
7.1 LESIONES DE ORIGEN TRAUMATICO	73
7.2 CONSTRICCION DE ORIGEN CICATRIZAL	74
8. YATROGENIA QUE SE RELACIONA CON EL ASPECTO DE PSICOLOGIA INFANTIL APLICADA Y MANEJO DE LA CONDUCTA	76
8.1 TEORIA SOBRE DESARROLLO INFANTIL	81
8.2 TEORIA EVOLUTIVA DE GESSEL	81
8.3 TEORIA PSICDANALITICA	83
8.4 ETAPAS DE DESARROLLO PSICDINSTINTIVO	84
8.5 TEMOR Y ANSIEDAD	87
8.6 REGRESION	87
8.7 AGRESION Y CONDUCTA DESAFIANTE	89
8.8 INFLUENCIAS AMBIENTALES	90
8.8.1 Extremo de comportamiento	90
8.8.1.1 Niño infraestimulado	91
8.8.1.2 Niño sobreprotegido	91
8.8.1.3 Rechazo	95
8.8.1.4 Ansiedad excesiva	96
8.8.1.5 Dominación	97
8.8.1.6 Identidad	98

8.9 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACTITUD DENTAL DEL NIÑO	102
8.10 NATURALEZA DEL MIEDO	103
8.10.1 Valor del miedo	105
8.10.2 Tipos de miedo	106
8.10.2.1 Temores objetivos	106
8.10.2.2 Temores subjetivos	107
8.10.3 Miedo y crecimiento	113
8.11 RELACIONES INTERPERSONALES	124
8.12 COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO	128
8.13 INSTRUCCIONES A LOS PADRES	130
8.14 MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL ...	134
8.14.1 Aspectos del consultorio odontológico	142
8.14.2 Personalidad del odontólogo y su ayuda auxiliar	144
8.14.3 Momento y duración de la visita	147
8.15 TÉCNICA DE REACONDICIONAMIENTO	150
8.16 CONOCIMIENTO DEL PACIENTE	158
8.17 ATENCIÓN AL PACIENTE	159
8.18 HABILIDAD Y RAPIDEZ DEL DENTISTA	161
8.19 USO DE PALABRAS QUE INSPIRAN MIEDO	161
8.20 USO DE ADMIRACIÓN, HALAGOS SÚTILES, ALABANZAS Y RECOMPENSAS	162
8.21 SOBORNOS Y PACIENTE	163
8.22 ÓRDENES CONTRA SUGERENCIAS	164

8.23 EL ODONTOLOGO Y LO RAZONABLE	165
8.24 EL CONTROL PROPIO DEL ODONTOLOGO	165
8.25 EL ODONTOLOGO Y LA GRACIA	166
8.26 PAUTAS DE COMPORTAMIENTO DEL ODONTOLOGO EN RELACION CON EL NIÑO	167
 9. YATROGENIA EN LA ELABORACION DE LA HISTORIA CLINICA	 181
 BREVE RESUMEN	 186
 BIBLIOGRAFIA	 193
 ANEXO	 195

INTRODUCCION

A medida que el odontólogo avanza en el tratamiento odontológico con niños, interpreta lo que encuentra en relación con sus propios sentimientos, de esta manera, descubre más cosas acerca de su propia personalidad y puede identificarse con todos y cada uno de sus pacientes.

En esta identificación con sus pacientes el odontólogo puede engendrar un sentimiento de duda y de ansiedad sobre sí mismo, siendo una parte necesaria dentro del aprendizaje en el comportamiento de la conducta infantil.

Desgraciadamente algunos estudiantes en su práctica de odontopediatria se retraen, llenos de confusión, y nunca se aventuran de nuevo a un estudio serio del porque sus complicaciones en el ejercicio de la práctica odontopediatrica.

Lo mismo que el profesional, el paciente puede también experimentar dificultades en el desarrollo del

tratamiento. Cuando un padre consulta un odontopediatra espera encontrar a una persona amable, afectuosa y capacitada para brindarle un tratamiento adecuado a su hijo. La manera de plantear su problema es afectada por su concepto sobre la relación odontólogo-paciente. Por ejemplo puede recalcarle síntomas físicos creyéndolos más importantes para el odontólogo que los síntomas de ansiedad, esto tiene el peligro de que el odontólogo actúe fuera del papel que le ha sido asignado reforzando así la actitud del paciente y con ello sus síntomas.

En la práctica clínica, es inevitable que los odontólogos (o en etapa de preparación) muestren a veces reacciones emocionales hacia sus pacientes, siendo simpáticos para algunos e irritados por otros a los que el odontólogo por un desconocimiento completo de la conducta infantil pueda llegar a rechazar, esta reacción de rechazo es percibida fácilmente por el niño que se encuentra en estado de ansiedad.

Al tratar con pacientes infantiles el odontólogo debe tener los suficientes conocimientos y experiencias para reconocer y controlar sus reacciones de una manera que le permita ayudar al paciente.

Debe el odontopediatra tener una formación para

considerar el desarrollo emocional, intelectual y social del niño, además de las manifestaciones físicas. Esto asegura que todos los factores pertinentes han sido tomados en cuenta en la realización diagnóstica y permite planear el tratamiento sobre una base que se adapte a la realidad propia de cada niño.

Se ha especulado mucho sobre el papel de la emoción como causa de algunas manifestaciones clínicas. Indudablemente la ansiedad afecta funciones fisiológicas.

El estado emocional tiene una gran influencia sobre la apreciación del dolor.

Puede presentarse una disociación ya que implica ausencia de respuesta emocional apropiada a una circunstancia de gran tensión, así podría presentarse que una lesión mínima y localizada tal como un diente infectado puede no ser doloroso más que cuando el niño está deprimido o privado de afecto. Cualesquiera que sean los mecanismos físicos que actúan para inducir a intensificar el dolor que siente el niño, su descripción de la respuesta dolorosa es una expresión de angustia.

Mucho puede aprenderse acerca de la conducta de un niño, considerando el cuadro de su desarrollo en relación con

su propia personalidad y con la de aquellos individuos con los que tiene relaciones personales íntimas, particularmente su familia.

La relación padre-hijo es probable que esté relacionada por la conducta de muchos niños y pueda ser utilizada en el manejo de éste.

Acontecimientos importantes tales como una muerte, separación, etc., tienen que ser considerados en función de su efecto inmediato y de la subsiguiente adaptación a las circunstancias alteradas.

El nivel cultural en que fue criado el paciente influye sobre su reacción ante la enfermedad, los síntomas y signos pueden no tener la misma significación en un área suburbana, de clase media, en un barrio industrial y en un remoto distrito agrícola. Un buen odontólogo debe conocer el nivel cultural del ambiente en que practica, lo mismo que conoce a sus pacientes y sus "quejas".

Las convicciones religiosas, los prejuicios sociales pueden determinar la conducta de un niño.

De todo esto llegamos a concluir que el niño es un ser humano diferente al adulto e influenciado por una gran

cantidad de factores externos e internos que lo llevan a manifestarse de diferentes maneras ante las situaciones que se le presenten, y que por tanto es indiscutible que no existe un patrón exacto de como debe ser tratado un paciente niño, y por tanto es necesario entender que el tratamiento o conducta a seguir con cada niño es diferente para cada uno e individual, y para lograr éxito en el tratamiento es necesario tener unas bases acerca de la conducta de los niños para brindar a cada uno un programa de salud adecuado con su personalidad.

Con respecto al término YATROGENIA, lo podríamos relacionar, o crear un sinónimo con MALPRACTICA, que es un tipo de NEGLIGENCIA, y la negligencia es una clase de AGRAVIO.

La negligencia, ha sido definida clásicamente como el fracaso en hacer algo que un hombre sensato siguiendo las consideraciones pertinentes, haría o también es hacer algo que un hombre sensato y prudente no haría.

La práctica negligente es el tratamiento inadecuado que un practicante da a un paciente, resultando en perjuicio o daño para el paciente.

La Yatrogenia, como tal existe, desde el momento mismo

que existen las ciencias.

Para que exista esta mal práctica en el ejercicio de la odontología en el paciente infantil, se suman algunos agravantes, tales como problemas médicos que a continuación mencionaré:

PROBLEMAS MEDICOS:

1. Problemas de comunicación: Problemas de esta índole, existen entre los especialistas y los sub-especialistas, cuyos métodos y conceptos son tan esotéricos que son solo accequibles a los especialistas.

A nivel internacional, las relaciones de vecindad entre la medicina de los países industrializados y la de los que se hallan en vías de desarrollo, (medicina de prosperidad y de necesidad), no son precisamente buenas.

Y justo donde la atención médica y odontológica debería ser mejor, la mutua confianza de profesional y paciente, se ha deteriorado en tal grado que cada vez, son más las querellas ante el juez y las disposiciones legales.

2. Explosión de los costos: Los precios de tratamientos médicos y odontológicos se han disparado. Razones

económicas y sociales impiden a la mayor parte del género humano beneficiarse personalmente del conocimiento médico.

La posterior relación paciente / tiempo es una opresiva constante laboral, en consultorios y policlínicos; pacientes privados corren como acosados de un presupuesto a otro.

3. Pseudoterapias: En vez de erradicar las causas, se reparan sin cesar los daños originados por la civilización.

Para una amplia y profunda profilaxis falta lo necesario, equipos de investigadores, proyectos a largo plazo especializados, solidaridad económica e interdisciplinaria entrega personal, e interés político.

Incluso un campo tan fundamental como el de nutrición para la salud, está presidido por la NEGLIGENCIA.

En todas las partes donde se practica la medicina en el "estricto sentido" de arte técnico curativo, miles de pacientes se sienten tan poco comprendidos y apoyados, que acuden a algún curandero, antes, después o durante el tratamiento por "métodos médicos académicos".

Para colmo hemos perdido la capacidad de distinguir entre curanderos serios, con carisma y experiencia y charlatanes con diploma y buen ojo comercial.

CAPITULO 1

1. NEGLIGENCIA ASPECTOS LEGALES

Conducta que no satisface el estándar de cuidados establecidos por la ley para la protección del paciente contra el riesgo de daño razonable. Un odontólogo puede ser responsable de negligencia si no cumple con las normas legales de un tratamiento e inflige algún daño al paciente.

Las reglas de la ley que rigen el deber y la responsabilidad del odontólogo, hacia sus pacientes son las mismas que las reglas de la ley vigente para los médicos.

Es necesario probar cuatro elementos específicos de negligencia en el tribunal de justicia, para imponer al dentista el cargo de responsabilidad: 1) Deber hacia el paciente; 2) Contravención al deber; 3) Causa inmediata, y 4) Daños y perjuicios.

1.1 ELEMENTOS ESPECIFICOS DE NEGLIGENCIA QUE IMPONEN AL ODONTOLOGO CARGO DE RESPONSABILIDAD EN UN TRIBUNAL:

1.1.1 Deber Legal:

El dentista tiene el deber legal de proporcionar, tratamiento, procedimientos y atención del mismo grado de calidad que se espera hubiera proporcionado un dentista precavido y razonablemente entrenado al encontrarse en la misma situación o en circunstancias parecidas.

Los especialistas están sujetos a un estándar más elevado y que corresponde a sus conocimientos y entrenamientos más avanzados. Aunque, originalmente, este estándar de tratamiento fue elaborado basándose en los estándares y prácticas imperantes entre los dentistas locales de la comunidad, esta "regla de la localidad" ha sido substituida en la mayor parte de los estados por un estándar nacional al reconocer los tribunales que el desarrollo acelerado de los medios masivos de comunicación y transporte permite la propagación de la información a nivel nacional.

1.1.2 Contravención al deber:

La parte demandante debe presentar pruebas de que el dentista no cumplió con el estándar de tratamiento esperado. Cabe señalar que una contravención al deber puede ocurrir también por no haber actuado en una

situación donde debería haber proporcionado un tratamiento urgente adecuado siguiendo normas médicas aceptadas.

El hecho de omitir la administración de reanimación cardiopulmonar (RCP) en caso de paro cardíaco en el consultorio dental será considerado como contravención al deber por falta de actuación.

1.1.3 Causa inmediata:

La causa inmediata significa simplemente que debe haber una relación razonable de causa efecto entre la actuación del dentista y daños sufridos por el paciente.

1.2 PREVENCIÓN DE LA RESPONSABILIDAD LEGAL PARA LAS URGENCIAS DENTALES.

Primero el dentista debe hacer lo posible para que la urgencia no ocurra en el consultorio. (Debe prevenirse).

Se dedicará atención especial a la elección, dosificación, empleo y efectos de los medicamentos incluyendo las contraindicaciones y administración correcta, puesto que las urgencias relacionadas con los fármacos son las urgencias que con más frecuencia ocurren

en el consultorio dental.

También es imprescindible hacer una revisión de las historias clínicas antes de iniciar el tratamiento y vigilar de cerca los signos vitales durante toda la anestesia.

Como existe la posibilidad de interacción de los medicamentos, el empleo de sedantes antes del tratamiento en pacientes aprensivos implica peligros específicos.

En lo posible debería tratar de llevar a cabo una práctica adicional de reanimación Cardiopulmonar con todo el personal del consultorio.

Para ello se trata de reproducir lo más exactamente posible las condiciones de un caso de urgencia y las actuaciones del dentista y su personal deberán incluir la eliminación rápida del dique de caucho, el empleo de métodos de RCP combinados con la manipulación física real de aparatos y material para urgencias como son medicamentos, dispositivo para administrar oxígeno y jeringas.

Otro aspecto importante para tratar en urgencias es tener

equipo médico adecuado que como mínimo, debe incluir un dispositivo para administración de oxígeno, espíritu amoniacal, un estuche o botiquín completo para primeros auxilios y un surtido de medicamentos para tratar reacciones anafilácticas agudas.

Otra medida preventiva importante es tener una lista de números telefónicos colocada al lado del teléfono del consultorio para poder llamar a la unidad paramédica local. Un miembro del personal que no es necesitado inmediatamente para el tratamiento de urgencia debe aprender a hacer las llamadas telefónicas para solicitar ayuda.

Igualmente es importante el registro escrito que debe incluir la historia clínica del paciente, las circunstancias exactas de aparición de la urgencia, el tratamiento específico proporcionado, así como los medicamentos administrados.

Finalmente es importante no dejar nunca solo un paciente que se halle en situación de urgencia.

1.3 DEBERES DE LOS ODONTÓLOGOS EN GENERAL.

- Un odontólogo debe siempre mantener las normas más

elevadas de conducta profesional.

- Un odontólogo debe practicar su profesión sin dejarse influir por motivos crematísticos.

Se juzgan antiéticas las prácticas siguientes:

- a. Cualquier propaganda personal, excepto la expresamente autorizada por el Código nacional de ética médica.
- b. La colaboración en cualquier forma de servicio en el que el profesional no tenga independencia profesional.
- c. Recibir dinero en conexión con servicios prestados a un paciente que no sean los apropiados honorarios profesionales, aun con conocimiento del propio paciente.

1.4 DEBERES DE LOS ODONTÓLOGOS ENTRE SI.

El odontólogo deberá comportarse con sus colegas como quisiera que éstos se comportasen con él.

El odontólogo no debe intentar atraerse los pacientes de sus colegas.

CAPITULO 2



2. BREVE RESUMEN ACERCA DE FACTORES QUE CONLLEVAN NEGLIGENCIA

En la prevención de la práctica negligente los cinco factores importantes son:

1. Precaución
2. Sentido Común
3. Curso
4. Cortesía
5. Comunicación

Sin embargo, no se puede negar que los odontólogos cuidadosos bien informados, que explican al paciente sus procedimientos y tienen buen criterio, reducen el riesgo de un litigio por práctica negligente.

2.1 EL DIAGNOSTICO.

Hoy en día, para un proceso adecuado, se requiere más investigación que en el pasado.

Muchos pacientes se hallan bajo tratamientos por

problemas del corazón, dificultades respiratorias y circulatorias, problemas psiquiátricos, diabetes, hemofilia y un sinnúmero de otras condiciones:

El tratamiento y cuidado odontológico deberán estar influidos por estas condiciones o problemas asociados de salud, y por lo tanto es imperativo que se hagan las historias clínicas de manera rutinaria.

Es muy posible que, aparte del tratamiento odontológico en sí, el hecho de ignorar la posibilidad de una enfermedad, o el pasar por alto sus indicativos y síntomas, podría ser considerado como negligencia.

2.2 LA NEGLIGENCIA AL USAR RAYOS X.

Los casos de negligencia que implican que no se utilizaron o se utilizaron de manera inadecuada los rayos X cuando había evidencia sustancial de que una práctica apropiada requería de su uso, es una prueba de la conclusión de que el odontólogo debe responder a cargos.

Los casos como éstos también pueden demostrar que el paciente sufrió perjuicios o daños, que pudiesen haber sido evitados de haber tomado radiografías.

En este tipo de casos, se debe establecer uno o más de

los siguientes factores:

1. Hay una conexión causal entre el no usar rayos X y los daños causados.
2. Los estándares de una práctica adecuada indicaban el uso de rayos X.
3. El conocimiento obtenido de la radiografía habría indicado un procedimiento diferente o un tratamiento distinto al empleado.

2.3 ESTERILIZACION.

En cierto número de casos, que implican el uso de instrumentos no esterilizados, o el no esterilizar adecuadamente el campo operatorio, las cortes han encontrado suficiente evidencia para apoyar o sustanciar un veredicto en favor del paciente demandante.

Es difícil probar que una infección de origen oral haya resultado de una negligencia al esterilizar. En una cantidad de casos, las cortes han notado la evidencia médica de que la infección se puede presentar aún a pesar de haber tomado las debidas precauciones.

También se ha notado que la boca, en su estado normal, aloja un gran número de bacterias productoras de infección y que las infecciones dentales muy a menudo son

causadas por estos organismos, ya presentes en la boca o por una infección ya evidenciada, y no por los instrumentos sucios o por la esterilización inadecuada en el área de la operación.

2.4 EXPLICACION.

El no dar al paciente explicaciones apropiadas acerca de las implicaciones o las alternativas a su plan de tratamiento, no es bien visto por las cortes.

Es esencial comunicar al paciente los procedimientos.

En el caso que nos concierne en este texto, toda esta información debe ser suministrada al padre del menor.

Toda esta información debe ser dada de una manera sencilla y clara, en lenguaje tal que el paciente o padre pueda entenderla.

2.5 AVENTURARSE MAS ALLA DE LAS PROPIAS TECNICAS Y CONOCIMIENTOS.

Con respecto a las remisiones de un especialista la regla es que cuando el odontólogo descubre que una condición está más allá de sus conocimientos y capacidades y no

està en condiciones de garantizar un mínimo de éxito, la obligación o el deber de exponer la situación real y aconsejar al paciente hacia otro tratamiento distinto.

Todo esto cobra mayor importancia, en cuanto al tratamiento odontológico para niños, sobre todo en aquellos que asisten por primera vez al odontólogo, pues nadie mejor que el odontopediatra, para iniciar al niño en el tratamiento dental.

En otras palabras, el practicante sabe o debería saber que el tratamiento que està en condiciones de prestar será de poco o ningún beneficio y que hay otros métodos más exitosos para el tratamiento, para el cual él no tiene ni el entrenamiento ni las facilidades, o el cual debería ser remitido a un especialista; Y EL PACIENTE o los padres deben ser puestos en conocimiento de estos hechos.

El no hacerlo y por tanto, el iniciar o continuar el tratamiento constituye una violación de los deberes y obligaciones profesionales.

2.6 UNA OPERACION O TRATAMIENTO NO AUTORIZADOS.

A menos que el odontólogo actúe con el consentimiento

expreso o implícito del paciente cuando realiza o prolonga un tratamiento específico, puede ser considerado responsable, como en un asalto. La diferencia fundamental entre un asalto y la condición de práctica negligente, es que la primera es intencional y la última no intencional.

Por ejemplo si un odontólogo está tratando un diente en un niño anestesiado, en ausencia de uno de sus padres, y se da cuenta de que es incapaz de terminar su labor y extrae el diente, podría ser litigado por alterar el tratamiento acordado.

2.7 EL USO Y LA ADMINISTRACION DE ANESTESIAS.

Los odontólogos pueden considerarse responsables de la muerte de un paciente o de su incapacidad, o por los daños inducidos a un paciente mientras estaba bajo anestesia, e igualmente por los daños ocasionados por el método o la forma de administrar la anestesia.

La regla es que cuando un paciente se le administra anestesia local, el odontólogo debe tener tal cuidado y destreza, las mismas que son ejercidas por los odontólogos de prestigio de la comunidad en la cual trabaja.

Cualquier odontólogo que administre una anestesia general y realiza una cirugía u otro tratamiento, podría, en la eventualidad del daño o perjuicio al paciente, no estar en capacidad de obtener un testimonio experto en apoyo de su práctica.

Cuando administran anestesia local, los odontólogos, deben tener en cuenta las implicaciones fisiológicas o vasoconstrictoras de sus pacientes.

Se ha encontrado que el uso de una anestesia local que contiene epinefrina, en un paciente con hipertensión, ha sido la causa del ataque y la consecuente muerte del paciente. Por tanto, se halló que el odontólogo fue culpable de negligencia.

Los pacientes que se recobran de una anestesia, si no son atendidos cuidadosamente, se pueden hacer daño a si mismos.

"En los Estados Unidos, un paciente convaleciente de anestesia, quien fue mal atendido y que se encontraba en la silla dental frente a una ventana y cayó en la calzada 25 pies abajo"

2.7.1 Complicaciones con anestesia.

Los incidentes y complicaciones no difieren demasiado de los que ocurren en los adultos. Una señal relativamente frecuente de estimulación central son las arcadas o vómitos, que pueden deberse a razones psicológicas o tóxicas.

Entre las complicaciones post-anestésicas, las observadas con mayor frecuencia son la formación de una úlcera en el labio inferior, debido a mordedura de esta estructura anestesiada. También aparecen a veces lesiones herpéticas en labio, lengua o encía, que pueden explicarse por el trastorno de la innervación trófica.

Deberá advertirse a los padres que vigilen a su hijo cuidadosamente después de inyecciones de bloqueo dental inferior, hasta volver la sensación normal, para evitar que el niño se muerda los labios. También deberá advertírseles que se muestren muy cuidadosos en no dar al niño alimentos muy calientes hasta que recupere sus sensaciones normales, para evitar que se produzca graves quemaduras.

2.8 EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE NERVIOSO.

Si un paciente, especialmente un niño, es nervioso se deben restringir sus movimientos para evitar daños. Es

posible que si se ejerce demasiada restricción tal como la que resulta de la técnica de cortar su respiración con el fin de calmarlo para el tratamiento, el odontólogo podría ser acusado de violencia física, o por lo menos podría destruir la voluntad del paciente en cuanto a consentir para que le practiquen una cirugía.

2.9 EXTRACCIONES EXCESIVAS O INNECESARIAS.

Este punto es de vital importancia más aún en pacientes niños, pues siempre el tratamiento debe estar en lo posible encaminado a la preservación de dientes temporales, para evitar futuras complicaciones en la oclusión del paciente adulto.

En caso de ser necesaria la exodoncia de un diente temporal prematuramente, es importantísimo colocar en el caso de los dientes posteriores un mantenedor de espacio.

Es importante recordar, más aún cuando se están tratando pacientes niños que: "El arco dentario se halla en estado de equilibrio dinámico establecido entre las diversas fuerzas que actúan sobre él. La extracción de un solo elemento del arco basta para alterar este equilibrio. El primer molar definitivo es la piedra clave del arco dentario. La extracción de un primer

molar inferior sin substitucion inmediata, en especial
tras la erupción del segundo molar permanente, puede dar
origen a desviación: De las piezas dentarias, oclusión defectuosa, lesión periodontal o caries.

2.9.1 Extracción de dientes temporarios.

Como principio no debe nunca extraerse uno o más temporarios para tratar de corregir una falta de espacio, pues con seguridad las anomalías futuras se exageran.

Supongamos las distintas extracciones de temporarios. Los incisivos laterales extraídos a fin de permitir la erupción normal de los incisivos centrales permanentes, producen una falta de espacio entre los centrales permanentes y los caninos temporarios, que impiden la erupción de los laterales permanentes o provocan su linguo-versión.

La extracción de los caninos temporarios para facilitar la erupción de los laterales permanentes, produce una serie de desviaciones tales como la mesio-versión de los premolares y molares, que cierran el espacio correspondiente a los caninos permanentes, impidiendo luego su erupción normal, permaneciendo éstos retenidos o erupcionando labialmente. Por otra parte el perfil se

altera inevitablemente.

La extracción de los molares temporarios es siempre de graves consecuencias.

El primer molar permanente se desplaza hacia mesial, ocasionando una falta de espacio que impide la erupción del segundo premolar permanente, o produce su linguo-versión.

También puede observarse como resultado de esas extracciones la erupción anormal del canino permanente, en labio-versión.

Otra consecuencia importante es la que se refiere a la erupción total de los premolares permanentes, pues la extracción prematura de los molares temporarios produce una incurvación de los rebordes alveolares hacia la línea de oclusión, imposibilitando la completa erupción de los premolares permanentes.

2.9.2 Extracción de los dientes permanentes.

La extracción del primer molar permanente es de mayor importancia, aún más que los dientes anteriormente descritos como causales de maloclusiones, ya que su

consecuencia no se detiene sólo en la oclusión sino que se extiende a la conformación de la cara. Cuando esta extracción es unilateral el resultado es el de producir una desviación acentuada de la línea media, con aplastamiento del lado de la extracción, tanto más intensa cuanto más prematura haya sido realizada.

La extracción bilateral de los primeros molares permanentes produce un paro acentuado de desarrollo en el maxilar correspondiente, dando la impresión falsa de una pronasia o promentonismo.

La extracción de los cuatro primeros molares permanentes produce una doble consecuencia, a saber: 1), Una falta de desarrollo en ambos maxilares con alteración grave de perfil; 2), Una sobre-oclusión acentuada, pues ellos son las que regulan la distancia espino-mentoniana marcando el sitio fundamental del plano oclusal.

2.9.3 Diente equivocado.

Los casos del diente equivocado, constituyen una clase que merece especial consideración, porque se trata de casos especiales de práctica negligente y a menudo se conocen como un asalto técnico o un delito contra la persona.

2.10 FRACTURA O DISLOCACION DE LA MANDIBULA.

En los casos de fractura o dislocación de la mandíbula de un paciente puede ser difícil de probar la causa próxima: En los casos de la mandíbula fracturada, la evidencia indica que tales fracturas pueden presentarse aún cuando un diente está siendo extraído con toda destreza y experticia, especialmente cuando la extracción es difícil, como sucede en un diente impactado.

Cuando se trata de determinar si para la extracción se utilizó el método adecuado y aprobado, es necesario por lo general un testimonio experto, lo mismo que para determinar si el odontólogo actúa con la necesaria destreza, cuidado y diligencia profesional al tratar al paciente después de la extracción. Estos mismos principios se aplican generalmente a las dislocaciones.

2.11 EL FRACASO EN REMOVER RAICES O FRAGMENTOS DE RAICES.

El solo hecho de que un diente se rompa durante la extracción especialmente cuando el diente tiene una caries excesiva o la extracción es complicada, y el odontólogo deje un fragmento roto o parte de la raíz empotrado en la cavidad no puede por sí mismo,

constituirse en una negligencia o una falta de destreza. Sin embargo, hay casos que indican que el deber o la obligación del odontólogo generalmente no se ve complementada por una extracción parcial, y que el fracaso en remover los fragmentos o las raíces cuando sean necesario hacen que el odontólogo sea considerado responsable.

las decisiones también reconocen que puede haber negligencia o práctica negligente si no se ha informado al paciente que se ha dejado fragmentos o raíces, que deberían ser removidos.

En algunos casos, la responsabilidad ha resultado del fracaso del odontólogo de no descubrir los fragmentos restantes o las raíces.

Tanto más importante es el cuidado que se debe tener al realizar exodoncias en niños, de no dejar restos dentales pues con mucha frecuencia conllevan la impactación del permanente, o lesión del germen del permanente.

2.11.1 Accidentes.

Los accidentes de la extracción de los dientes

temporarios, los consideraremos en párrafo aparte, porque la de los temporarios tiene modalidades particulares. Se estudiarán los accidentes que corresponden al diente en sí y al vecino permanente. Hay además un conjunto de complicaciones posoperatorias (fracturas alveolares, hemorragias) del mismo tipo que las que se originan en la extracción de los permanentes y tienen su misma clínica y tratamiento.

2.11.1.1 Fractura del diente.

Accidente frecuente, si no se toman las precauciones que hemos señalado: División del molar para facilitar su extracción y evitar los inconvenientes que significan el estallido de la corona del diente y la búsqueda y extracción de la raíz. El examen radiográfico, dentro de lo posible, presta grandes utilidades; los temporarios, como los permanentes, pueden presentar accidentes y anomalías radiculares, que es menester saber que existen para emplear las técnicas o procedimientos indicados para tales casos. (Extracción por alveolectomía o por odontosección).

Producido este accidente se tratará de lavar el sitio de la extracción, se retirarán las esquirlas y se investigará si las raíces están individualizadas; en caso

contrario, es necesario proceder a separarlas, según se indicó. Las raíces se extraerán por medio de las cucharillas que hemos señalado.

2.11.1.2 Lesión y extracción de los gérmenes de los dientes permanentes.

Consiste este accidente en la lesión y aún avulsión del germen de los dientes permanentes en el intento de extraer las raíces del temporario. Supone maniobras bruscas e incontroladas. Thoma (1.948) cita varios casos de estos accidentes. Por eso este autor aconseja en los casos en que radiográficamente las raíces del molar temporario son curvas y encierran entre sí la corona del permanente, cortar el molar según las técnicas de división que hemos expuesto haciendo del órgano dentario un elemento mesial y otro distal, que se extraen por separado. En el caso de extracción accidental del diente permanente puede intentarse su reimplantación.

En uno de los casos comentados por Thoma en Oral Surgery, fue reimplantado un premolar extraído accidentalmente, porque el molar temporario abrazaba sólidamente en sus raíces curvadas, la corona de aquel diente; y a pesar de que se reimplantó el diente en giroversión, con su cara lingual hacia afuera, erupcionó correctamente en la época

de vida, pero, claro está, prestando la desviación atribuible a la errónea dirección con que fue insertado en el maxilar. Archer (Oral Surgery, 1952) también menciona este accidente y señala una técnica de odontosección del molar temporal.

2.11.2 Extracciones.

2.11.2.1 Indicaciones para la extracción de piezas primarias.

Al considerar si se deben extraer piezas primarias, deberá siempre tenerse presente que la edad, por sí sola, no es criterio aceptable para determinar si es necesario extraer una pieza primaria. Un segundo molar primario, por ejemplo, no deberá extraerse solo porque el niño tenga 11 ó 12 años, a menos que se presente alguna indicación especial. En algunos pacientes, los segundos premolares están listos para brotar a los 8 ó 9 años de edad, mientras que en otros casos las mismas piezas no muestran desarrollo radicular a la edad de 12 años. Una pieza primaria que esté firme e intacta en el arco nunca deberá ser extraída, a menos que se haya realizado una evaluación completa, clínica y radiográfica, de la boca completa, especialmente del área particular.

Oclusion, desarrollo del arco, tamaño de las piezas, cantidad de raíz, resorción de las piezas primarias afectadas, estado de desarrollo del sucesor permanente subyacente y de las piezas adyacentes, presencia o ausencia de infección, todos estos factores deberán tomarse en consideración al determinar cuándo y cómo deberá extraerse una pieza.

Teniendo presente las anteriores consideraciones, las indicaciones para la extracción de piezas primarias son las que se enumeran a continuación:

1. En casos en que las piezas estén destruidas a tal grado que sea imposible restaurarlas; si la destrucción alcanza la bifurcación o si no se puede establecer un margen gingival duro y seguro.
2. Si se ha producido infección del área periapical o interradicular y no se puede eliminar por otros medios.
3. En casos de absceso dentoalveolar agudo con presencia de celulitis.
4. Si las piezas están interfiriendo en la erupción normal de las piezas permanentes sucedáneas.
5. En casos de piezas sumergidas.

Cuando se está considerando el tratamiento conservador de piezas primarias con pulpas o tejidos periapicales

infectados, el estado general del paciente es igual de importante que los estados locales. Puesto que no podemos eliminar con certeza la infección presente dentro o alrededor de las piezas, los procedimientos de conservación serán imprudentes y peligrosos para pacientes que sufran fiebre reumática y sus secuelas, tales como la cardiopatía reumática. También están contraindicados los procedimientos conservadores en casos de cardiopatía congénita, en trastornos renales y en casos de posible foco de infección. Se sabe que los focos primarios de infección y su manipulación causan bacteriemias transitorias, que pueden ir seguidas de endocarditis bacterianas subaguda en pacientes que sufren cardiopatía reumática y congénita, y pueden llegar a causar enfermedades en algunos otros órganos.

Las extracciones se pueden volver relativamente libres de peligro por medio del uso juicioso de antibióticos antes y después de la operación.

2.11.2.2 Contraindicaciones de la extracción de piezas primarias.

Las contraindicaciones de la extracción, con excepción de las consideraciones mencionadas arriba, son básicamente iguales a las de los adultos. Muchas de estas

contraindicaciones son relativas y pueden ser superadas con precauciones especiales y premedicación.

1. La estomatitis infecciosa aguda, la infección de Vincent aguda o la estomatitis herpética y lesiones similares deberán ser eliminadas antes de considerar cualquier extracción. Las excepciones a esto son afecciones como los abscesos dentoalveolares agudos con celulitis, que exigen extracción inmediata.
2. Las discrasias sanguíneas vuelven al paciente propenso a infección posoperatoria y a hemorragia. Deberán realizarse extracciones solo después de consultar minuciosamente con un hematólogo y de preparar adecuadamente al paciente.
3. Las cardiopatías reumáticas agudas o crónicas y las enfermedades renales requiere protección antibiótica adecuada.
4. Las pericementitis agudas, los abscesos dentoalveolares y la celulitis deberán tratarse de la manera que explicaremos más adelante, y en los casos indicados se administrará medicación antibiótica pre y posoperatoria.
5. Las infecciones sistémicas agudas contraindican las extracciones electivas para los niños, a causa de la menor resistencia del cuerpo y la posibilidad de infección secundaria.

6. Los tumores malignos, cuando se sospecha su existencia, son una contraindicación de las extracciones dentales. El traumatismo de la extracción tiende a favorecer la velocidad de crecimiento y extensión de tumores. Por otro lado, se indican claramente las extracciones si las mandíbulas o tejidos circundantes van a recibir terapéutica de radiación para el tumor maligno; esto se hace para evitar hasta donde sea posible el riesgo de una infección en el hueso que ha sido expuesto a la radiación.
7. Las piezas que han permanecido en una formación ósea irradiada deberán extraerse solo como último recurso y después de haber explicado detalladamente las consecuencias a los padres. Si las piezas tienen que ser extraídas, es aconsejable consultar al radiólogo que administró la radiación. En la mayoría de los casos, a las extracciones, les sigue la infección del hueso, incluso después de terapéuticas antibióticas, debido a la avascularidad que sigue a la radiación. La infección va seguida de osteomielitis de progreso lento, que es muy dolorosa e imposible de controlar, excepto por amplias resecciones de la totalidad del hueso irradiado. Por lo tanto es muy peligroso extraer piezas después de exposición a radiación.
8. La diabetes sacarina plantea una contraindicación

relativa. Es aconsejable consultar al medico para asegurarse de que el niño està bajo control mèdico. En los casos controlados de diabetes no se observan mäs infecciones que en casos de niños normales, por lo que los antibióticos no son prerrequisito para realizar una extracción. Es importante que el niño diabético prosiga con su dieta en igual composición cuantitativa y cualitativa después de la operación. Cambios en este aspecto puede alterar el metabolismo de grasa y azúcar del niño.

2.12 EL PERMITIR LA INHALACION O LA INGESTA DE MATERIAS EXTRAÑAS.

Una fuente fértil de litigios por práctica negligente, ha sido el fracaso del odontólogo en cuanto a evitar y prevenir que un paciente inhale o trague una materia extraña durante un procedimiento dental.

Durante una exodoncia cuando el odontólogo permite que el paciente trague un diente o un fragmento, normalmente se trata de una práctica negligente.

La ocurrencia implica negligencia cuando el acusado no da una explicación adecuada.

En muchos casos, se han considerado los cargos por negligencia al permitir que el paciente inhale sangre o sustancias extrañas durante la extracción o el periodo de recuperación post-operatorio, lo cual ha podido resultar en problemas pulmonares y aún en asfixia.

Cobra real importancia este punto en los tratamientos que se realicen en niños, sea cual fuere el origen de estos debe en lo posible trabajarse con el dique de goma, más aún en tratamientos de endodoncia; todo esto debido a que en la mayoría de casos no se logra adecuada cooperación por parte del paciente.

Además de este cuidado es importante tanto para el tratamiento en niños como en adultos, que los instrumentos endodónticos se aseguren con hilo del ojal que llevan en la parte superior, y anudandolo al dedo llevar a cabo el procedimiento.

2.13 INADECUADA ADAPTACION DE CORONAS METALICAS.

Coronas que quedan con márgenes desadaptados y producen entre otras alteraciones periodontales y se convierten en fuentes para atrapar alimentos.

Bordes traumatizantes (Cortantes, largos).

2.14 EL FRACASO EN CUANTO A DIAGNOSTICAR Y TRATAR LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

En los litigios por negligencia que resultan se han procesado un número importante y en aumento de casos, como resultado de la negligencia del odontólogo en cuanto a ejercer sus funciones y obligaciones dentro de los estándares de la enfermedad periodontal, su diagnóstico y su tratamiento.

La enfermedad periodontal es tanto diagnosticable como tratable. Si el odontólogo no la diagnostica ni trata, se expone a cargos de negligencia.

Es importante recordar que en el niño se presenta una periodontitis juvenil, que coinciden con etapa de erupción dental, pasa casi asintomática, tomar en cuenta signos y síntomas.

2.15 DROGAS-MEDICAMENTOS.

Cuando a un paciente se le producen daños o muere como resultado de la ingestión de un medicamento formulado erróneamente por el odontólogo, el practicante es culpable o responsable, aunque el farmaceuta que elabora el medicamento también puede ser considerado responsable.

2.15.1 Uso de las tetraciclinas.

Desde el desarrollo del grupo de las tetraciclinas en los años 50 se han otorgado más de 2.000 patentes para los mismos.

En 1.961 y 1.962 Zegarelli descubrió una conexión entre la administración de la tetraciclina y el manchado de los dientes. Hoy en día la mayoría del cuerpo médico está consciente del problema. Sin embargo dado que las tetraciclinas aún se encuentran disponibles en forma líquida, siguen siendo recetadas a los niños.

Owen descubrió la presencia de tetraciclinas durante la formación del esmalte y la dentina.

En 1.963 Storcy observó que las tetraciclinas permanecían en la dentina, pero desaparecían rápidamente del esmalte.

En 1.962 Weyman y Porteus sugirieron que el manchado por tetraciclina ocurre durante el desarrollo del diente o la calcificación, mientras que Harcourt y Johnson encontraron que el manchado estaba correlacionado con la formación de calcio.

Hoy en día es bien conocida la tendencia de las

tetraciclinas a mezclarse con el calcio e incorporarse a los tejidos duros del cuerpo.

De hecho las tetraciclinas son utilizadas en la odontología como herramientas clasificatorias y distintivas para el estudio de la dinámica de la sustancia ósea y del hueso.

2.16 QUEMAR UN PACIENTE.

Se puede causar quemaduras por medios tales como dejar caer drogas cáusticas sobre la cara o el cuerpo de un paciente. La cera caliente también puede quemar y formar cicatrices en los labios y en la cara.

Un instrumento dental recientemente retirado de un esterilizador, también puede quemar al paciente, pero es posible que el odontólogo no lo sienta tan caliente por estar usando guantes.

2.17 ROMPIMIENTO Y DESLIZAMIENTO DE FRESAS E INSTRUMENTOS CORTANTES Y GIRATORIOS.

Gran parte de los litigios por negligencia requieren del testimonio de expertos antes de que un juez pueda encontrar culpable a un odontólogo.

Cuando se causan daños o heridas en los labios, la lengua, u otras partes de la boca como resultado de deslizar un instrumento por fuera del área operatoria, no hay un punto de práctica propia implicado directamente.

Este punto es importante recordarlo cuando se esté tratando con pacientes de corta edad, pues su misma inquietud pueden provocar esta clase de accidentes. Por tanto debe procurarse trabajar con un adecuado aislamiento de campo, para evitar estos accidentes.

2.18 ROMPIMIENTO O DEJAR AGUJAS HIPODERMICAS EN LOS TEJIDOS

Debido a los métodos expertos de fabricación, el rompimiento de agujas hipodérmicas no es un problema significativo.

Los casos legales muestran que el acto del odontólogo de insertar una aguja que se quiebra en cualquier parte del tejido oral es insuficiente en sí mismo para apoyar un cargo de negligencia.

Sin embargo, una vez que la aguja se ha roto, si el odontólogo no la descubre, la retira, o informa al paciente de la condición se podría apoyar un caso para

hallarlo negligente.

En el momento de aplicar anestesia a un niño se debe tener sumo cuidado, más aún tratándose de niños muy nerviosos que con un movimiento brusco en el momento de aplicar la anestesia, pueda romperla o pincharse.

2.19 ROMPIMIENTO O DEJAR OTROS INSTRUMENTOS EN LOS TEJIDOS.

Es posible que ocurran fracturas de otros materiales o instrumentos en boca.

En caso de tratamientos de endodoncia, cuando el odontólogo trabaja con un instrumentos muy usados, viejos u oxidados pueden presentarse, con mucha posibilidad fracturas del instrumento en boca, siendo una causa imperativa de negligencia.

Tener precaución en el uso de instrumentos de endodoncia en dientes temporales teniendo en cuenta: 1) La forma del conducto acintada. 2) Reabsorción radicular. 3) formas de denticulos.

Igualmente cuando se está trabajando en endodoncia en niños, se debe tener mucho cuidado de no lesionar el

germen dental del temporal.

Por eso en muchos casos el tratamiento de elección
preferible es la exodoncia del temporal afectado.

2.20 CUIDADO POST-OPERATORIO.

Las autoridades consideran que es obligación o deber de los médicos, cirujanos y aún de los mismos odontólogos, que después de una operación, ejerzan el mismo cuidado y destreza en el tratamiento y en la recuperación del paciente considerándolo igual al que demostraron en la misma cirugía.

Si un odontólogo que durante el día remueve un diente, muestra poca disposición a dar su número telefónico para que sea molestado en las horas de reposo, o no responde al servicio, comete una grave falta.

Es importante recordar también dar las adecuadas indicaciones al paciente, o los padres.

Se debe hacer énfasis en la explicación a los padres de los niños, para que estos no se lesionen con la lengua el coagulo que se ha formado.

2.21 YATROGENIA DURANTE EL EMBARAZO.

Tal vez hablar en este caso de yatrogenia podría ser un poco injusto o sonar demasiado duro.

Pero la madre que se encuentra en embarazo es desde el momento de la concepción directa responsable no solo de su vida, sino de la de su hijo.

Es por eso que me atrevo a considerar responsable del daño causado a su hijo por descuidos tales como:

- Mujeres que padecen sífilis u otra enfermedad aguda infecciosa; como escarlatina, erisipela, fiebre tifoidea, infecciones estafilococcicas, estreptococcicas.
- Mujeres que descuidan el factor alimenticio.
- Mujeres toxicomanas.
- Ingesta de drogas.
- Radiaciones.

2.21.1 Factor alimenticio.

Por estadísticas efectuadas durante la guerra europea (1.914-1.918) quedó demostrado en los países que sufrieron la prueba del hambre, que la alimentación insuficiente no influye en forma manifiesta sobre el

desarrollo y peso fetal. Se comprobó menor peso fetal que el normal, únicamente en los casos en que la ración alimenticia llegó a una escasez extrema.

Sin embargo está comprobado, por observaciones clínicas y experimentales que la ausencia de ciertos elementos en la alimentación de la madre tiene una influencia desfavorable en la evolución normal de la preñez y el desarrollo del feto. La falta de vitamina A produce en la madre xeroftalmia, hemeralopia y acromatopsia; y en el feto, osteomalacia congénita. La abundancia de esta vitamina protege contra las infecciones puerperales.

La falta de vitamina B, disminuye en la madre el apetito y es causa de malestar. Hay tendencias a las hemorragias en la madre y en el recién nacido.

la ausencia de vitamina C, produce síntomas gastrointestinales, y para algunos autores constituye una causa de la natimortalidad.

La avitaminosis D, es capaz de producir en la madre osteomalacia y la tetania gravídica; y en el feto raquitismo.

La ausencia de vitamina E, origina esterilidad,

implantación viciosa de la placenta y reabsorción del feto.

Por consiguiente, se ha de procurar que en el régimen alimenticio de la mujer embarazada, existan estas vitaminas. Las hortalizas frescas (lechuga, zanahoria, espinaca, tomate, etc.), las frutas frescas, especialmente la naranja y el jugo de limón, las contienen en abundancia.

2.21.2 Factor tóxico.

Las intoxicaciones crónicas son debidas a toxicomanías o a trabajos profesionales que obligan a manipular sustancias tóxicas que son absorbidas por el organismo.

De las toxicomanías, las más importantes por su difusión y por los estragos que ocasionan son: el alcoholismo, la cocaïnomanía y la morfinomanía.

El alcoholismo, aparte de las lesiones orgánicas que origina, produce azoospermia e infecundidad.

El alcoholismo materno es particularmente pernicioso. La natimortalidad y la mortalidad precoz, aumenta en proporción a la antigüedad de la intoxicación de los

padres. Es una causa importante de deformidades congénitas de los hijos; éstos son a veces atrasados o idiotas, frecuentemente atacados de debilidad mental y menos resistentes a las enfermedades infecciosas.

El opio y los alcaloides de él derivados (morfina, heroína, etc.), así como la cocaína, pueden provocar la interrupción prematura del embarazo o en el caso de nacer el niño, presentar un desarrollo inferior al normal.

Entre las intoxicaciones profesionales tenemos el saturnismo, el arsenicismo, el tabaquismo, etc., que en mayor o menor grado ejercen acciones perjudiciales sobre la madre y el feto.

2.21.3 Factor local.

El feto está relacionado con el amnios por su extremidad cefáica y caudal, estando el resto separado por una cavidad donde se deposita el líquido amniótico. Se comprende, pues, que cuando se produzca una inflamación del amnios por infección o intoxicación, las bridas que resulten crearán a herencias, principalmente en esas regiones del feto. Estas bridas amnióticas pueden comprimir un órgano cualquiera o impedir su desarrollo, dando lugar a las más variadas malformaciones, y el labio

leporino se cuenta entre ellas, segun algunos autores.

Pueden influir sobre el desarrollo del feto otras enfermedades del amnios: El oligohidramnios (disminución del liquido amniótico), produce un escaso desarrollo del feto y deformaciones del mismo; y el polihidramnios (mayor cantidad de liquido amniótico) es para el feto de pronóstico grave, produciendo a veces la muerte y otras veces anomalías de desarrollo.

2.22 YATROGENIA RELACIONADA CON FLUOR.

FLUOROSIS. Inadecuadas aplicaciones.

En muchas partes del mundo el contenido natural del fluoruro del agua es alto (3-5 partes por millón), en estas regiones muchas personas tienen los dientes moteados.

El esmalte carece de lustre y se hace rugoso, bandas de pigmentación parda separan placas blandas, y puede haber pequeños hoyos en la superficie. Pueden estar afectados todos los dientes pero el moteado es más visible en los incisivos mandibulares.

Esparcidas por varias partes del mundo hay unas

localidades donde el suministro de agua proviene de pozos y tiene un contenido altísimo de fluoruro (10 ppm). Beber de esta agua puede dar lugar a un aumento de la densidad de los huesos y calcificación de ligamentos, fracturas espontáneas.



CAPITULO 3

3. ACCIDENTES OBSTETRICOS QUE CONLLEVAN TRATAMIENTO DE ORTODONCIA

A principios de siglo, la atención de la mujer embarazada y del producto era responsabilidad absoluta del obstetra quien, por lo común, se hacía cargo únicamente de la madre como paciente, y prestaba atención al producto in útero; pero el recién nacido era considerado algo secundario, por lo que el manejo y las maniobras a las que se sometía a la madre en ocasiones repercutían de manera muy agresiva sobre el niño, más adelante surgió una corriente que empezó a tomar en cuenta al recién nacido y abogaba porque madre e hijo sobrevivieran, haciendo uso de cualquier medio. En las últimas décadas no sólo se busca la sobrevivencia de la madre y del hijo, sino que se pretende que tal supervivencia sea de la mejor calidad para evitar las secuelas en la esfera motriz y neurológica; mismas que vienen a repercutir de manera importante en los núcleos familiar y comunitario.

A últimas fechas, gracias a los adelantos en el área perinatológica y al avance en la investigación sobre el

manejo de productos de alto riesgo, se ha abatido de manera notable la incidencia de traumas durante el periodo de parto; también, los nuevos métodos empleados en la asistencia del recién nacido influyen de manera favorable en la sobrevida de los casos en que el trauma no pudo ser evitado, o en los que éste se presentó como complicación de un tratamiento obstétrico agresivo; también se ha observado un descenso en las complicaciones a largo plazo.

El mecanismo de parto es capaz de producir, per se, cierto grado de trauma en el producto, ya que éste tiene que vencer los obstáculos naturales que se presentan en el canal del parto. Las alteraciones pueden ser desde una desaprobatión cefalopélvica, producida por una mala conformación de la pelvis materna, por un producto macrosómico o una distocia de contracción.

Estos obstáculos se vencerán, ya sea por paso forzado del producto, con el consiguiente trauma y sufrimiento fetal; por la acción de diversas maniobras o instrumentos obstétricos, los cuales fuerzan al producto al vencer los obstáculos que se le presentan. De estas maniobras se puede mencionar el método de Kristeller, la aplicación de fórceps, succión, empleo de ocitócicos y hasta una operación césarea, lo que traerá como consecuencia

diversos grados de lesiones al producto y a la madre.

Los traumatismos obstétricos pueden producir deformaciones en la región que nos ocupa. Habiéndose descrito un Promentonismo Obstétrico, consecutivo a la deformación del maxilar inferior y particularmente debido a la abertura exagerada del ángulo por maniobras en el parto.

Los traumatismos obstétricos pueden interesar: a) la piel, b) los músculos, c) los nervios y d) los huesos.

3.1 MUSCULOS

De los músculos los más frecuentemente traumatizados son el Externocleidomastoideo y el masetero:

Las lesiones que constatan son rupturas de las fibras musculares y a veces de la aponeurosis y la formación de hematomas.

Cuando el músculo lesionado es el externocleidomastoideo se produce torticolis.

Si el hematoma se reabsorbe, la torticolis desaparece. Pero eventualidad más rara el músculo puede sufrir la

transformación fibrosa y la cabeza quedar desviada definitivamente.

El desgarró del mesetero produce también un hematoma que se manifiesta en forma de un tumor, unilateral, elíptico, localizado en la mejilla.

El tratamiento de estos hematomas consiste en apresurar su reabsorción por masajes o electrización.

El pronóstico es benigno, pero si la lesión del músculo es definitiva, se produce una asimetría por menor desarrollo del lado afectado.

3.2 NERVIOS

Los nervios pueden por acción de los traumatismos sufrir compresiones, elongaciones y desgarros.

Esas lesiones producidas en los nervios motores acarrearán parálisis de los músculos que inervan, (parálisis facial por traumatismo obstétrico).

La parálisis facial es una complicación de un traumatismo provocado por la aplicación de fórceps, por el paso en el canal vaginal de productos macrosómicos y, algunas

veces, por agenesia nuclear del nervio facial. Cuando es a causa de aplicación de forceps inadecuada suelen encontrarse lesiones de la piel, laceraciones o equimosis. La lesión de facial en los niños macrosómicos, por lo general no es tan evidente, ya que pueden faltar los signos mencionados. La lesión se descubrirá en los días inmediatos.

La parálisis traumática debe diferenciarse de la congénita atribuida a bridas amnióticas o a deformaciones del canal óseo que atraviesa.

La parálisis facial periférica consecutiva a la comprensión del nervio en un punto vecino al agujero estilomastoideo o en su recorrido origina la parálisis completa.

3.3 HUESOS

Entre las lesiones de cara más frecuentes está la luxación de la porción cartilaginosa del tabique nasal, del surco vomeriano y de la columella. Las manifestaciones lógicas que se observan son: dificultad para respirar, que aumentará en el momento de tomar sus alimentos; llegando a presentar cianosis e incluso, broncoaspiración. El tratamiento deberá instituirse a la

mayor brevedad posible, en virtud de que los recién nacidos respiran fundamentalmente por la nariz.

Otro tipo de fracturas por fórceps son las del arco cigomático, las del borde supraorbitario e incluso se han llegado a mencionar fracturas mentonianas.

En el sistema oseo, los traumatismos obstétricos producen fracturas, luxaciones y desgarros ligamentosos.

El cráneo constituye una región frecuentemente afectada pudiendo los huesos que lo constituyen sufrir fracturas o hundimientos, en forma de canal o de cuchara o en ambas cosas a la vez.

CAPITULO 4

4. YATROGENIA INDIRECTA POR INADECUADA INFORMACION O EDUCACION A LA MADRE

4.1 POR MALA HIGIENE DEL BIBERON.

CANDIDIASIS.

La infección de la boca con candida albicans se encuentra corrientemente en la inspección a niños de corta edad. Procede de biberones contaminados y puede aparecer como si no procediese de ninguna parte en niños débiles que han recibido medicamentos antibacterianos de amplio espectro.

Aparecen placas de un color blanco grisáceo sobre la lengua, el paladar y la mucosa bucal.

Tienen aspecto de papel secante húmedo y flexible, son difíciles de quitar, a menos que se detenga la infección, puede matar al niño propagándose por el intestino y las vías respiratorias.

4.2 INADECUADA ALIMENTACION DEL BEBE.

HIPOCALCEMIA.

Si el recién nacido es alimentado con preparados de leche de vaca, tiende a tener un nivel de fosfato en plasma elevado y un nivel de calcio en plasma bajo.

La hipocalcemia puede no asociarse a ningún síntoma o bien puede dar lugar a un aumento de la irritabilidad neuromuscular y en algunos casos a una tetania.

En el periodo neonatal, la mayoría de los niños tienen una capacidad limitada para digerir y absorber grasas de origen bovino. La leve esteatorrea subsiguiente interfiere la absorción de calcio.

CAPITULO 5



5. YATROGENIA RELACIONADA CON FALTA DE INDICACION PRECOZ DE HABITOS

5.1 TIEMPO DE HABITOS.

Designamos con el nombre de hábitos los vicios infantiles capaces de producir alteraciones en el desarrollo mandibular y dentario. Naturalmente que para que el hábito pueda traer malformaciones óseas, debe ser continuo durante muchos meses.

Depende entonces del odontólogo y hasta de los mismos familiares la indicación precoz de dicho tratamiento, generalmente fácil de obtener por medio de procedimientos sencillos, ya que el niño, así como fácilmente adquiere un vicio, lo deja cuando con un poco de constancia se le hace olvidar.

Es necesario hacer notar que la época en que se presentan estos vicios favorecen las anomalías, ya que el hueso en plena formación es fácilmente modificable por cualquier fuerza que actúe sobre él.

Los hábitos viciosos pueden clasificarse así:

	Por succión.
Hábitos viciosos	Por presión activa intra-bucal.
	Por interposición muscular.
	Por presión exterior.

5.1.1 Succión.

Generalmente es la succión del pulgar. El niño succiona el dedo en forma tal que éste puede tocar o no el paladar. La anomalía que produce será con elevación del paladar en el primer caso, o solamente dento-alveolar en el segundo. En ambos, la succión produce el desplazamiento del maxilar hacia adelante por protrusión de los incisivos superiores y la retrusión de los inferiores. No es raro observar que, junto a estas anomalías existe mordida abierta. El maxilar presenta la forma de V.

5.1.2 Presión activa intra-bucal.

Consiste en la introducción de varios dedos dentro de la boca, en forma tal que la palma de la mano mire hacia adelante o hacia atrás. Estos dedos se aplican en el paladar, ocasionando su elevación así como el desplazamiento de los incisivos superiores hacia adelante

y los inferiores hacia atras. Es mas rara que la succion, pero las anomalias son mas intensas.

5.1.3 Interposición muscular.

Puede ser debida a la interposición del labio superior, del inferior, de una o ambas mejillas, de la lengua.

Las anomalías varían según sean debidas a estas distintas interposiciones.

Si es el labio superior el que se interpone, la anomalía que produce es retrusión de los incisivos superiores, propulsión de los inferiores con desplazamiento mesial de la mandíbula.

Si el que se interpone es el labio inferior, se produce la protrusión de los incisivos superiores y la retrusión de los inferiores.

La interposición de las dos mejillas produce la intraversión de los molares y premolares. Cuando es unilateral la intraversión se observa, por supuesto, del lado correspondiente a la interposición.

5.1.4 Presión exterior.

Menos frecuentes que las anteriores, son debidas a la presión de la mano durante el sueño o durante las horas de estudio. Hay niños que adoptan siempre una misma posición para dormir o estudiar y la duración prolongada de estas posiciones pueden dar anomalías maxilares variables, según la dirección y prolongación de la causa.

5.2 TRATAMIENTOS DEMASIADO TEMPRANOS Y DEMASIADO FUERTES.

Después de haber desarrollado un enfoque o técnica muy hábil con respecto al problema del tratamiento de hábitos bucales infantiles, el odontólogo se siente muchas veces inclinado a tratarlos "con exceso y demasiado temprano". Klein ofrece un enfoque más precavido con su sugerencia de diferenciar el hábito de succión "significativo" del hábito de succión "vacio". Describe el hábito significativo como aquel que funciona como un importante soporte psicológico para el niño. El tratamiento acertado de este tipo de hábito deberá orientarse psicológicamente. Por otro lado, el hábito de succión vacio es aquel que persiste a pesar de haberse determinado que el niño no necesita el apoyo que el hábito parece proporcionar. En estos casos, la corrección del hábito se realiza mejor por medios odontológicos, es decir, por la aplicación de un

instrumento recordatorio. Kein afirma que el niño debiera mostrar un sincero deseo de corregir el hábito, antes que el odontólogo le aplique el aparato.

En este capítulo sobre hábitos bucales en los niños se ha tratado deliberadamente de salirse en cierta medida del campo rutinario de los tratamientos dentales. Las razones son suficientemente obvias. El pediatra y el psiquiatra tratan diferentes aspectos al estudiar los actos bucales compulsivos de los niños. En vez de tratar que el odontólogo se volviera un experto fuera del campo de trabajo de su elección, se decidió mejor incorporar parte de la terminología con que puede encontrarse el odontólogo al hablar con el psiquiatra o el pediatra, antes de enviar un caso a sus consultorios para recibir alguna terapéutica.

Se ha esbozado parte de los rasgos importantes de la vida bucal del niño cuando pasa de neonato a la edad de maduración del lenguaje que ocurre a los 8 ó 9 años. Se ha destacado la influencia del afecto o rechazo temprano en los niños y de la actitud de los padres. Se han formulado cierto número de preguntas, que deberán ser contestadas afirmativamente por el odontólogo, antes de que este intente aplicar en la boca del niño un instrumento para romper algún hábito.

5.3 INTERPRETACION DE LOS DIFERENTES HABITOS DESDE UN PUNTO DE VISTA PSICOLOGICO.

5.3.1 Succión del pulgar.

Además de la succión del pulgar puede haber succión de la lengua, dedos de las manos y de los pies, labios, objetos como tetina de goma, "chupete", una sãbana o lienzo, o un extremo de la ropa. En gran parte esto es comùn en la primera infancia, ya que por estos caminos el niño explora su mundo, y tiene poca importancia en los primeros meses. La succión puede ofrecer formas combinadas; por ejemplo, va acompañada de otros actos como restregarse la nariz, tirarse del pelo, etc. A menudo los padres han leído suficiente literatura para hallarse en un estado de confusión, y la mayor dificultad con que a menudo tropezarã el mēdico estriba en calmar la angustia de los adultos. La succión del pulgar se efectúa de ordinario cuando se acerca la hora de acostar al niño, o bien si este tiene hambre, esta desvelado o se halla enfermo. Puede convertirse en hãbito persistente si el niño se siente desplazado o postergado por otros acontecimientos o por algùn otro asunto que absorba el interēs de las padres. Claro estã que en este último caso el mēdico no puede tratar directamente el hãbito de succión, ya que sũlo desaparecerã cuando el niño

compruebe mayor solidez en los afectos familiares. En los casos más ligeros, en que la succión es practicada sólo alguna que otra vez por el niño, se le puede distraer con facilidad de ello. Si la succión del pulgar es continua e intensa (tipo erético) puede dar origen a una posición temporalmente defectuosa de los dientes (sólo en algún caso es permanente), pero rara vez o nunca del paladar; el pulgar no experimenta jamás deformaciones permanentes. La duración del hábito es indefinida; la mayoría de lactantes lo abandonan por su propia voluntad, pero puede durar incluso hasta la segunda infancia.

Tratamiento.- En los casos ligeros el tratamiento es innecesario, como no sea para tranquilizar a los padres, cosa que a veces es difícil. Cuando el hambre es el factor inicial (lo que ocurre a menudo), se obtiene la curación al proporcionar una dieta suficiente. Algunos hechos sugieren así mismo la conveniencia de alargar el tiempo de la comida, pues a menudo el hábito de succión es debido a que una comida rápida satisface los reflejos del hambre antes de que los reflejos de los labios y la boca hayan terminado su ciclo. Hay que evitar las sujeciones mecánicas, tales como férulas que inmovilizan el codo, guantes metálicos o envolturas del pulgar. Su uso, en lugar de ser útil, tiene a agravar la situación,

en particular en el aspecto afectivo.

5.3.2 Hábito de mascarse la lengua.

Este hábito se advierte las más de las veces a los dos años y consiste en someter la lengua a un movimiento de masticación entre los molares.

5.3.3 Rechinamiento de los dientes.

El rechinamiento se observa principalmente durante el sueño; puede ir asociado con otras varias alteraciones agudas y crónicas, aunque no siempre, y puede limitarse a ser exponente de sueño algo inquieto. Es corriente en los estados acompañados de pérdida de la conciencia originados por alguna enfermedad, especialmente de origen intracraneal, y a menudo es síntoma frecuente de meningitis. No es patognomónico de parásitos intestinales. Puede presentarse durante las horas de vigilia en débiles mentales de bajo nivel. Este hábito puede prolongarse en el niño que lo utiliza como medio de fastidiar a los adultos que dan muestras de gran preocupación ante este síntoma; en este caso la historia revelará invariablemente que el hábito es en extremo tenaz en ciertas situaciones, como, por ejemplo, en el hogar, y en cambio no se presenta en absoluto en ninguna

otra parte. El tratamiento del rechinar de dientes si es que se emplea alguno, debe ir dirigido a la causa.

5.3.4 Morderse las uñas. (Onicofagia)

El hábito de morderse las uñas es muy corriente y en los niños sensibles es proporcional a la excitación nerviosa o inquietud a que están sujetos. Las causas y el tratamiento son los mismos que en el caso de succión del pulgar. Presta alguna ayuda mantener las uñas bien cortas y proteger los dedos con guantes, aunque esto sirve más calmar a los padres que para ayudar realmente al niño. Todo intento directo de solucionar la cuestión debe llevarse a cabo en términos de ofrecer recompensas por las uñas bonitas en vez de avergonzar por el hábito. En lo posible hay que corregir las dificultades causales. En todos los casos se evitarán importunar y reñir al niño y no se regatearán esfuerzos para aumentar la confianza en sí mismos y acrecentar el sentido de seguridad en la situación familiar.

CAPITULO 6



6. YATROGENIA EN RADIOLOGIA

El traumatismo dental es frecuente sobre todo en niños y pacientes jóvenes; y por lo tanto ocurren durante algún juego o actividad deportiva.

Debido a su posición saliente los dientes anteriores son afectados con más frecuencia y presentan signos variables que dependerán del grado de traumatismo y de su dirección.

Por tanto y tomando en cuenta lo anterior se hace importantísimo un adecuado análisis radiográfico, teniendo en cuenta que se presentaran casos, que den una posible malinterpretación de una lesión y que en este caso se hará aún más necesario un minucioso examen clínico.

Se encuentra literatura de muchos casos que debidos a: 1) Inadecuada interpretación radiográfica, 2) Técnica inadecuada de toma de radiografías y 3) Deficiente examen clínico, llevan a elaborar un plan de tratamiento

inadecuado para la estructura en estudio, siendo posible llegar a sacrificar una pieza.

Interpretación radiológica diferencial

La interpretación radiológica diferencial incluye las superposiciones, que pueden confundirse con fracturas en dientes examinados después de un traumatismo. También las sombras de tejidos blandos como nariz, labios y encías, han sido confundidas con líneas de fractura, a pesar de su extensión más allá de los límites del diente.

Los vasos nutricios aberrantes superpuestos sobre una superficie radicular pueden simular una fractura, los bordes de dichos vasos suelen estar corticados y los de las fracturas no lo están.

En las radiografías de los molares superiores, el espacio ligamentoso de la raíz palatina se halla superpuesto sobre las raíces vestibulares y a veces se confunde con una línea de fractura.

La confirmación radiológica de fractura depende de la observación de una línea de separación, desplazamiento de los fragmentos o alteración del contorno normal.

En las radiografías, la línea de fracturas que queda demostrada cuando el eje del haz de rayos X coincide con ella y aparece como una línea oscura.

Si la fractura es oblicua al haz, puede no aparecer en la radiografía, aún siendo evidente clínicamente.

Puede haber fracturas sin manifestaciones clínicas o radiológicas, se recomienda por lo menos dos proyecciones.

A causa de un traumatismo, el diente puede sufrir una pulpitis aguda, dilatación vascular seguida de congestión que terminara en necrosis pulpar, pero sin signos de modificación radiográfica.

En cambio, la pulpa puede sobrevivir o el diente puede quedar flojo permanentemente, en tal caso el aspecto radiográfico es el de un espacio del ligamento más o menos ensanchado.

En otros casos el diente puede estar total o parcialmente avulsado, y entonces la radiografía revela un diente total o parcialmente fuera del alvéolo.

"La prueba radiográfica de fractura se basa en la

identificación de una línea de división, de un desplazamiento de los fragmentos, o de ambas cosas".

En las radiografías, la fractura aparece como una línea oscura que separa las dos partes y que se extiende desde los bordes dentales, a su borde vecino en la misma pieza dental.

La línea de fractura es vista como una línea radiotransparente y si el haz de rayos X coincide con la línea de división; pero se percibe como una línea gris donde el eje del haz es oblicuo a la línea de división.

También hay casos en que la línea de fractura existe pero no es visible si los rayos X no pueden pasar por alguna parte de la línea de separación.

También las fracturas longitudinales pueden pasar desapercibidas en las radiografías si la línea de separación no pasa directamente de labial a lingual, de manera que el haz de rayos X pueda atravesarla.

El desplazamiento de los fragmentos, longitudinal u horizontal, puede provocar alteración en el contorno normal del diente y el escalón resultante, identificado en la radiografía, sugiere una fractura. Sin embargo, se

tendrá cuidado de no confundirlo con una dislaceración de la raíz, que también puede presentar este aspecto.

La ausencia de línea de fractura y la falta de antecedentes de traumatismo son rasgos importantes que deben tomarse en cuenta.

El estudio radiológico es importante para detectar cualquier cambio que pudiera producirse en el hueso o diente.

El traumatismo subletal puede provocar una obliteración parcial o completa de la pulpa, y aunque algunas veces las radiografías muestren una oclusión de la cámara pulpar o del conducto, los estudios histológicos suelen revelar la presencia de una pequeña cantidad de tejido pulpar vital residual.

La resorción radicular, externa o interna, es otra secuela del traumatismo, pero que puede permanecer invisible durante cierto tiempo.

El traumatismo de los dientes temporales suele afectar a sus sucesores permanentes de diferentes maneras. Si la posición del folículo en la cripta es alterada la consecuencia más frecuente es la dislaceración. Sin

embargo, las lesiones de las coronas permanentes son raras a menos de aparecer una infección con la consiguiente hipoplasia adamantina localizada.

Andreason sugiere el empleo de un método por rayos X para establecer la lesión en los sucesores permanentes en desarrollo después de un traumatismo axial infligido a un incisivo temporal. Se toma una radiografía lateral para demostrar la relación entre el ápice del diente desplazado y su sucesor permanente en perfil.

En cuanto a yatrogenia en radiología cabe destacar un punto importante y es que en la práctica odontopediátrica deben tomarse las radiografías estrictamente necesarias.

En el tratamiento endodóntico esta toma de radiografías debe igualmente reducirse al mínimo haciéndose necesaria una sola radiografía, casi siempre para el desarrollo del tratamiento.

CAPITULO 7

7. YATROGENIA EN LESIONES DE ORIGEN TRAUMATICO Y CONSTRICCION DE ORIGEN CICATRIZAL

7.1 Lesiones de origen traumático.

Sin reparar en que el traumatismo sea agudo o crónico, habrán de analizarse cuidadosamente la situación dada y evaluarse las posibilidades de restitución antes de proceder a una terapéutica interceptante. Es errada la tendencia a prescindir del tratamiento del sistema masticatorio en un paciente politraumatizado mientras no se hayan curado las demás lesiones. Lo correcto sería que interviniese el especialista cuanto antes. Lejos de estorbar el trabajo de los demás miembros del equipo terapéutico, su actividad podría abreviar la estancia en el hospital y evitar largos y costosos tratamientos ulteriores. Los procesos crónicos, que no son raros ni mucho menos, se asientan de preferencia en el ámbito alveolar. Se acompañan de anomalías posicionales y una predisposición a la parodontopatía juvenil. La corrección posicional impide una evolución defectuosa irreversible. La mayor parte de las anomalías de

posicion resultan de una desproporcion entre contenido y continente, entre el tamaño del diente y la cabida de los alveolos; dicho de otra manera, son un problema de equilibrio.

El odontostomatólogo especializado en niños es quien mejor sabe cómo corregir de manera óptima las alteraciones estructurales y fomentar la evolución fisiológica. Entre las medidas terapéuticas interceptantes figuran el amolamiento o la reducción de las coronas en la dentadura de leche y la erupción guiada por procedimientos conservadores o quirúrgicos, es decir: pasivos o activos.

Una mejor comprensión implica una asistencia mejorada; esto lo ha puesto de relieve recientemente una persona tan entendida como ANNA FREUD. Más que cualquier otro, el terapeuta del niño tiene que deparar primero afección y luego asistencia.

7.2 CONSTRICCION DE ORIGEN CICATRIZAL.

Todas las cicatrices del carillo dificultan la abertura bucal, mientras algunos autores consideran de igual importancia que la lesión asiente en la parte cutánea que en la mucosa.

Otras asignan más valor a las mucosas, ya que determinan accidentes más graves por su rebeldía a los tratamientos y porque son difícilmente vencidas las tentativas masticatorias.

En la seriedad de la constricción que se produzca, tiene importancia tanto el grosor de la cicatriz como el asiento de la misma.

Constricción de origen muscular; la constricción puramente muscular es muy rara, ya que generalmente está acompañado de los de origen cicatrizal.



CAPITULO 8

B. YATROGENIA QUE SE RELACIONA CON EL ASPECTO DE PSICOLOGIA INFANTIL APLICADA Y MANEJO DE LA CONDUCTA

El fin de este capítulo es discutir los problemas emocionales del niño, especialmente en relación con tratamientos dentales, y ofrecer al dentista una visión de las influencias paternas que pueden producir ansiedades innecesarias en los niños. Con esta información básica, se espera que el lector se sienta alentado a proseguir con el tema, y que en el futuro se vea en posición de aconsejar y guiar a los padres inteligentemente.

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. La herencia no se puede alterar, excepto dentro de límites estrechos; no puede evitarse. El comportamiento consecuencia del medio sí puede alterarse; se pueda 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 tiene 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 no comprende esto, le 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 sociológicos que han formado sus actitudes y modelos de comportamiento hacia la odontología. El estudio de desarrollo de miedos, ansiedades y furia, cuando se aplica al niño en una situación dental, puede denominarse odontopediatría de la conducta.

El manejo adecuado de los niños en el consultorio dental es responsabilidad del dentista, y la debe asumir sin dudar, si quiere cumplir con la obligación que tiene hacia sus pacientes y su profesión. También está claro que condicionar a los niños hacia el dentista y servicios dentales es responsabilidad de los padres. deberán aceptar esta obligación como un deber paternal. Si los niños llegan al consultorio por primera vez con exceso de miedo y espíritu no cooperativo, se puede suponer que la falla está en el condicionamiento paternal. Aunque es responsabilidad de los padres inculcar en sus hijos actitudes convenientes hacia la odontología, el dentista puede ayudar asegurándose de que los padres estén totalmente informados y educados sobre los fundamentos más necesarios de psicología infantil. El dentista deberá aceptar esta obligación como parte sistemática de su práctica. Si queremos tener buenos pacientes infantiles, primero tendremos que educar a los padres. El dentista que no lo haga, no está usando todos los medios disponibles para el manejo del niño.

Antes de que el dentista esté en posición de aconsejar a los padres sobre la preparación psicológica adecuada de sus hijos, debe comprender los problemas que intervienen. Debe comprender la naturaleza del miedo y estar consciente de cómo las actitudes de los padres pueden

modificar tipos de comportamiento. Debe estar enterado de la formación de personalidad y cómo se desarrollan ansiedades. Debe también tener diplomacia y tacto para transmitir esta información a los padres de manera profesional y adecuada. Si el dentista puede aconsejar a los padres clara e inteligentemente, en la mayoría de los casos será aceptado de buena gana y a veces incluso con avidez. Si el dentista va a ser un miembro respetado de la profesión ocupada de la salud es necesario que sea competente para discutir problemas relacionados con su campo. Los padres siempre quieren dar a sus hijos todas las ventajas que ofrece la vida, aun cuando ellos no las hayan tenido en su niñez. La preparación emocional del niño, hecha de manera inteligente proporcionará una de estas ventajas esenciales, porque puede decidir que tenga éxito o no. El odontólogo tiene que ser tan competente como el médico al ofrecer consejos sobre el comportamiento del niño. Se ve claramente que los problemas de manejo son mucho más importantes para el dentista, que puede ver niños bajo tensiones emocionales muy fuertes -sin embargo, los odontólogos pocas veces dan consejos a los padres sobre comportamiento infantil. Ha llegado la hora de que el odontólogo actual tome consciencia de todas sus responsabilidades como profesional.

Los padres, a su vez, aplicaran estos conocimientos a sus hijos, quienes miraran al dentista favorablemente en vez de con miedo irracional. Estos conocimientos ayudarán tanto al niño como al odontólogo. La información de este capítulo se aplica no tan solo a los pacientes infantiles, sino también a los adultos, ya que si comprendemos los problemas emocionales de los niños, comprenderemos también los de los adultos. Las ansiedades que experimentamos en la madurez se originaron en la infancia. En los adultos, los miedos y las ansiedades tienen mayor duración y se encuentran ligeramente latentes y escondidos. Sin embargo, existen fobias marcadas de los adultos hacia los tratamientos dentales, y estas son responsables de que un sector de nuestra población evite tratamientos odontológicos.

En el tratamiento odontológico, y en todos los casos en los cuales se deba tratar con niños, es muy importante, tener presente que el niño NO ES UN ADULTO EN MINIATURA, numerosos investigadores, se han dado a la tarea de demostrar que el niño atraviesa una serie de etapas físicas y mentales en su desarrollo con reacciones y patrones de conducta que los distinguen claramente de los adultos.

Muchos son los tratamientos fracasados en

odontopediatría, debidos a una inadecuada práctica, al desconocer aspectos aún simples en cuanto a psicología infantil.

Para no incurrir en una inadecuada práctica infantil será necesario, recordar los siguientes aspectos relacionados con psicología infantil aplicada y manejo de la conducta, a saber:

B.1 TEORIA SOBRE EL DESARROLLO INFANTIL.

Hoy en día dominan las teorías que valoran sobre todo la interrelación existente entre las relaciones externas y el desarrollo interno.

Existen tres factores que gobiernan la conducta del niño, a saber:

1. Su madurez -Teoría Evolutiva de A. Gessell
2. Sus rasgos de personalidad -Psicoanalística de Freud.
3. Implicaciones ambientales.

B.2 TEORIA EVOLUTIVA DE GESSELL.

Habla de los niveles de maduración describiendo perfiles típicos de conducta para los niños según la edad.

Centrando su atención en aspectos del desarrollo motor en el lenguaje, en la percepción y los procesos sensoriales, en la personalidad y la inserción social.

Perfil de maduración de los años Pre-Escolares.

1. Dos años: Dependencia de la madre, dificultad para establecer relaciones interpersonales, situaciones nuevas, cambios rápidos de humor, cansancio fácil.
2. Tres años: Curiosidad sobre el mundo de alrededor, mayor contacto verbal, deseo de imitación.
3. Cuatro años: Gran actividad física y mental, gran hablador deseoso de probar nuevas experiencias, confianza en sí mismo.
4. Cinco años: Alternativa entre el afecto y el rechazo, auto-afirmación, poco interés por el orden y la limpieza.

La mayoría de los niños escolares mantienen con los adultos una actitud serena, segura y positiva, pero en las situaciones de stress, desaparece, poniendo al descubierto sus relaciones inmaduras y primitivas.

Seis a Doce años: Los primeros años de escolaridad se caracterizan por una integración social del niño, Independiente.

El egocentrismo desaparece y aumenta su capacidad de cooperar en equipo, va adquiriendo nuevos conocimientos, pero todavía no reconoce bien sus relaciones lógicas.

Doce a Catorce años: El pensamiento se hace más abstracto y va adquiriendo la capacidad de razonar y resolver problemas sin enfrentarse a la situación concreta.

Al irse estableciendo la identidad personal durante la pubertad el joven se motiva cada vez más por su propia salud y es capaz también de aceptar una responsabilidad sobre su futuro.

El nivel de maduración está sometido a un control externo mínimo y tiene que ser aceptado por parte del adulto, de forma que no puede forzarse a un niño por encima del nivel de maduración.

8.3 TEORIA PSICOANALITICA.

La comprensión de la teoría psicoanalítica del desarrollo psicosexual del niño esclarece al odontólogo acerca de la importancia de la zona oral.

La personalidad del niño se desarrolla en tres marcos

estructurales:

1. Ello
2. Yo
3. Super-Yo

El Ello: Es inconsciente. Nace con el individuo.

Representa las funciones primitivas, dirigidas a la conservación de la especie. El ello es guiado por el principio de placer, no postergándolo, exigiendo gratificación inmediata.

Es consciente. Se va formando a través de la vida.

El Yo :Maneja la realidad y representa la identidad personal y la capacidad de la persona para tratar las situaciones ambientales. Una de sus funciones es controlar los impulsos inconscientes del ello y determinar como y cuando expresar la energía.

El Super Yo: Se desarrolla a partir de la introyección de la autoridad paterna, una vez resuelto el complejo edípico.

8.4 ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOINSTINTIVO.

El nacimiento es el primer desprendimiento emocional del ser humano. A partir de este se deben tener en cuenta los factores condicionantes, etapas dadas en función de las zonas que predominan en el cuerpo del niño, y son:

1. Etapa Oral: Primer año de vida.

El niño se relaciona con el mundo a través de la boca; que le brinda dos tipos de satisfacción:

- Yoica (Instinto del Yo) gratificación del hambre
- Libidinal que le satisface la carencia de afecto, en la medida en que el niño distingue entre el yo y el no yo (objetos externos).

Esta etapa oral se divide en dos subetapas:

1. Sin distinción de objeto solo busca gratificación a si mismo.
2. Una vez distingue entre el yo y el no yo (objeto externo) en el cual comer podría significarle las desapariciones del objeto lo cual le puede generar sentimientos de culpa y agresión canibalística.

Esta segunda etapa coincide con la época de erupción dental.

Los dientes son revestidos de una gran carga libidinal en esta época y así queda en el recuerdo inconscientemente.

2. Etapa anal: Dos - Tres años.

El niño aprende a manejar el medio externo a través del control fecal.

Adquiere las nociones de limpieza y suciedad, orden y desorden, cumplimiento e incumplimiento.

3. Etapa Genital: Tercer año.

En la cual se genera el conflicto de Edipo y la diferencia sexual posterior.

Primer año: Reflejo de succión: Alimento físico donde hay afecto y placer.

Se divide en determinado momento en dos etapas.

Salida del diente (Etapa canibalística):

A los 6 meses más o menos dota al niño con instrumento para morder que a veces el niño usa como instrumento de agresión. Por la salida del diente se crea el destete.

- Situación de destete que crea: - Canibalística

- Bipedestación. Para poder remplazar el destete
- Caminar
- Lenguaje.

A partir de la canibalística elabora y comprende las

cosas externas, disosia o integra sus figuras , primero la de la madre y luego la del padre.

Al tratar el diente podemos involucrarnos con la elaboración que el niño hizo de su destete.

Todas estas etapas quedan en el inconsciente del niño y pueden ser transferidas y manifestadas en la situación odontológica.

8.5 TEMOR Y ANSIEDAD.

Psicológicamente el temor y ansiedad son distintos: El temor es la reacción a una sensación de amenaza externa. Ansiedad es un estado emocional que se origina por causas internas. El temor y ansiedad pueden ir o van unidos. porque en el consultorio se genera ansiedad y es una situación temida?

El odontólogo trabaja en la boca, situación importante y primitiva en el desarrollo emocional.

8.6 REGRESION.

Es un auto defensivo por medio del cual el individuo regresa a etapas psicosexuales previas en las que haya

estado más gratificado, ante un estímulo externo negativo.

El niño sufre un retroceso en su madurez, comportándose de una forma más infantil que lo normal. Chupándose el dedo o perdiendo el control de los esfínteres, antes de cada visita al odontólogo. Esto nos debe poner en guardia para saber que es lo que lo atemoriza al niño.

"Así pues que la boca y el diente cobraron una dimensión nueva al incorporarse el concepto de su contenido emocional por la prioridad que asume la etapa oral en el desarrollo de la personalidad. La boca no es solo el órgano que al nacer está muy bien constituido para la alimentación, sino que a través de la succión el bebe incorpora el afecto de su madre, que su carencia o deficit pone en riesgo su vida. El advenimiento del primer diente tiene una connotación psicológica importante, no está solamente al servicio de la masticación pues además cumple otra función en el desarrollo psicoinstintivo.

Estos aportes psicoanalíticos dan una visión más profunda de las necesidades básicas del niño y de las motivaciones de su conducta. La comprensión de la importancia del vínculo madre-hijo en los primeros años de vida se

incorpora a los conocimientos del odontopediatra y con la comprensión de la necesidad de afecto y seguridad que el niño siente en toda situación nueva.

Como nos introducimos en la etapa oral cuando atendemos un paciente, éste exterioriza todas sus fantasías.

La mente infantil está más controlada por los impulsos internos y las fantasías que el adulto y por ello el niño tiene más tendencia a sentir ansiedad.

8.7 AGRESION Y CONDUCTA DESAFIANTE.

Es la utilización de un impulso con el fin de destruir un objeto, esta actitud puede ser tomada al sentirse agredido el individuo y en este sentido los niños captan la intervención en su cuerpo como una agresión.

Aunque los niños pueden agredir fácilmente con las manos casi siempre domina la agresividad verbal. Un niño emplea una frase como "eres malo", en realidad quiere decir "Te tengo miedo", "no se quien eres". No toda la agresividad se expresa directamente al odontólogo, también en sus manos.

En los niños de un año y medio y 4 años, la agresión se

manifiesta por desafio o por obstinacion, es mejor
pasarlas por alto en vez de tratar de suprimirlas.

OBESION:

El resultado común de temor y ansiedad es cierto aislamiento alrededor y una preocupación por fantasías constantemente. El resultado sigue dependiendo de los esfuerzos personales que haga el odontólogo para establecer contacto con el niño y aliviar su temor y ansiedad.

B.8 INFLUENCIAS AMBIENTALES.

El objetivo de la educación del niño no debe ser solo el desarrollo de sus cualidades y su personalidad sino su integración social enseñándolo a conocer a los demás.

Los mejores resultados son los que consiguen los padres que conviven con sus hijos, les dan un buen ejemplo, además de servirles como guía en un momento en que todavía no son capaces de tomar sus propias decisiones.

B.8.1 Extremos de comportamiento.

B.8.1.1 Niño infraestimulado.



Se consiguen mejores resultados mediante una actitud paciente de amabilidad e interés, con estos se ganan buenos amigos.

Un ambiente negativo es el creado por aquellos padres que no pueden cumplir su responsabilidad como padres, estos niños tienden a encontrarse aislados y se muestran tímidos, introvertidos, pasivos.

B.8.1.2 Niño sobreprotegido.

Se acostumbra este ambiente con más frecuencia en niños únicos, largamente deseados, enfermos o con padres o tutores de edad avanzada.

En esos ambientes el niño dependiente, grosero, egoísta, altivo, no se acostumbra a responder.

Ambos son considerados problemáticos y de contacto difícil, es importante que el odontólogo reconozca la causa y ajuste el acercamiento al niño.

El niño sobreprotegido debe ser tratado con firmeza pero amablemente. Tras un período inicial de sorpresa se sentirá tranquilizado al verse apoyado por un adulto.

Todo niño necesita amor y afecto. Sin embargo, a causa de ciertos factores emocionales, relacionados 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 si mismo. Se presta ayuda al niño en cada tarea, incluso minima 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 protegidos 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. Según Bakwin y Bakwin, parece que no existen términos medios. El que la madre se vuelva demasiado indulgente o demasiado dominante depende de la disposición innata del niño y de cómo reacciona al comportamiento anterior de la madre hacia él. Parece que hay una reacción del comportamiento inversa a las actitudes de los padres.

Los padres dominantes presentan niños muy tímidos, delicados, sumisos y temerosos. Estos 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, sino 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 demás, se vuelven desconsiderados, egoistas, 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, incluso forzarle, para evitar 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 difíciles

de manejar en el consultorio dental. En un gran porcentaje de los casos debe usarse algo de disciplina como medio para obtener su cooperación. Una vez que comprenden el sentido de la docilidad, se vuelven excelentes pacientes.

No es raro que los padres demasiado indulgentes traigan 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 disciplinario 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, quienes, habiendo educado ya una familia, quieren volver a experimentar 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.

8.8.1.3 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 poco cooperadores, se retraen en sí mismos 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 esta categoría.

En el consultorio odontológico, este niño puede ser difícil de manejar. Está 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 respetarse 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. Debe enseñarsele que cuando se porta bien el tratamiento dental es mucho más agradable.

8.8.1.4 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 decisiones por sí mismos. Son generalmente buenos pacientes si se les instruye para que los sean. Sin embargo, es posible que el odontólogo tenga algo de dificultad en vencer sus temores. pero si se alienta y asegura al niño, este generalmente reaccionará de manera satisfactoria.

B.B.1.5 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 fuerzan a competir con otros niños mayores o más avanzados. Al entrenarlo, fuerzan al niño y son por lo general extremadamente críticos, estrictos y a veces incluso lo rechazan. Estas molestias críticas constantes desarrollan en el niño resentimiento y evasión, 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 reaccion es parecida a la producida por niños con padres exigentes.

B.B.1.6 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. Si el niño no reacciona favorablemente, los padres muestran abiertamente su decepción. El niño observador siente esta desaprobación paterna y tiene sentimientos de culpa que se reflejan en timidez, inseguridad y retraimiento. Lloro con facilidad y no tiene confianza en sí mismo, trata de ser 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 estos 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 que los ajustes son siempre necesarios. Es claro que el grupo que carece de presión paterna crecerá con deficiencias para adquirir la capacidad de ajustarse a las situaciones de la vida, de las cuales el tratamiento dental es solo 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 solo un padre o una madre puede 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, tiene el entusiasmo y el aguante juvenil que es a veces tan necesario 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 hijo mas pequeño nace con varios años de diferencia, tendrá tendencia a ser mimado por sus padres o hermanos mayores.

El hijo único o 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.

Las relaciones entre hermanos, aunque no son tan importantes como las relaciones con los padres, también influyen en el comportamiento del niño. Entran a formar parte de la personalidad del niño la dominación de un hermano mayor o el dominio del niño sobre un hermano más pequeño. La rivalidad que puede existir entre hermanos por el afecto de sus padres o de algún otro miembro de la familia puede influir en el patrón de comportamiento del niño.

Existen muchos factores, además de las relaciones con padres y hermanos que forman la personalidad del niño. Entre estos podemos mencionar cualidades de personalidad innatas, relación en la familia, juegos, esparcimiento, moralidad, etc. Todos ellos tienen influencia sobre el modelo final de personalidad. Puede constituir la

diferencia entre un niño feliz y uno confundido.

Los hogares deshechos pueden ser dañinos para una buena personalidad. Pueden llevar a sentimientos de inseguridad, 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 ^{aque} aquel 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.

A medida que el niño crece y va a la escuela, los maestros, al igual que los compañeros de juegos, tiene un importante papel en la formación de la personalidad. A los niños les gusta dramatizar situaciones, especialmente si los hace más heroicos a los ojos de los otros niños. exageran los dolores de una extracción o de operaciones dentales, lo que producirá efectos negativos en el niño que está escuchando y que aún no ha ido al odontólogo para su primera visita. Pero el hogar es, sin duda alguna el factor más importante para modelar la personalidad del niño. Es el hogar el que gobierna el destino del niño en su medio social.

ES FUNDAMENTAL QUE EL ODONTOLOGO LOGRE QUE LOS PADRES TENGAN UNA ACTITUD DENTAL POSITIVA.

B.9 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACTITUD DENTAL DEL NIÑO.

1. Problemas de personalidad.
2. Experiencia médica personal.
3. Experiencia odontológica de los padres.

Actitud dental del niño

1. Afectada por actitud y experiencia dental del padre.
2. Experiencia dental personal.

Aceptación del tratamiento

El máximo grado de aceptación lo invierte el odontólogo que gasta el tiempo suficiente al principio y permite al niño adaptarse gradualmente:

Modificación de la conducta

No se puede normalizar pues cada paciente es diferente, el odontólogo debe ser capaz de definir la conducta apropiada o inapropiada antes de que pueda reforzarla o cambiarla.

La modificación implica que el ambiente actual (Consultorio Dental) tiene más importancia para afectar la conducta del niño que las experiencias más tempranas de la vida.

B.10 NATURALEZA DEL MIEDO.

La responsabilidad de los padres en preparación psicológica del niño para tratamientos dentales recide principalmente en el problema emocional del niño. El miedo representa para el odontólogo el principal problema de manejo, y es una de las razones por las que la gente descuida el tratamiento dental. Por esta razón, es bueno discutir esta emoción y la manera en la que las influencias de los padres y del medio actúan para dar pacientes infantiles buenos o malos.

El miedo es una de las primeras emociones 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. El lactante no está consciente de la naturaleza del estímulo que produce miedo. A medida que el niño crece y aumenta su capacidad mental, toma conciencia de los estímulos que le producen miedo y puede identificarlos individualmente. El niño trata de ajustarse a estas experiencias aisladas por medio de la huida, si no puede resolver el problema de otra manera. Si el niño se siente incapaz de hacer frente a la situación y le es físicamente imposible huir, se intensificará su miedo.

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 muy poca integración cortical. Esto lo ilustran muy bien los movimientos sin inhibiciones de un animal decorticado. Sin embargo, en el hombre las descargas del hipotálamo pueden ser modificadas por interferencias corticales, de manera que con su corte altamente desarrollado, puede hasta cierto grado controlar sus emociones, a través de racionalización y determinación. En los niños de corta edad, demasiados jóvenes para racionalizar mucho, se produce un comportamiento que es difícil de controlar. En muchos aspectos, el niño se comporta de manera primitiva al tratar de luchar con la situación o huir de ella. Cuando no puede llevar a cabo esta, aumenta su miedo, y entonces la comunicación del dentista con el niño puede ser muy difícil. Incluso con niños de más edad, puede ocurrir una situación en que el miedo sea tan pronunciado que el niño no pueda razonar claramente. Generalmente a medida que aumenta la edad mental del niño, estas respuestas pueden ser cada vez más controladas por la corteza a través de funciones psíquicas más elevadas.

B.10.1 Valor del miedo.

Contrariamente a lo que en general se cree, dirigido y controlado adecuadamente el miedo puede ser muy valioso. Puesto que los estímulos que lo producen pueden realmente dañar al niño, el miedo es un mecanismo protector de preservación. La naturaleza misma de esta emoción puede utilizarse para mantener al niño alejado de situaciones peligrosas, ya sea de tipo social o físico. Si el niño no teme castigos o desaprobación de sus padres, su comportamiento puede volverse una amenaza para la sociedad y puede incluso llevarlo a la cárcel en el futuro. Si no se le enseña al niño temor al fuego las probabilidades que tiene de quemarse son mucho mayores. Por lo tanto, el enfoque del entrenamiento dado por los padres, no deberá tender a eliminar el miedo, sino a canalizarlo a los peligros que realmente existen y evitarlo en situaciones donde no existe peligro. De esta manera, servirá de mecanismo protector contra peligros reales y evitará comportamientos antisociales.

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

Por otro lado, si el niño aprecia al odontólogo el miedo a perder su aprobación puede motivarlo para aceptar la disciplina del consultorio.

B.10.2 Tipos de miedo.

La mayoría de los temores evidentes en niños han sido adquiridos objetiva o subjetivamente.

B.10.2.1 Temores objetivos.

Los temores objetivos son los producidos por estimulación física directa de los órganos sensoriales y generalmente no son de origen paterno. Los temores objetivos son reacciones a estímulos que se sienten, ven, oyen, huelen o saborean, y son de naturaleza desagradable. Un niño que, anteriormente ha tenido contacto con un dentista, y ha sido manejado tan deficientemente que se le ha infligido dolor innecesario, por fuerza desarrollará miedo a tratamientos dentales futuros. Es muy difícil lograr que un niño que ha sido dañado de esta manera acuda al odontólogo por voluntad propia. Cuando le hacen volver, el odontólogo debe comprender su estado emocional y proceder con lentitud para volver a establecer la confianza del niño en el odontólogo y en tratamientos dentales.

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

B.10.2.2 Temores subjetivos.

Los temores subjetivos están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridos al niño por personas que le rodean, sin que el niño los haya experimentado personalmente. Un niño de corta edad es muy sensible a la sugestión. Un niño de corta edad y sin experiencia al oír de alguna situación desagradable, o que produjo dolor, sufrida por sus padres u otras personas, pronto

desarrollara miedo a esa experiencia. La imagen mental que produce miedo permanece en la mente del niño, y con vivida imaginación de la infancia se agranda y vuelve impotente. Un niño que oye hablar a sus padres o a un compañero de juegos sobre los supuestos terrores del consultorio dental los aceptará muy pronto como reales y tratará de evitarlos lo más posibles. Shoban y Borland informaron que en los adultos el miedo a la odontología estaba principalmente basado en lo que hablaron sus padres sobre ello. En niños, como en adultos, lo que más temor infunde es oír hablar a padres o amigos de experiencias desagradables en el consultorio dental.

Los niños tienen un miedo intenso a lo desconocido. Cualquier experiencia que sea nueva y desconocida les producirá miedo hasta que obtengan pruebas de que su bienestar no se ve amenazado por ella. su miedo es un intento de ajustarse a una situación que temen sea dolorosa. Hasta que el niño esté convencido de que no existe razón para asustarse, persistirá el miedo. La influencia de los padres es de importancia vital en la actitud del niño hacia la odontología. Es imperativo que los padres informen a sus hijos sobre lo que pueden esperar del consultorio dental. El niño debería conocer, de manera general, los procedimientos que podrían serle aplicados y el aspecto y descripción del equipo de

laboratorio antes de la primera visita dental. En la odontología actual, no se debe infligir dolor innecesario. Ningún padre, por lo tanto, deberá decir a su hijo que va a experimentar dolores intensos. Pero tampoco debe minimizar o mentir sobre las molestias de la odontología. Debe emplearse honestidad sin exageraciones emocionales.

Los temores sugestivos también pueden experimentarse por imitación. Un niño que observa miedo en otros, puede adquirir temores hacia mismo objeto o hechos tan genuinos como el que está observando en otros. Esto se verifica principalmente si el miedo es observado en los padres. Frecuentemente, los niños se identifican con sus padres. Si el padre está triste, el niño se siente igual. Si el padre muestra miedo, el niño está temeroso. La ansiedad del niño y su comportamiento claramente negativo están íntimamente relacionados con ansiedades de los padres.

Los temores por imitación pueden transmitirse sutilmente, y el padre puede hacer muestra de ello y el niño adquirirlo, sin que ninguno de los dos se dé cuenta; son temores que ocurren regularmente y por lo tanto difíciles de eliminar. Una emoción, como por ejemplo ansiedad, que se observa en el rostro del padre, puede impresionar más que una sugerencia verbal. Una madre que teme ir al

odontólogo y que siempre va presa de gran tensión emocional, transmite inconscientemente ese miedo a su hijo que la observa. Es fácil darse cuenta de que incluso un gesto como apretar fuertemente la mano del niño en el consultorio dental es un gesto de aliento, y lo que significa puede ser suficiente para que el niño sospeche y empiece a sentir miedo. Generalmente, mientras más tiempo subsistan temores subjetivos en la mente, más se irán agrandando. En consecuencia, estos temores pueden ser más intensos y no guardan proporción con el miedo objetivo que hubiera producido la experiencia en sí. Los temores más difíciles de superar y eliminar son los que vienen de tiempo atrás, generalmente subjetivos. El miedo a los estímulos objetivos, como el dolor que produce una inyección, puede ser superado sin demasiada dificultad por el niño si se usa lógica y comprensión siempre que el dolor haya sido experimentado anteriormente. El niño sabe que la intensidad y duración del dolor pueden ser soportados y que esta situación ha ocurrido anteriormente sin producir daño ulterior. Por otro lado, los miedos subjetivos a dolores de tratamientos dentales no están circunscritos a ninguna experiencia real y personal, de manera que el miedo que pueda experimentarse no encuentra límites. En la mayoría de los niños, el miedo es subjetivo, no consecuencia de tratamientos dentales anteriores.

Aunque las influencias de los padres son las más profundas en materia de sugestión, los niños pueden adquirir miedos sugeridos de amigos o compañeros de juegos, o de materiales como libros, periódicos, dibujos animados, radio, televisión y teatro. La eficacia de estas influencias dependerá de la fuerza y repetición de los estímulos y de la sugestibilidad del niño. Por lo general, un niño miedoso temerá a todas las personas y cosas.

Los miedos sugeridos pueden aumentarse a tal grado que llegan a la irracionalidad. Jersild ha estudiado las experiencias más temidas por los niños y no encontró relación entre estas y las experiencias más desagradables que en realidad vivieron. Los temores más profundos los inspiraban objetos o acontecimientos imaginarios.

Ha medida que se desarrollan las capacidades imaginativas del niño, los miedos imaginarios se vuelven más intensos. Los temores imaginarios por lo tanto, aumentan con la edad y el desarrollo mental, hasta cierta edad en que la razón prueban que no tienen fundamento.

Los temores 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 de los niños varía. Estas diferencias pueden explicarse por hechos tan sencillos como la necesidad o el deseo que tiene el niño de dormir. Un niño adormilado tiende a mostrar más miedo e irritación que uno despierto, porque se le ha reducido la capacidad de razonar y controlar sus temores, y tiene una tolerancia inferior a las situaciones desagradables.

El patrón del miedo puede ser impredecible, ya que no todos los temores que manifiestan los niños son genuinos. Frecuentemente utilizan el miedo para otros propósitos. Tal vez si utiliza el miedo al dentista como mecanismo de defensa, no se le pedirá al niño que haga su visita dental, o realice la tarea que le encomendó el dentista para cuando esté en casa. Son los padres y el dentista los que tiene que determinar si el miedo es real o simulado.

Es bueno recordar que, independientemente del condicionamiento, los niños normales con experiencias similares mostrarán gran variedad en la adquisición y reacción al miedo. Cada niño es un individuo y reacciona

de manera individual. Gran parte de la reacción dependerá de las capacidades innatas físicas y mentales del individuo. Un niño que está físicamente sano, con funciones endocrinas normales, responderá de manera más activa que el niño con hipofunciones glandulares. El niño mentalmente alerta, responderá más inteligente y rápidamente que individuos retrasados mentalmente. A veces, se encuentran situaciones en las que dos niños, sometidos al mismo estímulo o experiencia y con iguales capacidades mentales, reaccionan en direcciones opuestas, por ejemplo, uno mostrará valor y tratará de combatir al agente causal, mientras que el otro responderá con alarma y tratará de huir. Estas diferencias humanas deberán ser comprendidas por los padres cuando enseñan a los niños individualmente para que acepten procedimientos comunes como los dentales, y para que los tomen como una experiencia normal relacionada con la salud.

B.10.3 Miedo y crecimiento.

Se puede enseñar a los padres que la edad es un determinante importante del miedo, y modifica la eficacia del condicionamiento. 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.

Un estudio realizado por Hess, muestra la edad temprana en la que acontecimientos y experiencias emocionales pueden influir en el individuo. Ha demostrado admirablemente que se puede imprimir una experiencia u objeto en un ave de 16 horas de edad, de manera que después reaccione al objeto impreso. Por ejemplo, un ave masculina que fue condicionada a edad muy temprana, y estuvo apartada de su especie por espacio de un mes, incluso después de cinco años pasados en su mayoría con su propia especie, corteja a los seres humanos con comportamiento típico, pero no corteja a las hembras de su propia especie.

La impresión es una forma rígida de aprendizaje, ocurre incluso antes de que se presente el miedo, y tiene efectos duraderos. Las experiencias dolorosas aumentan su eficacia. El aprendizaje por asociación normal, según Hess, se desarrolla posteriormente en la vida, después de la época de impresión.

Es bien conocido el papel de la madre en la superación de temores tempranos. Arsenian ha demostrado el papel de la madre como fuente de bienestar y seguridad para niños de incluso un año de edad.

Harlow y Zimmerman demostraron con monos huérfanos de corta edad, que una madre falsa pero satisfactoria, podía vencer temores inducidos en poco tiempo, mientras que una madre falsa insatisfactoria producía disturbios emocionales definidos que persistían un tiempo indefinido cuando se exponía a los monos al objeto que les producía temor.

La posible relación que existe entre la impresión de mimos y cuidados y la atención maternal en la personalidad del niño, y su reacción al miedo posteriormente en la vida, puede tener más importancia que la que se le concedía anteriormente.

Un niño que presente 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 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. Lo que asusta a un niño a los dos años de edad puede no hacerlo cuando tenga seis. Por lo tanto la edad es un determinante importante de lo que produce o no miedo al niño. El padre y el dentista deben estar conscientes de estas variaciones con la edad, e

interpretar todas las reacciones a estímulos considerando la edad emocional, mental y cronológica del niño.

Puesto que el momento adecuado de presentar la odontología al niño es cuando tiene de dos a tres años, es importante estudiar los estímulos de importancia dental y que producen miedo, desde esta edad hasta la adolescencia. Obviamente, no se puede esperar de un niño reacciones y comprensión que sobrepasen su capacidad mental en cualquier edad determinada.

Los primeros temores que el niño asocia con la odontología son los producidos por lo inesperado y lo desconocido. Cualquier estimulación precipitada e intensa de los órganos sensitivos, produce miedo en un 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. Al menos que el dolor sea intenso, teme más al ruido de los procedimientos dentales que al dolor que lo acompaña.

Como el niño de corta edad también teme caerse o movimientos súbitos e inesperados, sentir que sin avisarle lo están bajando o inclinando en la silla dental puede causarle miedo. Movimientos de la mano rápidos y

energicos tambien atemorizan. Las luces muy fuertes, especialmente la luz intensa de la unidad operatoria, produce miedo si se deja que brille en los ojos del niño.

Los niños que todavía no van al colegio pueden temer el separarse de sus padres. Si el niño se ve empujado a una situación nueva, en la que debe separarse de sus padres, de quienes ha aprendido a depender para obtener seguridad, siente que se le ha abandonado, que le han dejado solo. Además del miedo por estar abandonado, siente temor de no haber satisfecho a sus padres. Puede que esto puede ser la razón de su abandono. Puede creer que la odontología es su castigo.

Como hay niños que temen separarse de sus padres, si el niño es muy pequeño puede ser preferible que el padre lo acompañe a la sala de operaciones. Durante la primera visita la madre siempre debiera estar en la sala de operaciones. Ver la silla o la unidad dental tan poco familiares, con sus extrañas proyecciones, puede inspirar miedo a los más jóvenes.

Hace varios años Frankl demostró en un estudio cuidadosamente controlado, que los niños de menos de 50 meses de edad se beneficiaban con la presencia de la madre en la sala de operaciones durante el tratamiento

dental. Los niños de más de 50 meses de edad no mostraban diferencias en comportamiento, estuviera o no presente la madre en la sala de operaciones. Es interesante observar que en ninguno de estos grupos de edades resultó perjudicial para el comportamiento del niño la presencia de la madre en la sala de operaciones, y era muy conveniente para el grupo de niños de menos de 4 años. Si la madre puede estar con el niño sin transmitirle sus sentimientos, no existe razón para que no sea admitida en la sala de operaciones. Esto supone que los niños están bien centrados.

Frecuentemente, los padres traen a sus hijos de corta edad al consultorio inmediatamente después de que han sufrido accidentes que dañaron las piezas anteriores. Como su presencia da seguridad y reduce el miedo, deberá pedirsele a la madre que tenga al niño en sus brazos mientras que el dentista realiza el tratamiento de urgencias. Aunque posiblemente el niño siga llorando, el dentista debiera seguir realizando el trabajo necesario rápidamente y con el mínimo dolor.

Personas poco familiares que lleven uniformes blancos inspirarán miedo, especialmente si el medio recuerda experiencias dolorosas del pasado. Para el niño de muy corta edad, acostumbrado a la actividad y ruido de una

familia, puede resultarle extraño y turbador el silencio extremado de la sala de espera. Un entusiasmo excesivo despierta sospechas y miedo. A miedo que el niño se familiariza más con el consultorio dental deberá desaparecer su miedo a lo desconocido.

A los cuatro años de edad se llega a la cumbre de los temores y de 4 a 6 años disminuyen gradualmente los temores antiguos como a caerse, al ruido y a los extraños. A medida que el niño adquiere capacidad para evaluar situaciones que producen miedo, ya sea por experiencia personal, o por capacidad de apreciar la seriedad del peligro, se pierden y olvidan muchos de los miedos primitivos. El miedo a los extraños, que alcanza mayor intensidad entre los dos y tres años, se pierde a consecuencia de amplias asociaciones con otros extraños. Por esta razón los niños que asisten a las escuelas para niños de muy corta edad se vuelven más sociables, y están más dispuestos a relacionarse con extraños, mientras que los niños que crecen en granjas, o que no tienen muchos contactos sociales pueden ser tímidos y desconfiados, hasta que se identifican con el odontólogo. Jersild y Holmes exponen que el promedio de temores a los tres años de edad es de 5.5, mientras que a los seis años de edad ha disminuido a 3.2. La disminución de los temores puede deberse a: a) Darse cuenta de que no hay nada que temer,

- b) Presiones sociales que le fuerzen a ocultar su miedo,
- c) Imitación social, y d) Guía por parte de adultos.

Se ha observado que los niños inteligentes muestran más miedo que los demás, tal vez por ser más conscientes del peligro y ser más reacios a aceptar seguridad expresada verbalmente, sin presencia de pruebas. A esta edad, los niños suelen tener espíritu agresivo y aventurero y actitudes amistosas. Las niñas, por el contrario, tienden a ser mucho más reservadas.

El temor al daño físico puede volverse general. A veces, un niño quedará hecho pedazos a causa de un daño menor. Incluso el pinchazo de una aguja hipodérmica y la vista de su propia sangre después de una extracción puede producir reacciones completamente desproporcionadas con el grado de dolor. El miedo al daño se asocia a menudo 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 fue malo, fue perjudicado con algún tipo de castigo. Puesto que el odontólogo puede hacerle daño, el niño puede interpretar su visita al consultorio como castigo por haber sido malo.

A esta edad, el niño está desarrollando miedo a su propia

conciencia, que se está formando con la disciplina correctiva de los padres. Los "sí" y los "no" se vuelven parte de él y pueden llevarle a estados de ansiedad, si la disciplina ha sido defectuosa, o pueden conducirlo a buen comportamiento si la disciplina ha sido moderada y justa.

De los cuatro a seis años el niño entra en un período de conflictos muy marcados y de inestabilidad emocional. El niño está en inquietud constante entre su yo en evolución y su deseo de hacer lo que se le pide. A medida que su ego se desarrolla, se vuelve suficientemente fuerte para tolerar muchas tensiones internas desagradables, y suprimirlas hasta que pueda lograr satisfacción. La fantasía en este período tiene un papel muy importante, por ser, tal vez, mecanismo de protección. Sirve como amortiguador de problemas emocionales. 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. En la fantasía, los niños harán con placer lo que les disgusta hacer en la realidad: La situación puede llevarse al reino de los juegos. Puesto que se puede vencer al miedo sometiendo al individuo a la situación que le produce este miedo, hacer esto por juego imaginado y por medio de

la fantasía puede ayudar a vencer temores indebidos. En casa, donde el niño experimenta temores subjetivos intensos a la odontología, hacer un teatro de cómo se va al dentista y se realizan trabajos en sus dientes puede ser muy eficaz para desvanecer el miedo indebido, e infundir valor al niño para afrontar la visita dental. A esta edad, la válvula de seguridad que es la fantasía es importante, y el odontólogo puede usarla como instrumento para manejar a niños de corta edad. Incluso en estas edades, el niño no está seguro de su capacidad para hacer frente a peligros potenciales, y tiende a hacer algo tímido, aunque los niños de esta edad obedecen órdenes con más prontitud que los que tienen tres años.

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. Solo unos cuantos conservan fobias definidas. El niño de esta edad demanda menos y se somete mejor. Está desarrollando una curiosidad marcada hacia el miedo que le rodea. El ego del niño alcanza su cenit cuando llega a edad escolar.

A los siete años el niño ha mejorado su capacidad para resolver temores, aunque puede reaccionar de manera que parezca alternadamente cobarde o valiente. Esta 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 los ocho a catorce 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 sufrimientos. No le gusta que lo fuercen, que se hagan injusticias o que lo mimen, ya sea los amigos o el dentista en su consultorio.

Los adolescentes, especialmente las jóvenes, empiezan a preocuparse por su aspecto. A todas les gustaría ser lo más atractivas posibles. Este interés por los efectos cosméticos puede usarlo el odontólogo como motivación

para buscar atención odontológica. Están dispuestas a cooperar para satisfacer su ego. Los problemas de manejo ocurren tan solo en las personas que se están considerablemente mal ajustadas.

B.11 RELACIONES INTERPERSONALES.

Ya hemos considerado con cierto detenimiento la naturaleza del miedo. Aunque es una de las principales emociones que tiene que tratar el odontólogo no explica totalmente el comportamiento del niño en la silla dental. Existe gran cantidad de interferencias interpersonales que alteran el patrón de comportamiento de todo el niño que visita el dentista. Cada niño reaccionará al miedo de manera diferente, basándose en las influencias del miedo y en su herencia, puesto que en la formación de personalidad básica, intervienen factores hereditarios, como informó Wenger. Las relaciones entre padres e hijos se cuentan entre las principales relaciones interpersonales. Daremos énfasis a las relaciones entre padre e hijo por ser las más íntimas, y por lo tanto, las más potentes para determinar el comportamiento emocional del niño. Cuando se consideran el número y la variedad de factores emocionales que se manifiestan en actitudes de los padres, tales como afecto, indiferencia, hostilidad, rivalidad, dependencia, dominación, sumisión,

es impresionante la gran variedad de factores que pueden modificar la personalidad individual del niño. Si las actitudes de los padres son defectuosas, el comportamiento del niño puede alterarse hasta el punto de convertirlo en paciente dental insatisfactorio. Por otro lado, si los padres muestran actitudes saludables hacia sus hijos, los niños serán bien educados, se comportarán bien y, por lo general, serán buenos pacientes. Las actitudes de los padres, por lo tanto, pueden determinar que un niño sea amigable u hostil, cooperador o rebelde. En la mayoría de los casos, el comportamiento del niño en el consultorio odontológico es un excelente indicador de las actitudes que tienen sus padres hacia él.

Nunca se dará suficiente importancia a la necesidad que tienen los niños de vivir con adultos emocionalmente maduros. Puesto que los niños adquieren madurez emocional de sus padres, no se puede esperar comportamientos emocionales maduros de niños que han sido educados por padres inmaduros emocionalmente. No se puede esperar que los niños desarrollen personalidades aceptables por sí solos si sus padres están tratando de resolver conflictos emocionales propios a través de ellos. El niño en crecimiento y desarrollo aprende a través de ejemplos, y si los padres no le proporcionan estos modelos necesarios, puede adquirir otros menos

convenientes por otro lado. Pero si los padres son emocionalmente maduros y viven una vida coordinada y feliz, el niño generalmente llegará a ser emocionalmente maduro.

Frecuentemente, los padres adoptan una actitud hacia sí mismos y otra hacia sus hijos. Esta falsedad no es eficaz. Los niños tienen poderes de observación muy agudos y no se les puede engañar mucho tiempo. No hace falta ser perfecto para ser buen padre. Si ambos padres muestran una perfección irreprochable, el niño no tendrá oportunidad de observar equivocaciones y su rectificación. Si ambos padres son perfectos, el niño no tendrá experiencia para combatir las vicisitudes de la vida y será incapaz de alternar satisfactoriamente con miembros de la no tan perfecta familia del Homo sapiens.

Todo niño tiene necesidades fundamentales de amor, protección, aceptación, estimación propia, independencia, autoridad, limitaciones, consuelo y apoyo. Estas necesidades deberán satisfacerse para que cada niño llegue a la madurez como individuo bien centrado. Es necesario amor para darle al niño la sensación de que se le desea, le da confianza a sí mismo y en su capacidad para hacer frente al medio que lo rodea. La disciplina por otro lado, indica al niño hasta donde puede llegar.

Impone limites a los confines de su libertad, pero dentro de esos limites sera completamente libre. El niño indisciplinado no tiene esa libertad de acción porque no sabe en qué punto sus actos pueden crearle problemas.

Cuando no existen restricciones al comportamiento de los niños, a menudo se producen sentimientos de culpabilidad, se vuelven hoscos, temerosos y ansiosos. El primer contacto del niño con la autoridad son los padres. La manera en que es manejado determinará su comportamiento en general hacia la autoridad. la autoridad debe ser ejercida de manera protectora y amorosa, nunca de manera excesiva. La autoridad ejercida adecuadamente dará confianza. La autoridad consistente y cariñosa es muy preferible a la rígida, inconsistente o punitiva.

Cuando los padres satisfacen exageradamente las necesidades emocionales, el niño tiende a crecer con conflictos emocionales, y creará problemas a sus padres y a las personas con quienes entra en contacto. Si el niño llega al consultorio dental con padres aturdidos y desaliñados, que se quejan de que su hijo no quiere cooperar, a pesar de que han sido padres ideales, se puede ver que gran parte de la dificultad se debe a la atmósfera emocional que existe en su casa. Todo niño tiene derecho a tener en casa una atmósfera que le llleve

desarrollo emocional normal, ya que el comportamiento humano se determina mas por factores emocionales que por intelectuales. Para que un niño crezca y se comporte de manera normal, el medio emocional que le rodea deberá estar dentro de los límites de la normalidad.

Existen razones definidas para explicar las actitudes extremadas que ciertos padres toman con sus hijos. Los padres toman ciertas actitudes dándose perfecta cuenta de que no están creando ambientes favorables para el niño, y sin embargo, no se preocupan demasiado por las consecuencias. Otros padres tienen estas actitudes defectuosas, pero sin darse cuenta de sus sentimientos hacia los hijos, y olvidan el hecho de que el niño puede resultar dañado emocionalmente por ellas. Baste decir que los padres pueden tener actitudes erróneas y pueden alterar el comportamiento de sus hijos haciendo que su manejo en el consultorio dental resulte difícil.

8.12 COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO.

No podemos terminar un capítulo sobre las responsabilidades de los padres en el manejo del niño sin decir unas palabras sobre el comportamiento de los padres en el consultorio. 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. Los padres deberán tener confianza total en el odontólogo y confiar a su hijo a su cuidado. Cuando el niño es llevado a la sala de tratamiento, los padres no deberán hacer ningún gesto como para seguirlo o como para llevar al niño a menos que el odontólogo les invite a hacerlo. Algunos niños en edad escolar se portan mejor en ausencia de sus padres, especialmente si el trato de estos ha sido defectuoso. Sin embargo, hay casos en que la sola presencia de los padres, infunde confianza en el niño, especialmente si tiene menos de cuatro 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 odontólogo 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 al niño, o le está transmitiendo su simpatía. Esta división de obediencia llevará a desconfiar del dentista y también creará temor a los procedimientos dentales. La American Dental Association tiene carteles muy agradables que pueden enmarcarse y

colocarse en la sala de recepción; en ellos se avisa a la madre que no debiera acompañar a su hijo a la sala de recepción si el odontólogo así lo prefiere.

B.13 INSTRUCCIONES A LOS PADRES.

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 mucho en la educación de los padres, para que estos 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. La madre se tornará más entusiasta sobre el bienestar dental del niño, y tenderá cada vez menos a esperar hasta que le duelan los dientes para traerlo al consultorio dental. De esta manera existirá una relación más satisfactoria entre el dentista y la familia. Si se informa a los padres de ciertas reglas sencillas a seguir antes de traer al niño al odontólogo 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. Se puede facilitar esta guía a gran escala por

varios medios, o individualmente.

1. Pida a los padres que no expresen sus miedos personalmente en frente del niño. La causa primaria del miedo en los niños es oír a sus padres quejarse de sus experiencias personales en el odontólogo. Además de no mencionar sus propias experiencias desagradables, puede evitar el miedo explicando de manera agradable, y sin darle mucha importancia, qué es la odontología y lo amable que va ser el odontólogo. Para los padres que aún temen los servicios dentales, se les puede explicar con anestesia moderna, la mejor comprensión del manejo del niño y técnicas operatorias mejoradas, no hay necesidad de que el niño tema al tratamiento dental. Se ha avanzado enormemente en el alivio del dolor en odontología. El padre que educa a su hijo para que sea receptivo al tratamiento dental, encontrará que paga dividendos, ya que el niño apreciará más la odontología. Generalmente, se encuentran dificultades cuando los padres u otras personas han inculcado temores profundos en el niño. Los padres también deben ocultar sentimientos de ansiedad, especialmente en expresiones faciales, cuando llevan a su hijo al odontólogo.

2. Instruya a los padres para que nunca utilicen la odontología como amenaza de castigo. En la mente del

niño se asocia castigo con dolor y cosas desagradables.

3. Pida a los padres que familiaricen a su hijo con la odontología llevándolo al odontólogo para que se acostumbre al consultorio y para que empiece a conocerlo. El odontólogo deberá cooperar plenamente, saludando al niño con cordialidad y llevándole a recorrer el consultorio, explicando y haciendo demostraciones con el equipo. Algún pequeño regalo al final del recorrido, hará que el niño sienta que acaba de hacer un amigo.

4. Explique a los padres que si muestran valor en asuntos odontológicos esto ayudará a dar valor a su hijo. Existe una correlación entre los temores de los niños y los de sus padres.

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

6. Recalque el valor de obtener servicios dentales regulares, no tan solo para preservar la dentadura, sino para formar buenos pacientes dentales. Desde el punto de vista psicológico, el peor momento para traer a un niño al consultorio es cuando sufre un dolor de dientes.

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

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

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

10. El padre no debe prometer al niño lo que va a hacer o no el odontólogo. El odontólogo no debe ser colocado en una situación comprometida donde se limita lo que puede hacer para el niño. Tampoco deberán prometer los padres al niño que el odontólogo no les va a hacer daño. Las mentiras solo llevan a decepción y desconfianza.

11. Varios días antes de la cita, debe instruirse a los padres, que comuniquen al niño de manera natural que han sido invitados a visitar al dentista. Los padres nunca deberán forzar las cosas, mostrar al niño exceso de

simpatia, miedo o desconfianza.

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

B.14 MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL.

Anteriormente discutíamos el desarrollo emocional del niño en conjunción con los agentes que producían miedo a la odontología. También se tomaban en consideración los medios de educar a los padres para que desvanecieran o minimizaran estos miedos en sus hijos. Este capítulo tratará del manejo del niño paciente cuando entra en el consultorio dental.

Es agradable observar que la gran mayoría de los niños que llegan al consultorio para trabajos de corrección pueden clasificarse como buenos pacientes. También es cierto que la mayoría de los niños llegan al consultorio con algo de aprensión y miedo, pero, como muestra la experiencia clínica, pueden controlar estos temores si los racionalizan. Un número relativamente pequeño de

niños de cualquier edad, por miedo provocado en casa o por actitudes defectuosas de los padres, no se adaptarán a la rutina y a las molestias que acompañan a los tratamientos dentales. Illingsworth declara que "los niños-problema son niños con problemas". El odontólogo tendrá éxitos más duraderos al manejar al paciente si trata de reconocer estos problemas y ajusta su enfoque psicológico de acuerdo con estos conocimientos.

Es interesante observar que el comportamiento del niño puede fluctuar en periodos de tiempo muy pequeños. Puede que a los dos años el niño coopere y sea bien educado, mientras que a los dos años y medio se vuelva difícil y contradictorio. A los tres años es amigable y tiene buen dominio de sí mismo, mientras que a los 4 ó 4½ puede volver atrás en su comportamiento y ser dogmático y difícil de controlar.

El comportamiento poco cooperativo de un niño en el consultorio odontológico está generalmente motivado por los 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 asutarse. 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. Aunque el comportamiento del niño parezca poco razonable y no se comprenda bien, es totalmente intencional y se basa en experiencias subjetivas y objetivas adquiridas 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 comportamiento de un niño puede, a

veces, ser modificado.

Si se hace que no le resulten sus ataques emocionales, cambiarà su comportamiento. Cuando el niño aprenda que en el consultorio no va a lograr nada con mala conducta, perderà motivaciòn para seguir comportàndose 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 acciòn.

Ya hemos discutido la importancia de traer al niño al odontòlogo desde un principio para que se familiarice con el doctor y con el medio dental. Cuando el niño llega para que se haga alguna correcciòn dental, su comportamiento dependerà no tan solo de su condicionamiento anterior, sino tambièn de la capacidad que tiene el odontòlogo de manejarlo. Si se maneja al niño adecuadamente, es muy raro que no se pueda obtener cooperaciòn. Mucho depende de còmo impresiona el odontòlogo al niño y còmo va a ganar su confianza. Cuando se ha establecido la relaciòn, deberàn 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 está tratando con un niño asustado y temeroso, deberá primero eliminarse el miedo y substituirlo por sensaciones agradables y afecto al dentista. Incluso si solo puede usted eliminar el miedo hasta un punto en que quede algo de escepticismo y reservas, puede que sienta suficiente afecto por usted como para confiar. Cuando se llega a esta etapa, podemos decir que la batalla del manejo del niño está ya casi ganada.

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 estan forzando abandonarla. En un niño de corta edad el miedo al abandono es critico.

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. Citemos 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 que hacer en esta situación, despidió 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 pequeños 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.

Posponer situaciones así pueden seguir indefinidamente y será nefasto para sus dientes. Cuando existen dientes dolorosos el dolor puede causar que se creen auténticas fobias a la odontología. Si el odontólogo hubiera utilizado un enfoque más positivo durante la primera visita, no hubiera ocurrido retraso y descuido de los dientes. En este caso, el miedo del paciente aumenta con el miedo que tiene el odontólogo a manejarlo, porque el niño piensa precavidamente que, si el odontólogo teme realizar el trabajo es porque debe haber alguna razón para retrasarlo.

Cualquier razón no explicada inspira miedo a los niños. No espere que un niño venza actitudes inadecuadas con la

edad; puede tardar años. Aunque no es conveniente dejar el tratamiento para después, sí es bueno que el niño venga de visita al consultorio antes del día en que va a empezar el tratamiento.

Puesto que los niños temen excesivamente a lo desconocido y se sienten mal preparados y aprensivos para afrontar nuevas situaciones, visitar al odontólogo antes del tratamiento puede hacer que lo desconocido se vuelva más familiar y tal vez mitige dolores o necesidades futuras de huir. Este método da resultados con niños que aún no van a la escuela, y en menor medida, con niños mayores. Aunque una visita preeliminar al odontólogo es valiosa, la continua repetición del procedimiento puede no ser eficaz, a menos que se tenga que realizar algún trabajo dental en alguna de las visitas siguientes.

Mostrar actitudes sarcásticas y desdeñosas con el niño para que por vergüenza se porte bien en el consultorio no es conveniente. Aunque muchos odontólogos emplean el ridículo como medio de mejorar la conducta del niño en el consultorio, es una pérdida de tiempo y tiene poco valor. El método no solo es inadecuado, sino que lleva consigo peligro cuando se aplica a los niños. El niño que se sienta en la silla dental, desea ganar la aprobación del odontólogo. Sin embargo, si el mecanismo del miedo es tan

fuerte que le resulta imposible cooperar, su buen juicio pierde toda fuerza y su comportamiento se vuelve indeseable. El ridículo puede producir frustraciones y resentimientos al niño, y de ello puede resultar un aumento de aversión a odontólogos y tratamientos dentales. El producto final de ridículo no es disminución del miedo, sino aumento del resentimiento.

A los niños no les gusta ser diferentes y desean conformarse a patrones sociales. A los niños les gusta hacer las cosas que hacen otros niños a personas. Aman participar en competencias. 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, pero, como Ghose y sus asociados declaran, puede ser poco eficaz para niños de menos de tres años. 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 sin que se lo hallan 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 odontólogo. Es difícil volver a ganar la confianza de un niño afectado de esa 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 por qué, 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. Decirle al niño que no debe sentirse como se siente indica carencia de conocimientos sobre problemas emocionales, porque el niño no puede evitar el sentirse así. En situaciones atemorizantes, el deseo de huir domina a la razón, y las seguridades verbales caen en oídos sordos. No gaste energía diciendo al paciente que no debe tener miedo sin darle primero razones para creerle.

8.14.1 Aspecto del consultorio odontológico.

Como es probable que el niño entre al consultorio con miedo, el primer objetivo que deberá alcanzar el

odontólogo será infundir confianza al niño, y hacer que se dé cuenta de que no es el único que pasa por esa experiencia. Si la práctica no está limitada a los niños, una manera eficaz de inspirar esta sensación es hacer que la sala de espera sea similar en varios aspectos al medio familiar. Hágala cómoda y cálida y que dé la sensación de que los niños frecuentan el lugar, y no les resulta desconocido. Al hacer esto, superará gran parte de las sospechas que siente cada niño. Una de las maneras más sencillas de lograr esto es apartar un rincón de la sala de espera especialmente para ellos. Tenga disponible sillas y mesas de niños donde puedan sentarse y leer. Tenga a mano una pequeña biblioteca con libros para niños de todas las edades. Existen muy buenas revistas infantiles; una de las suscripciones del odontólogo siempre debería ser de alguna de estas. Ponga una lámpara pequeña en la mesa con una pantalla interesante. También se pueden conservar en la sala algunos juguetes sencillos y resistentes para los muy pequeños. Un tocadiscos o una grabadora con sistema de amplificación dará consuelo a los niños asustados. 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. Sugiera a la madre del paciente que tenga un hermano de dos años de

edad, que haga una cita ahora para el futuro próximo ya que ahora es el momento para inspección bucal, instrucción e higiene bucal, profilaxia y aplicaciones tópicas de solución de fluoruro en los dientes. Cuando trate con los padres recalque la necesidad de que halle contactos tempranos con el odontólogo, y el valor que tienen los servicios dentales para preservar los dientes del niño.

La sala de operaciones puede hacerse más atractiva al niño si algunos dibujos en las paredes muestran niños jugando. El dibujo de un niño alegre y riéndose es siempre bueno. Haga que la ayudante aprenda a hacer animales u otros objetos con bolas de algodón. Estos resultan muy divertidos para los niños.

Trate de evitar, los niños pacientes vean sangre o a adultos con dolores. Las personas con ojos enrojecidos de llorar o perturbadas emocionalmente enervarán a los niños. Evite que los niños vean a estos pacientes, haciendo que salgan por otra puerta o programando todas las visitas infantiles para el mismo horario diariamente.

B.14.2 Personalidad del odontólogo y su ayuda auxiliar.

Es muy importante que el niño sienta que todas las

personas del consultorio le infunden confianza. Esto habrá de verificarse con la ayudante del consultorio, la recepcionista y el higienista dental, así como el dentista. Los niños son muy sensibles a emociones ocultas, e identificarán rápidamente cualquier falta de entusiasmo hacia pacientes infantiles, y esto les desalentará aún más. Si un odontólogo va a tratar a pacientes infantiles, deberá asegurarse de tener los suficientes conocimientos psicológicos para manejar a niños sin producir traumas. El odontólogo también deberá asegurarse de que el personal que emplea ama a los niños y los trata bien, y que sabe cómo manejarlos. Si los auxiliares tratan de forma inadecuada al niño, las oportunidades de éxito que tiene el odontólogo disminuyen enormemente. Que el odontólogo reciba al niño el día de la primera visita es de gran ayuda.

Cuando trata usted por primera vez a un paciente infantil, siempre llámelo por su nombre de pila. Si no lo sabe pregúnteselo. Nunca le llame "muchachito" u otro nombre poco familiar. Cuando sea posible, debe dirigir la conversación hacia el niño. Cuando tome el historial, pregunte de cuando en cuando para que el niño le conteste. Si fuerza usted al niño a permanecer callado en una conversación que no le interesa, pensará naturalmente en lo que le va a pasar en la silla dental.

Si el niño no ha tenido experiencias dentales, lo que va a pasar puede resultar siniestro. El trato con el niño deberá hacerse de manera normal y familiar.

No demuestre nunca exceso de entusiasmo ni sea demasiado insistente. No le dê la mano a la fuerza ni le salude con voz demasiado elevada. Trate al niño con confianza en la voz y en los actos, pero de manera natural y cálida. Recuerde que los niños temen a las caras desconocidas, especialmente si parecen surgir de repente. Actitudes y voces amistosas y naturales dan mucha seguridad, porque no sugieren nada desagradable en el futuro.

A menudo, un niño de muy corta edad se negará a ir con el dentista a la sala de tratamiento y se aferrará al brazo de su madre. Si no lo puede convencer con palabras el odontólogo deberá acercarse al niño de manera amistosa y rodearle con los brazos como si fuera a abrazarle. De esta manera se tiene control del niño y se le puede recoger y llevar a la sala de tratamiento sin temor a que sus pies o manos dañen a nadie. Haga que el niño sienta que es usted suficientemente fuerte para llevarlo y protegerlo, pero no lo suficiente para herirlo. Cuando el niño está en la sala de tratamientos, puede tratarlo de la manera que antes describimos.

Si el dentista tiene confianza en sí mismo, es seguro que algo de este sentimiento se transmite a su paciente. Si el odontólogo no tiene seguridad, se reflejará en el comportamiento del niño. No existen en el manejo del niño fórmulas misteriosas o secretos para entablar contacto. El manejo correcto se basa en conocimientos, sentido común y experiencia.

B.14.3 Momento y duración de la visita.

Cuando se trata a niños, son importantes la hora y duración de la visita. Ambas pueden afectar al comportamiento del niño. Cuando sea posible, los niños no deben permanecer en la silla más de media hora. Si la visita tarda más, los niños pueden volverse menos cooperativos hacia el final. Los pacientes muy cooperativos, si se cansan con visitas demasiado largas, pueden llegar a un punto de saturación en el que empiecen a llorar. Una vez que el niño pierde su compostura, por muy tranquilo y deseoso de cooperar que esté, difícilmente podrá volver a hacerlo.

También la hora de la visita del niño tiene relación con su comportamiento. Estudios recientes han indicado que ni la hora ni la duración de la cita tienen importancia crítica en el comportamiento del niño. Sin embargo, no

debe darse horas de visita a los niños que todavía no van a la escuela durante el período normalmente dedicado a la siesta. Los niños que vienen generalmente a la hora de la siesta están generalmente adormilados, irritables y son difíciles de manejar. Lloran con facilidad y tienen reducidas sus capacidades de soportar molestias. Un niño que niega totalmente su cooperación cuando viene en la hora de su siesta, y puede cambiar radicalmente su actitud si se le trae a otra hora. Es conveniente que cuando los padres llaman pidiendo una cita, se especifique la hora de siesta del niño y no se le dé cita a esa hora.

Los niños no deberían ser traídos al dentista poco tiempo después de una experiencia emocional seria, como puede ser el nacimiento de un hermano o hermana, o la muerte de alguien cercano a ellos. El niño está experimentando en este momento traumas emocionales, y la visita al dentista solo añadiría más ansiedades y desconcierto. En estos momentos, será muy difícil lograr cooperación, y puede encontrarse dificultades emocionales.

8.14.4 La conversación del odontólogo.

Cuando hable a los niños el odontólogo deberá ponerse a su mismo nivel en posición y conversación, en palabras e

ideas. No tiene ningun valor usar palabras demasiado difíciles que el niño no pueda comprender. Hablar demasiado confundirá al niño, y le producirá desconfianza y aprensión, como cualquier otra cosa que no comprende. Utilice palabras sencillas y cotidianas que usen los niños de la edad de su paciente. Al seleccionar temas de conversación, elija temas y situaciones que le sean familiares. Si, por ejemplo, habla de fútbol con un niño pequeño, no discuta las reglas complicadas del juego, sino hable de las experiencias personales del niño en el campo de juego. Deje que el niño lleve la conversación. Si el niño es muy pequeño, es conveniente añadir algo de fantasía para dar más interés. También debe evitarse hablar a los niños como si fueran más pequeños de lo que en realidad son. Esta es un ofensa mayor que si les habla como si fueran mayores. No utilice palabras de bebé con niños de cuatro o cinco años. Los niños se sienten halagados si los adultos los consideran mayores de lo que son. Hábleles como si fueran ligeramente mayores. Nunca subestimen la inteligencia del niño. A casi todos les gusta que el odontólogo hable de algo que les resulta interesante. Aleje sus mentes de los procedimientos dentales, ya que están interesados en lo que está diciendo.

Siempre que se esté trabajando con un niño, no le haga

preguntas que requiera respuestas si tiene ambas manos y algunos instrumentos en su boca. Los niños tienden a utilizar su pregunta como excusa para interrumpir por unos cuantos minutos el tratamiento.

Hay adultos que prefieren silencio cuando se está trabajando en ellos. Sin embargo a la mayoría de los niños les gusta oír hablar al odontólogo. Se sienten menos ignorados y olvidados. A veces, en tono monótono y repetición constante inducirán a un niño temeroso a someterse a inyecciones si no cambia el tono ni la inflexión de la voz al pasar de un monólogo sobre algo interesante al proceso de la inyección. La técnica tendrá especial éxito si se continúa el tono monótono cuando se administra la inyección. Si los niños hacen preguntas, trate de responderlas con la mayor exactitud posible. Sin embargo, no deje que los niños usen las preguntas como técnica dilatoria.

8.15 TECNICAS DE RECONDICIONAMIENTO.

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 a la odontología 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 por el dentista y por el niño. Como se ha comprobado que este método tiene gran éxito, dedicaremos el resto del capítulo a discutir las técnicas empleadas para reacondicionar las actitudes del niño hacia la odontología.

El primer paso en el reacondicionamiento es saber si el niño teme excesivamente la odontología y por qué. 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. Cuando ya se conoce la causa del miedo, controlarlo se vuelve un procedimiento 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. Puede uno acercarse a la mayoría de los niños si se despierta su curiosidad. A todos les encanta los instrumentos nuevos. Cualquier equipo o mecanismo les interesa y los llena de gozo. Y qué mejor lugar que la sala de tratamiento para encontrar 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 odontólogo deberá explicar cómo funciona cada pieza, 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 con la jeringa de aire y después, como por descuido, se dejan 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 elige 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. Hable de amigos, de animales o de la escuela. Cuéntele lo triste que está usted porque su perro no puede acompañarlo diariamente al consultorio. Si el niño ama a los perros, pronto florecerá entre ambos una comprensión compasiva. Si el

niño tiene problemas con alguna asignatura de la escuela, observe que también usted encuentra ese tema muy difícil. Explique que puede comprender sus problemas porque también los tuvo cuando iba usted a la escuela. De esta manera, empezará a haber comprensión y confianza. El odontólogo tiene que humanizar sus relaciones con los niños. No puede salir de escena y seguir siendo su amigo.

Ha llegado el momento de esbozar el tema del tratamiento dental. El odontólogo puede observar que cuando era niño tuvo que ir al odontólogo 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 podía usted saber cuál era la manera más fácil a menos que el odontólogo lo dijera. En este momento, el niño estará generalmente receptivo para su primera adoctrinación de tratamiento dental.

En la primera visita deberán realizarse procedimientos menores e indoloros. Se obtiene la historia. Se instruye sobre el cepillado de diente. Se informa al paciente que van a cepillarle los dientes con la copita de caucho con la que jugó antes. Se limpian los dientes y se recubren 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. 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 adquisición de hábitos de higiene de su hijo y de conocimientos de control dietético para prevenir enfermedades dentales. Se puede demostrar que en este momento cómo se tiñen los dientes con eritrosina u otros agentes reveladores de placa antes y después del cepillado. Se podrá dar al niño y sus padres un periodo de adoctrinación más extenso si se dispone a este efecto una sala de educación con ayudas visuales y material de lectura.

Desafortunadamente, los niños llegan con frecuencia al consultorio dental para su primera visita sufriendo

dolores y con necesidad de tratamientos más extenso. En esta situación, 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 duela demasiado, el dentista parará, o lo 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 demasiados 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. Hable con voz agradable y natural. También muestre actitud natural y comprensiva. Sin embargo, es posible que tenga que trabajar con el niño llorando.

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 estos 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 usted 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 usted va a decir. No debe intentarse bloquear la respiración bucal. Mientras que el niño llora háblele al oído con voz normal y suave diciéndole que quitará la mano cuando pare de gritar. No deberá 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 estos niños se vuelven pacientes ideales. No guardan resentimiento y se dan cuenta de lo que se hizo fue para su propio bien. Generalmente, se convierten en los pacientes más cooperadores, 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. Como explica Craig, esta técnica requiere considerable habilidad.

Procedimientos disciplinarios como este 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. Paciencia y consideración ayudan enormemente a establecer su consultorio.

Hemos discutido brevemente el método de reacondicionamiento. Engloba varios de los aspectos de la técnica usada por Addelston de "decir... mostrar... hacer". El autor estima que utilizando este método no se producirá traumas psicológicos y que el niño, a medida que pasa el tiempo estará esperando su visita dental con alegre anticipación. No estamos declarando que esta sea la única técnica o la mejor. Tan sólo presentamos con procedimiento que resultará satisfactorio y servirá de guía para que los odontólogos formulen sus propios procedimientos, ya que cada niño reacciona de manera diferente.

Siguiendo con la tecnica del reacondicionamiento, es posible que algunas sugerencias ayuden a aclarar ciertos puntos del procedimiento.

B.16 CONOCIMIENTO DEL PACIENTE.

Es buena politica conocer al paciente infantil antes de que llegue a la silla dental. Cuando los padres llaman por primera vez para pedir cita, puede obtenerse informaci3n sobre el ni1o. Pregunte a los padres cu1nto sabe el ni1o sobre dentistas y procedimientos dentales. Teme el ni1o ir al dentista?, Es nervioso?, Se lleva bien con los adultos?, Ha estado en el hospital?, Tiene miedo a su m3dico?. Estas preguntas pueden dar idea del comportamiento futuro del ni1o. Se puede aprender mucho sobre el comportamiento emocional del ni1o observ1ndolo en la sala de recepci3n. Si est1 sentado en el regazo de su madre o abrazado a ella, se pueden anticipar dificultades en el primer encuentro. Sin embargo, si el ni1o se sienta solo y lee un libro o juega alejado de su madre, se puede suponer que es emocionalmente maduro y est1 bien centrado para recibir tratamiento odontol3gico. En la primera visita, puede obtener informaci3n completa de la historia. En esa etapa conozca tambi3n a la familia del ni1o. Con estos conocimientos sobre el paciente se puede prever su

reacción a tratamiento dental. El manejo del paciente resulta mucho más sencillo si se puede predecir, aunque sea remotamente, cómo va a reaccionar cuando se le empiece a tratar. Conocer al paciente significa ya media victoria. Saber cómo actúa guiará su manejo. Es valioso poder predecir su comportamiento.

8.17 ATENCION AL PACIENTE.

Cada niño deberá recibir la atención completa del dentista. Siempre trate al niño como si fuera el único paciente que ve usted ese día. Nunca deje a un paciente muy pequeño sentado solo en la silla, ya que sus temores aún no disipados por completo pueden agrandarse. Si tiene que abandonar la sala de operaciones, aunque sea por un minuto, asegúrese de que está presente su ayudante. Sin embargo, si el niño está claramente atemorizado, es mejor que el odontólogo no abandone en absoluto la sala. También es mala política transferir el paciente infante de una sala a otra para realizar otro tipo de tratamiento, como puede ser la cirugía. Esto presentará una situación nueva al niño y causará ansiedad. Si le es posible, realice todo el trabajo necesario en el niño en la misma sala.

8.18 HABILIDAD Y RAPIDEZ DEL DENTISTA.

El odontólogo deberá realizar sus deberes con destreza, rapidez y mínimo de dolor. La ayudante es muy conveniente cuando se trabaja con niños. Puede ser más valiosa para ayudar a controlar al niño, y para facilitar los procedimientos operatorios al dentista. Cuando se hacen 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 que las técnicas operatorias vayan bien. Si se arreglan los instrumentos adecuadamente, no será necesario buscarlos ni perder tiempo cuando ya ha empezado la operación. Un niño puede ver claramente cuando hay ineficiencia, aún después de pocas visitas al consultorio. Los niños son más observadores que los adultos, tal vez porque son más inquisitivos y se interesan por lo que les rodea. Pronto sabrán que el operador es poco eficiente, y este perderá la confianza de sus pacientes. Trabaje suave y cuidadosamente y no pierda tiempo o movimientos. El niño puede soportar molestias si sabe que pronto acabarán. En la industria se hacen estudios de tiempo y movimiento para mejorar la eficiencia. Cada consultorio odontológico puede sacar partido de esos conocimientos. Es sorprendente la cantidad de movimientos innecesarios que se realizan en

el transcurso de un día de trabajo.

B.19 USO DE PALABRAS QUE INSPIRAN MIEDO.

El odontólogo deberá evitar utilizar palabras que inspiren miedo al niño. Muchos de los temores subjetivos no los produce el procedimiento en sí, sino el significado atemorizante de alguna palabra. Algunos niños se estremecerán de miedo al oír palabras tales como aguja o fresa, y sin embargo, no se oponen demasiado a la experiencia si se llama de otra manera al procedimiento. Cuando se trate con niños deberán evitarse engaños, pero cuando sea posible, deberán usarse palabras que no despierten miedo, palabras que ellos concen y usan diariamente. La sustitución 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, pincho, podríamos decir: "vamos a poner algo en tus encías que se sentirá como el piquete de un mosquito". A todos los niños los pican los mosquitos. Saben que los piquetes de mosquitos son molestos, pero el dolor no es suficientemente grande o duradero para producir ansiedades definidas. En vez de la palabra 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. Addelston demuestra el uso de una cuchara excavadora. Toma entonces una gran broca redonda y muestra que las hojas son como muchas cucharas, y por lo tanto, pueden hacer el trabajo más rápida y fácilmente. De este modo, el odontólogo ha informado al niño de lo que se va a hacer sin que se produzca miedo. Si el odontólogo considera que se va a infligir un dolor considerable, puede explicárselo de la manera que mencionamos anteriormente en este capítulo. Cuando se trata a niños, es siempre buena política informarles de lo que se va a hacer, pero evite asustarlos utilizando palabras más seleccionadas que le sugieran dolor.

B.20 USO DE ADMIRACION, HALAGOS SUTILES, ALABANZAS Y RECOMPENSAS.

El proceso de aprendizaje, el castigo y la recompensa son básicos. Incluso animales de laboratorio aprenden a caminar a través de laberintos complicados para encontrar recompensas de alimentos en la otra punta. 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 este se porte bien. Cuando el niño sea buen paciente, dígamele, esto impondrá una meta a su comportamiento futuro. Hará todo lo posible por conservar el nivel que él mismo estableció. Cuando alabe al niño, alabe mejor el comportamiento que al individuo. Por ejemplo, en vez de decirle que ha sido un niño muy bueno, dígamele 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 regalo. Algunos odontólogos dan pequeños objetos o juguetes. Muchos dan cupones para comprar helados en alguna tienda cercana. Dar a los niños estrella doradas para que las peguen en una cartulina que está en la sala de recepción es muy eficaz. La variedad de recompensa se extiende de paseos en caballito a modelos de yeso. Lo que impresiona favorablemente al niño, más que el regalo, es que se reconozca su mérito.

B.21 SOBORNOS Y EL PACIENTE.

Podemos decir categóricamente: Nunca soborne a un niño. Raras veces da resultados positivos el soborno. El resultado será sencillamente que el niño seguirá portándose mal para obtener más sobornos y concesiones.

Sobornar es admitir que el odontólogo no puede manejar la situación. Un niño perceptivo pronto se aprovechara de la mala situación del odontólogo. Es conveniente distinguir entre soborno y recompensa. la línea divisoria es en realidad muy tenue. Una recompensa después de la visita puede servir de soborno para que el niño vuelva la próxima vez. Sin embargo en general se promete o da el soborno para inducir buen comportamiento. recompensar es reconocer que hubo buen comportamiento después que se termino la operación, sin que anteriormente se hubiera prometido. Los sobornos no tiene lugar en la odontología.

8.22 ORDENES CONTRA SUGERENCIAS.

En el curso del tratamiento dental es necesario asegurarse de la cooperación del paciente. Para producir las reacciones deseadas, nunca se pide al niño que se someta una petición. Al pedirle que haga algo, el odontólogo en realidad le está dando a elegir entre aceptar o rechazar. Si le da elección al niño no puede considerar mal comportamiento el que rechaze. Si se le dice que obedezca una orden, no hay más elección que aceptar. Si se niega, su comportamiento se vuelve automáticamente inaceptable. Cuando ordene a un niño que cumpla sus deseos declárelos de manera agradable, pero

decidida. No dude en sonreír y gozar con su paciente. Sin embargo, sea firme si la situación lo requiere.

8.23 EL ODONTOLOGO Y LO RAZONABLE.

Cuando trate con niños, sea realista y razonable. NO condene a un niño porque está asustado. Trate de ponerse en su lugar y comprender por qué actúa de esa manera. Respete sus emociones, pero si no están de acuerdo con el patrón deseado para trabajos dentales, trate de alterarlas. El ego del niño le permitirá ajustarse a la tensión. Dele al niño oportunidad de participar en los procedimientos. Si puede sostener el algodón o ayudar en otra cosa poco importante, el niño sentirá que es parte del servicio que se está realizando, y se interesará y cooperará más. Trátelo como individuo con sentimientos y emociones y no como objeto inanimado en la silla.

8.24 EL CONTROL PROPIO DEL ODONTOLOGO.

El odontólogo nunca deberá perder su dominio ni enfadarse. La ira, como el miedo, es una reacción inicial primitiva e inmadura. Es señal de derrota e indica al niño que ha tenido éxito y ha disminuido su dignidad. El paciente lo pone en situación de gran desventaja, porque la ira disminuye su capacidad de

razonar claramente y de tener las reacciones adecuadas. Si el odontólogo ~~X~~ pierde su control y eleva la voz, solo asustará más al niño, y se le dificultará más aún su cooperación. Si no puede evitar enfadarse es mejor despedir al niño y dejar que otro odontólogo pruebe suerte. Tal vez él pueda obtener éxito donde a usted lo derrota el temperamento. Si el dentista ha tratado lo mejor posible, y no puede entablar relación con el niño, es mejor admitir la derrota que arruinar al niño para tratamientos dentales futuros.

B.25 EL ODONTOLOGO Y LA GRACIA.

Es conveniente recordar al llevar a cabo procedimientos dentales que los niños de corta edad se asustan con lo desconocido. Todos sus movimientos ya sea al manejar a los pacientes o en procedimientos operatorios, deberán mostrar suavidad y gracia. Movimientos rápidos y bruscos tienen a atemorizar a los muy pequeños. Cuande baje al niño en la silla, o esté inclinado el respaldo de este hágalo despacio. No deje caer al niño de golpe, ni lo incline tan rápidamente en la silla que tenga la sensación de estar cayéndose. Al inyectarle, por ejemplo, no lleve la jeringa a la boca tan rápidamente que el acto en sí asuste al niño. Deberá elevarse la jeringa de manera natural y deliberada. Si sus acciones

son muy naturales y graciosas, podría evitar gran parte de miedos innecesarios. La odontología es una profesión llena de gracia. Utilice esta gracia para ventaja suya. Si hubiera que definir los requisitos de un buen odontopediatra serían: Gracia, habilidad, conocimientos e inteligencia.

Cuando se somete a los niños a tratamientos odontológicos, hay que comparar la posibilidad de trauma psicológico con la necesidad de 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.

8.26 PAUTAS DE COMPORTAMIENTO DEL ODONTOLOGO EN RELACION CON EL NIÑO.

1. Informarse sobre el niño: En cada visita reservar cierto tiempo para charlar, recordar el nombre y

tratar de descubrir sus aficiones o disgustos.

2. Describir el tratamiento que se vaya a realizar; explicar de forma sencilla y directa cual va a ser el tratamiento y sus razones, muy seguro y consistente, sin mentiras.
3. Mostrar instrumental y equipo: Enseñar las partes del equipo, como funciona. Darle tiempo para que haga sus preguntas.
4. Presentar un tratamiento adecuado y llevarlo a cabo, decir al niño con precisión que se le va a hacer durante su visita.
5. Trabajar con tranquilidad.
6. tratar de interesar y distraer al niño. El timbre de la voz es un instrumento importante para controlarlo. Si el niño llora no se debe subir automáticamente el tono de la voz.
7. Períodos adecuados de tratamiento: El niño preescolar, en visita, no debe ser demasiado larga, fundamentalmente se debe hacer pauta.
8. Demostrar que los logros del niño se valoran; puede ser mediante palabras.

Decir - mostrar - hacer.

Una violencia psicológica es un proceso, en la persona o en su propio ambiente, que requiere una respuesta por parte del aparato mental. Por consiguiente, amenaza

pasajeramente el equilibrio psicológico y crea el potencial de un conflicto psicológico. Esto puede iniciar la serie de procesos que van desde la ansiedad, por intermedio de mecanismos mentales, a la formación del síntoma o al fracaso de la adaptación.

La violencia psicológica ha sido dividida en tres categorías: 1) La pérdida real o su amenaza, de una persona, de un objeto de valor o de una función corporal; 2) La perspectiva real o amenazante de dolor o mutilación; y 3) La frustración de los impulsos básicos. La violencia psicológica puede ser causada de trastornos psiquiátricos manifestados por alteraciones del pensamiento. La conducta afectiva, las relaciones sociales y los procesos somáticos. Estos son clasificados como psiconeuróticos, psicofisiológicos, de la personalidad y psicóticos. La característica básica de los trastornos psiconeuróticos es la sensación subjetiva de ansiedad, que puede ser manifiesta o estar controlada por varios mecanismos de defensa. El modo como el individuo hace frente a la ansiedad determina el tipo de neurosis que desarrolla (fóbica, obsesiva-compulsiva, depresiva, de conversión, etc.). En los trastornos de la personalidad, el individuo utiliza patrones o modelos de acción o conducta en lugar de síntomas mentales, somáticos o emocionales. Su ansiedad

subjetiva y su malestar son mas ligeros que en otros trastornos. Los desordenes psicoticos se caracterizan por la desintegración de la personalidad y su fracaso en cuanto a la capacidad de percibir, evaluar y experimentar la realidad. En los trastornos psicofisiológicos, el malestar hace al individuo vulnerable a la disfunción fisiológica y al daño eventual de los tejidos, más que las defensas neuróticas o el retraimiento psicótico. La reacción puede representar la expresión fisiológica prolongada y exagerada de una emoción, a la vez que se vuelven inconscientes los sentimientos que la acompañan. Existen síntomas somáticos en cada categoría. Las defensas neuróticas pueden ocasionar síntomas de "conversión"; los patrones de conducta de los individuos con trastornos de la personalidad pueden ser causas de quejas somáticas o de dolencias físicas; el psicótico puede tener desilusiones en lo que concierne a su cuerpo y las reacciones psicofisiológicas son definidas por los datos somáticos.

La ansiedad es una emoción compleja que se manifiesta por sentimientos subjetivos y trastornos fisiológicos. Estos últimos comprenden cambios en la frecuencia del pulso y de la respiración, náuseas, diarrea, micción frecuente, parestesias y sensaciones de tirantez en el torax y de sequedad en la boca. Algunos de estos trastornos

resultan de la intervención del sistema nervioso autónomo y son importantes en la patogenia de la enfermedad. Así, el miedo y la depresión disminuyen la secreción de saliva e influyen sobre su constitución química, y pueden influir sobre la producción de caries. Los factores emocionales que actúan por intermedio del sistema nervioso autónomo influyen sobre el tono vasomotor, y con ello sobre la patogenia de la enfermedad periodontal.

La naturaleza del conflicto psicológico es uno de los factores que determinan, en un individuo dado, los aspectos de ansiedad somática que serán los más prominentes.

Así por ejemplo, los individuos víctimas de un conflicto y ansiedad por su expresión de impulsos agresivos, presentan a menudo una mayor actividad de la musculatura somática, e intentan combatir y suprimir esta actividad. Una de sus manifestaciones puede ser el bruxismo que, a su vez, puede originar la periodontitis crónica o los síndromes de la articulación temporomandibular.

La ansiedad puede influir sobre las vías sensitivas, tanto sobre las somáticas como sobre las autónomas. Puede facilitar el darse cuenta del dolor. Los aspectos fisiológicos de la ansiedad y la violencia psicológica

pueden implicar tambien mecanismos endocrinos. Las alteraciones de la funcion corticoadrenal pueden afectar a los tejidos de la boca y al desarrollo de enfermedades dentales.

La ansiedad es un estado subjetivo desagradable, con tono y "significado" afectivos. Ciertos mecanismos mentales son usados para combatir las sensaciones desagradables de ansiedad, y algunos de ellos poseen importantes manifestaciones somáticas. Un síntoma de "conversión" puede afectar a cualquier parte del cuerpo. Constituye un compromiso entre la gratificación parcial y la prohibición parcial del impulso inaceptable, simbolizados ambos por una alteración de la función física. Estos síntomas somáticos sirven para "fijar" la ansiedad, reduciendo así su tendencia a romper el equilibrio psicológico del individuo. La elección específica del síntoma guarda relación con su significado para el individuo tal como fue determinado por sus experiencias anteriores. Estas pueden ser experiencias comunes a todo el mundo, por ejemplo, la boca como una vía para la ingestión del alimento, o pueden ser experiencias peculiares a un individuo dado, por ejemplo, los ritos familiares específicos, asociados con una visita al dentista, o con la caída de un diente. Como la boca constituye para el niño la primera fuente importante de

gratificación, las amenazas contra esta gratificación durante la vida adulta, pueden localizar conflictos en la boca. La boca puede simbolizar también otros orificios corporales, tales como impulsos sexuales o agresivos. Los síntomas bucales observados en otros individuos, o los producidos por el paso por una enfermedad física, sirven de modelo para un síntoma de conversión en un momento de angustia psicológico.

Cualquier síntoma bucal puede expresar conflictos relacionados con la dependencia y los sentimientos de depresión que resultan cuando las necesidades de tal dependencia están amenazadas. El síntoma o la queja específicos pueden representar el deseo de obtener alimento, según un modo infantil (boca seca), o el temor de que el alimento no sea satisfactorio (sabor desagradable), un temor de que el esperado dador del alimento rechaze al paciente (aliento fétido), la convicción de que uno debe sufrir y renunciar al potencial agresivo para asegurarse de este modo la atención (dolor de muelas, con el deseo de una extracción dental), o la insistente y coercitiva demanda de ayuda (dolor bucal).

Los conflictos psicológicos pueden ser causa de hipocondría: Una preocupación persistente y exagerada

respecto del cuerpo, en particular de sus funciones, que puede motivar el darse agudamente cuenta de sensaciones físicas normalmente subliminales. Esto se observa en individuos cuyas familias prestan una atención indebida a las funciones corporales. Estos conflictos imponen a menudo al médico o al dentista procedimientos terapéuticos prolongados y excesivos, los cuales, naturalmente, son de escaso valor. Ambos, la "ganancia secundaria" y la naturaleza autopunitiva y aliviadora de la culpabilidad del síntoma pueden ser obvios.

Ciertos rasgos diagnósticos sugieren síntomas con importantes bases psicogénicas. Aquellos no siguen los modelos clásicos de los estados patológicos físicos (aún cuando las entrevistas médicas repetidas y dirigidas a tal fin) puedan sugerirlo al paciente). La angustia está fuera de proporción con el trastorno patológico aparente. La relación personal con el dentista o la oportunidad de quejarse de los fracasos terapéuticos suministran una obvia gratificación, y el paciente muestra una menor preocupación de su actual enfermedad. En la vida del paciente, las fuentes de ansiedad o angustia guardan una relación evidente con la aparición o la exacerbabción de las quejas.

Los hábitos o los rasgos de carácter resultantes del

conflicto psicológico pueden ser causa de enfermedad física. Así, el chuparse el dedo pulgar puede estar asociado con problemas de oclusión, la preferencia por los alimentos dulces y blandos puede predisponer a la enfermedad dental, y una adaptación pasiva a la vida, sin interés por la higiene bucal, la profilaxis dental o el tratamiento pueden agravar la enfermedad dental. El paciente que no cepilla sus dientes, o que por no llevar una prótesis sufre una enfermedad bucal es víctima de una enfermedad psicogénica, como lo es asimismo un individuo con una periodontitis provocada por un agotamiento o por un síntoma doloroso de conversión. Los hábitos y rasgos centrados en la boca están asociados con frecuencia con personalidades "orales" o dependientes. Estos hábitos están determinados por experiencias durante la infancia y son, en gran parte, inconsistentes. Por consiguiente el paciente puede desconocer o no darse cuenta de la base de su conducta, cuyo control le resulta muy difícil. Una relación terapéutica que duplique la fuente usual de tales rasgos: El progenitor potente y omnisciente (dentista), al dictar lo que debe hacer el niño desvalido (paciente), probablemente reforzará la conducta indeseable en vez de modificarla. Los pacientes psiquiátricos pueden sufrir una preocupación hipocondriaca o delusiones psicóticas referentes a partes de su cuerpo. Un examen cuidadoso y la obtención

correcta de la historia clinica deben ir seguidos por una discusion realistica y franca de la enfermedad fisica. Esto puede ser rechazado inicialmente por el paciente, y este rechazo puede provocar la irritación del dentista. Estos síntomas están basados en fuerzas inconscientes potentes que transportan al paciente desde la realidad a sus fantasias internas. Una explicación tolerante, comprensiva, aun cuando sea rechazada al principio, puede ayudar al paciente a restablecer su contacto con la realidad. La psicosis no protege contra la enfermedad dental, y los pacientes psicóticos son propensos a discutir todos los síntomas de un modo no usual con lo que dificulta el diagnóstico. Aun las delusiones bizarras y elaboradas pueden basarse en dificultades somáticas menores, y el diagnóstico y el tratamiento corrientes pueden ser útiles, no solo para la enfermedad somática, sino también para las condiciones psiquiátricas.

El chuparse el dedo pulgar y los hábitos bucales similares, que pueden ser causa de complicaciones dentales, resultan de la frustración de necesidades básicas de cariño, seguridad y dependencia, y son un intento para reparar el daño por un sustituto simbólico. Aun cuando sean inadecuados, estos sustitutos pueden tener una importancia vital hasta que sea establecida una

gratificación más genuina. La evaluación y el tratamiento deberán combatir las causas básicas del fracaso de la gratificación requerida, mejor que atacar directamente al propio síntoma. Esto probablemente se revelará ineficaz y puede ser causa de dificultades psicológicas serias.

La ansiedad puede producir en los tejidos gingivales cambios fisiológicos que predispongan a una peridontitis aguda y crónica. Los conflictos relacionados con las necesidades de dependencia son prominentes. Los factores psicológicos desencadenantes inmediatos, en la gingivitis necrotizante aguda, son a menudo obvios: Son bien conocidas las "epidemias" en los dormitorios de los colegios en la época de los exámenes. El bruxismo y una higiene bucal defectuosa son también importantes, y son frecuentes en los individuos con conflictos muy fuertes en relación con necesidades de dependencia.

La relación simbólica es la de una persona ansiosa, atribulada, acaso sufriendo dolor, con una figura descrita, de modo característico, como autoritaria y considerada inevitablemente como un sustituto paternal, y dotado de un poder casi mágico para crear o aliviar el dolor. La relación simbólica comienza aun antes del primer contacto, puesto que las experiencias previas con

los padres o sus sustitutos pueden alterar fuertemente las respuestas al odontólogo.

Para comprender estas respuestas hay que considerar la historia, en el curso de su vida, del organismo humano. Ninguna otra especie animal invierte tanto tiempo en una situación dependiente y desvalida, confiando en sus padres en cuanto concierne al alimento, albergue, educación y amparo emocional. La enfermedad y el sufrimiento lo retornan a un estado infantil, y busca al dentista como en su infancia buscaba a sus padres. Esto despierta de nuevo sentimientos de pequeñez y desamparo, y puede ser causa de vergüenza y culpa. Estas reacciones proceden de su anterior relación con la madre.

La madre es una fuente de cariño y asistencia física para su hijo. El niño desamparado sólo puede recibir lo que se le da y expresando su malestar llorando y con una actividad muscular sin objeto. Asocia el alimento con el contacto físico de las caricias y la experiencia emocional de ser querido. Los niños cuyas necesidades son pronto satisfechas por el alimento, el contacto, y el cariño tienen la mejor oportunidad para desarrollar un sentimiento fundamental de seguridad y de anticipar una respuesta de ayuda del medio en que vive en un momento de necesidad. Aprenden a confiar en sus madres y ya no

requieren una gratificación inmediata.

En algunos pacientes, con exageradas reacciones de dependencia, existe una historia de una anterior protección excesiva. Tal paciente, sin darse cuenta, tiende a exagerar sus menores molestias.

El dentista establece también dos relaciones simultáneas: La real y la simbólica. Su propia personalidad, sus sentimientos hacia un paciente en particular, los aspectos prácticos relacionados con el tiempo invertido, el importe de los honorarios, etc., influirán sobre esta relación simbólica. El dentista diestro debe darse cuenta de todos estos factores y, a la vez que intente satisfacer las necesidades del paciente y las suyas propias extraprofesionales, se esforzará en mantener con éste una óptima relación terapéutica.

Las experiencias decisivas que predisponen a ulteriores reacciones depresivas se centran en las primeras experiencias de alimentación del individuo y en su primera pérdida importante: La separación de su madre. Si en esta relación con la madre las experiencias de frustración predominan respecto de experiencias más gratificantes, se estimula una reacción ambivalente que se convierte en el prototipo de relaciones posteriores.

Una frustración repetida, tal como la privación del afecto, el fracaso de la relación niño-madre o un desengaño respecto de los padres pueden crear los fundamentos de la depresión en una edad más avanzada. Los síntomas que acompañan a la depresión están relacionados a menudo con la boca y el tubo gastrointestinal.



CAPITULO 9

9. YATROGENIA EN LA ELABORACION DE LA HISTORIA CLINICA

En la elaboración de la historia clínica pueden presentarse muchos fracasos por parte del odontólogo. Es importante que durante la elaboración de la historia clínica, asistan ambos padres, a menudo solo acude a la consulta, uno, habitualmente la madre. Cuando piden una consulta con anterioridad es aconsejable indicar que ambos padres acompañen al niño siempre que sea posible. Lo correcto en esta sesión es dejar hablar a los padres tan libremente como deseen acerca de los problemas que les han inducido a llevar a su hijo al odontólogo. Deben explicar la situación de su propia manera con un mínimo de sugerencias, de este modo será información no solamente acerca del estado del niño, sino acerca de las actitudes de los padres hacia el tratamiento odontológico; y acerca de sus relaciones maritales y otros factores relacionados. Si se ve a los dos padres juntos; puede observarse como interactúan, si uno es dominante y si es así hasta que punto, además se puede observar cual de los dos padres ejerce mayor autoridad sobre el niño, pueden parecer unidos o en desacuerdo

acerca del niño.

En cualquier caso, es importante asegurarse desde el principio que ambos están preocupados por el futuro cuidado odontológico del niño. De no ser así el odontólogo es el encargado directo de la motivación primero hacia los padres del niño.

1. RASGOS DE LA PERSONALIDAD Y COMPORTAMIENTO DEL NIÑO.

Debe interrogarse acerca de si el niño suele parecer feliz o desgraciado, sumiso o agresivo, calmado o excitado, ansioso o intranquilo, exageradamente sensible o lloroso, si es desobediente o destructor, si roba, miente o vaga por la casa; como se comporta con los hermanos y amigos, con los padres y maestros, si es miembro de alguna pandilla, y en caso de ser afirmativo; si es un seguidor o un cabecilla.

2. HISTORIA DEL DESARROLLO.

Esta debe cubrir el período desde el momento de la concepción hasta la fecha de la entrevista.

Hay que obtener información acerca de cualquier complicación del embarazo y del parto (importante

determinar si se utilizaron forceps), incluyendo las psicológicas y el estado neonatal del niño, si fue un embarazo deseado. Es útil obtener una descripción de la conducta del paciente como lactante (desde que edad, hasta que edad). retomar el desarrollo psicomotor (edad en que sostuvo la cabeza, edad en que se sentó, edad en que se mantuvo de pie, edad en que caminó, edad en que dijo las primeras palabras, edad en que controló esfínteres, escolaridad).

3. ANTECEDENTES.

Personales: Debe considerarse cualquier enfermedad (eruptivas de infancia) o traumatismo que haya presentado el niño.

Esquema de vacunación, adecuado a su edad, y completo.
Reacciones alérgicas, de tipo medicamentoso, alimenticio.

farmacológicos: Si ha recibido tratamiento medicamentoso, con qué drogas, cuándo, por qué tiempo, qué dosis, por qué razón, si las toma actualmente, o si las suspendió, y hace cuánto tiempo.

Hospitalizaciones: Por qué razón, cuánto tiempo, qué relación mantuvo con el personal médico y paramédico de

la institución.

Transfusionales: Cuál fue el factor el fator desencadenante que determinó la transfusión.

Quirúrgicos: Qué tipo de cirugía se le practicó, qué anestesia fue necesario administrarle, qué reacción a la anestesia desencadenó.

4. HABITOS ALIMENTICIOS.

Debe precisarse la disciplina alimenticia del hogar y los gustos específicos del niño. La ingesta de azúcares, el contenido de la lonchera, si toma tetero.

5. HABITOS DE HIGIENE ORAL.

Cuántas veces al día el niño se cepilla los dientes.

Forma de cepillado, si está presente la madre durante este.

Tipo de cepillo que utiliza y frecuencia del cambio.

Si utiliza dentrífico y cuál.

6. VISITAS ANTERIORES AL ODONTOLOGO.

Determinar por qué razón.

Cuanto tiempo estuvo asistiendo al odontólogo.

Que tipo de tratamiento fue practicado.

Por qué dejó de asistir.

7. HISTORIA FAMILIAR.

Antecedentes patológicos (hipertensión arterial, diabetes mellitus, cancer, lepra, TBC, enfermedades mentales, enfermedades convulsivas, enfermedades hematológicas).

Experiencia odontológica de los padres.

BREVE RESUMEN ACERCA DE YATROGENIA CAUSADA POR EL ODONTOLOGO CASUSADA EN SU PRACTICA CON NIÑOS.

1. No hablar, primero con los padres.

Cuando se comete este error se incurre desde el principio, en un inadecuado trato con el niño, porque a partir del diálogo con los padres se conocerían, cosas muy importantes, tales como: La propia experiencia odontológica de los padres, (es muy importante conocerla, ya que psicológicamente esta recae sobre el niño).

- Como es el vínculo familiar.
- Preferencias del niño.
- Quién ejerce mayor autoridad sobre el niño.
- Y en sí, se obtienen datos de la historia clínica, muy valiosos, para el desarrollo de las pautas a seguir en el tratamiento del niño.

Un hecho muy importante de este diálogo con los padres, sería el de lograr una adecuada y suficiente motivación, en cuanto a la odontología preventiva, que sería de gran utilidad, no sólo en el tratamiento del niño sino, en el

de ellos mismos.

2. Involucrarse en la vida familiar.

El conocimiento de aspectos personales, o de índole de vida familiar no le permite al odontólogo intervenir en la forma de vida, del hogar del niño, ni tratar o alterar normas o costumbres ya establecidas, en cuanto a la educación, trato o familia o cualquier otro aspecto de índole netamente familiar relacionado con el niño, o con su familia.

3. Exigir una conducta adulta al niño durante el tratamiento.

Con un mínimo de conocimientos acerca de la psicología infantil y su desarrollo, el odontólogo está en capacidad de comprender que el niño, no es un adulto en miniatura, y que el trato con este debe ser adecuado a la edad del mismo.

El niño es una persona llena de sentimientos, que a veces él mismo no puede canalizar.

Es muy importante recalcar siempre en la práctica odontopediátrica que el trato que se le da al paciente

niño, se desarrollará el futuro paciente adulto.

4. Inadecuado ambiente del consultorio.

Este punto implica una cantidad de detalles a tener en cuenta en todos los aspectos que componen un consultorio odontopediátrico, es necesario tener en cuenta el color de este, que debe ser alegre, que infunda sensación agradable. Igualmente debe tenerse cuidado con los olores fuertes, que podrían molestar a los pacientes, tener en cuenta igualmente, los ruidos y en sí la disposición de todo el consultorio.

El consultorio odontológico no debe enmascararse en una fantasía para el niño; adecuadamente el niño debe comprender que allí va a que se le trabaje y se le brinde salud.

Se debe igualmente considerar el aspecto del personal asistente en el consultorio, puesto que la auxiliar de odontología debe, ser una persona calificada en el trato con niños, deb ser una persona con conocimientos en este aspecto y alguien que para los niños resulte ser una persona agradable.

La presentación del profesional, es también muy

importante, hay que recordar que posibles anteriores experiencias de tipo medico, hayan dejado en el niño, secuelas de temor, ansiedad, etc. y que él podría relacionarlas con las batas blancas.

5. Inadecuado lenguaje.

El niño debe saber todo lo que se le va a hacer. Esto debe ser explicado con un lenguaje adecuado a su edad, deben evitarse las palabras, que la produzcan miedo, tales como agujas, etc, Igualmente no se debe hablar de que no le a doler, o en sí hablar de dolor cuando esté ni siquiera se le ha pasado por la mente pensar en ello.

Al niño debe mostrársele todo el instrumental, sin enmascararlo, con nombres inadecuados, en su lenguaje debe entender, que función realiza cada uno.

Debe dársele énfasis a la motivación por su salud.

6. Romper el vínculo madre-hijo.

Es necesario entender que hasta la edad de tres años, el niño depende completamente de su madre, y que este aún no ha creado una imagen de su madre, como algo independiente de él, la madre debe entrar con el niño a la consulta.

Este punto es de igual importancia, cuando se está tratando con niños sobreprotegidos, no se debe forzar al niño; medida que avanza el tratamiento, el niño va adaptándose y familiarizándose con el consultorio y el personal. Es labor del odontopediatra ganarse confianza del niño.

7. Estandarizar pautas de tratamiento.

El tratamiento para cada paciente debe ser individual, puesto que no todos los niños, actúan de igual manera o se comportan, igual ante situaciones semejantes.

El tratamiento debe adaptarse a cada paciente, y no el paciente adaptarse a los tratamientos concretos, hay que tener en cuenta todos los aspectos del desarrollo que han acompañado a cada niño, tanto internos como externos.

En lo posible debe el odontólogo adecuarse a la manera de ser de cada uno de sus pacientes, y no estos a la manera de ser del odontólogo.

8. Inadecuadas prioridades en el tratamiento.

Con un enfoque de la odontología actual, debe dársele prioridad a la odontología preventiva.

Debe conservarse sano, lo que esta sano, y continuar con lo que esta afectado.

De igual forma esto nos estará indicando, que lo adecuado en la práctica odontopediatrica es comenzar con los tratamientos menos complicados.

9. Sobornar.

El niño no debe ser víctima de sobornos para lograr una adecuada conducta durante el tratamiento. La adecuada conducta del niño debe conseguirla el profesional, con la verdad y ganándose la cooperación del niño, dándole importancia a esta, el niño, debe sentirse útil, durante el desarrollo del tratamiento, y es muy importante que el profesional valore los logros del niño, así este se sentirá compensado y motivando por el tratamiento.

10. Tiempo inadecuado de consulta.

La hora y duración de la visita pueden alterar el comportamiento del niño.

Esta no debe hacerse en horas de comida o sueño del niño. Tampoco en lo posible debe pasar el lapso de treinta minutos. El niño, posiblemente si sobrepasa este tiempo,

se sentirá cansado y su cooperación resultará difícil.

11 . Pérdida de control por parte del odontólogo.

En lo posible el odontólogo debe mantenerse calmado en su práctica, la pérdida del control indicaría que ha sido derrotado por el niño y esto podría ante sus ojos restarle autoridad al profesional. Es importante comprender que en la práctica diaria cuando se está trabajando los problemas, deben quedar atrás de la puerta al entrar al consultorio.

El odontólogo debe tener una gracia al manejar pacientes infantiles, tal que se refleje en sus movimientos y procedimientos en general, evitando movimientos bruscos; y trabajando con la mayor habilidad y rapidez que este pueda.

BIBLIOGRAFIA

- CALATRONI, C. J. Terapéutica ginecológica. Buenos Aires, 1.970.
- CENTENO, G.A. Cirugía Bucal. Argentina, 1.980.
- DAHAN, J. Odontología pediátrica. Schweiz, Massnahmen, 1.969.
- D'ARCY, P. F. Iatrogenic Diseases. Great Britain, 1.972.
- FINN, S. B. Odontología pediátrica. México, 1.983.
- FREEDMAN, A. M. Compendio de psiquiatría. Barcelona, 1.979.
- GLICKMAN I. Periodontología clínica. México, 1.983.
- GROSSMAN, L. I. Práctica endodóntica. Argentina, 1.981.
- HERNANDEZ, F. H. Trauma obstétrico. Zaragoza, 1.982.
- JOLLEY, H. M. Pediatrics in Review. Toronto, 1.983.
- R. Journal of dentistry for children. June 1.983.
- MITCHELL, N. Tratado de pediatría. Buenos Aires, 1.970.
- MONTE, A. E. Tratado de ortodoncia. Buenos Aires, 1.958.
- MORRIS, D. El hombre al desnudo. Barcelona, 1.977.
- OLSEN, N. H. The first appointment a mutual evaluation session. J. Dent. child.
- PASSMORE, R. Tratado de enseñanza integrada de la medicina. Barcelona, 1.976. Tomos II y III.

- Pediatric Dentistry. January 1.982. Volúmen 3 # 2.
- POWNALL, K. F. Educación continua. volúmen 1 # 6, 1.985, Colombia.
- RUCH, F. L. Psicología y vida. México, 1.977.
- SALTER, W. T. Tratado de farmacología aplicada. México, 1.953.
- SHIRLEY, H. F. The child, his parentes, and the physician. Illinois, 1.954.
- WHARTON, B. Pediatrics and nutrition riview. Birmingham, Reino Unido, 1.985.
- WATSON, E. H. And LOWREY G. H. Growth and development of children. Chicago, 1.967.
- ZEGARELLI, E. V. Diagnóstico en patología oral. Barcelona, 1.982.
- ZILLICH, R. M. Educación continual. Colombia, 1.986.

ANEXO

1. Se tomaron diapositivas en un consultorio odontológico, con el fin de determinar, expresiones y posiciones de los diferentes niños en diferentes situaciones odontológicas. Se tomaron indiscriminadamente los niños.
2. Se tomaron diapositivas sobre algunos datos muy importantes del trabajo escrito. A manera de poseer un compendio del trabajo.
3. Se anexan diapositivas figurativas de algunas situaciones odontológicas.
4. Se incluyen diapositivas sobre el trabajo de experiencia personal realizado, por la autora.

NOTA:

Es de anotar que tanto en el trabajo como en el anexo se hizo énfasis en cuanto al capítulo de psicología infantil.

PERCEPCION DEL CONSULTORIO ODONTOLOGICO

Experiencia Personal

Realicé una experiencia tomando niños de diferentes edades, sexo, condiciones socio-económicas, familiares y educativas. Se les pidió dibujar un consultorio odontológico. Todos los niños habían tenido experiencia odontológica.

1. OBJETIVOS.

1. Conocer como percibe el niño el ambiente de un consultorio odontológico.
2. Conocer como ve el niño a su odontólogo y su equipo.
3. Determinar la influencia familiar en la percepción del niño de la situación odontológica.
4. Determinar la influencia ambiental sobre la misma percepción.
5. Analizar que aspecto(s) del consultorio odontológico atrae más la atención del niño.
6. Comparar cual es la relación de la visión de la figura corporal del niño, con la figura corporal del odontólogo.
7. Comparar el equilibrio de la figura corporal del niño con el tamaño del equipo e instrumental odontológico.
8. Conocer los sentimientos que genera en el niño la

experiencia odontologica.

1.) NIÑO DE 13 AÑOS. (R. G.)

Condiciones familiares: Niño a quien le falta la figura paterna, ejerce mayor autoridad la abuela.

Nivel Socio-económico: Alto. Tiene tres hermanos menores.

Escolaridad: I Bto.

Experiencia Odontológica: Positiva.

ANALISIS

1. Percibe un ambiente desordenado.
2. Guarda una relación de igualdad con el odontólogo, y el equipo.
3. Pinta un odontólogo hombre. Incluye a su abuela en el consultorio, dibujandola de mayor tamaño.
4. Todos los elementos guardan relación.
5. El tamaño corporal de niño-odontólogo, es semejante.
6. Guarda poca relación su tamaño con la silla especialmente.
7. Actitud sumisa, ante el odontólogo y su abuela. El odontólogo carece de boca.



2.) NIÑO DE 9 AÑOS. (R. A.)

Condiciones familiares: Niño con figuras materna y paterna en equilibrio, y positivas. Importante anotar que la madre es psicóloga.

Nivel Socio-económico: Alto.

Escolaridad: 4o. Elemental.

Experiencia Odontológica: Positiva.

ANALISIS

1. Percibe el consultorio como un lugar agradable, pulcro y ordenado claro.
2. Lo ve pulcro, con bata blanca.
3. Se dibuja solo en el consultorio, no como figura central.
4. Le da importancia a una sala de estudio, incluye un mueble lleno de libros. De mayor tamaño que el equipo odontológico. No toma en cuenta ninguna pieza del instrumental, más que instrumental dibuja libros.
5. Guarda proporción en cuanto a tamaño corporal niño-odontólogo y con el equipo.
6. Sensaciones agradables, colores tenues, no recalca ningún color en especial excepto el sol que lo dibuja a través del techo y brillante.

NIÑO DE NUEVE (9) Años.



3.) NIÑA DE 10 AÑOS. (C. M.)

Condiciones familiares: Falta figura paterna. Ejerce mayor autoridad la abuela. Niña sobreprotegida. Unica mujer, tiene cuatro hermanos.

Nivel Socio-económico: Alto.

Escolaridad: 3o. Elemental.

Experiencia Odontológica: Positiva.

ANALISIS

1. Ambiente ordenado y decorado, detallista. Utiliza colores fuertes.
2. Pinta un odontólogo afectivo.
3. Se pinta en compañía de su abuela.
4. Decora el consultorio con cuadros.
5. Guarda proporción con todos los componentes, ella se pinta sin pies y feliz.
6. Las figuras corporales guardan equilibrio.
7. Pinta el consultorio como un lugar feliz. En el cual todos sonrien. Pinta las jeringas.



citra

9
4
0
9

4.) NIÑA DE 10 AÑOS. (A. P.)

Condiciones familiares: La niña permanece el mayor tiempo con la empleada del servicio y su hermano de diez años, porque los padres permanecen ocupados y fuera.

Nivel Socio-económico: Alto.

Escolaridad: 1o. Elemental.

Experiencia Odontológica: Positiva.

ANALISIS

1. Ve un ambiente triste, pobre.
2. La figura central y MAGNIFICADA es la del odontólogo. Es una figura agresiva, fuerte, con brazos grandes y fuertes. No emplea colores para delinear la figura del odontólogo. El dibujo abarca solo este personaje. En cada mano demuestra agresión, una boca llena de dientes y un objeto punzante; la expresión del odontólogo es poco agradable. Ella se dibuja a sus pies.
3. Ella se pinta a los pies del odontólogo sin guardar relación de tamaño con ningún otro elemento, ni siquiera su cabeza, guarda proporción con el resto del cuerpo, está desordenada.
4. Está sola.
5. Lo que más le atrae la atención a la niña es la figura del odontólogo.

6. Está desprotegida, sola y triste. No utiliza colores para dibujarse ella.
7. Pinta el consultorio como un lugar feliz. En el cual todos sonrien. Pinta las jeringas.

NIÑA DE SEIS (6) AÑOS.



5.) NIÑO DE 4 AÑOS.

Condiciones familiares: Es hija de empleada de servicio, le falta la figura paterna. Lleva buenas relaciones con su madre. Es única hija.

Nivel Socio-económico: Bajo.

Experiencia Odontológica: Positiva.

ANALISIS

1. Percibe un ambiente sin muchos adornos, le da importancia a la presencia del baño en el consultorio.
2. Capta una imagen agradable y feliz de la odontóloga (pinta una mujer). El equipo lo ve con poco color. No pinta instrumental.
3. La niña se pinta sola en el consultorio
4. Pinta una figura magnificada del sillón.
5. Atrae la atención de la niña, el baño y la silla
6. Relacionada con la figura odontologa-niña no guarda proporción, se pinta ella misma perdida en el sillón. Es de anotar que a la figura de la odontologa le echa colores, igualmente a la de ella.



6.) NIÑA DE 7 AÑOS.

Condiciones Familiares: Tienen equilibrio la figura paterna y materna. Tiene un hermano menor. Es hija de odontóloga.

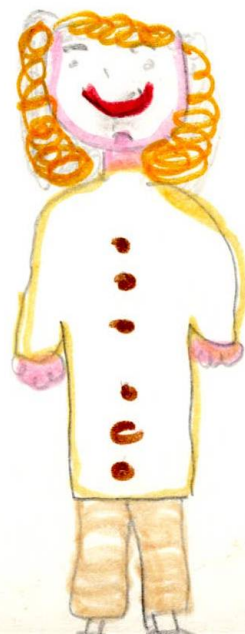
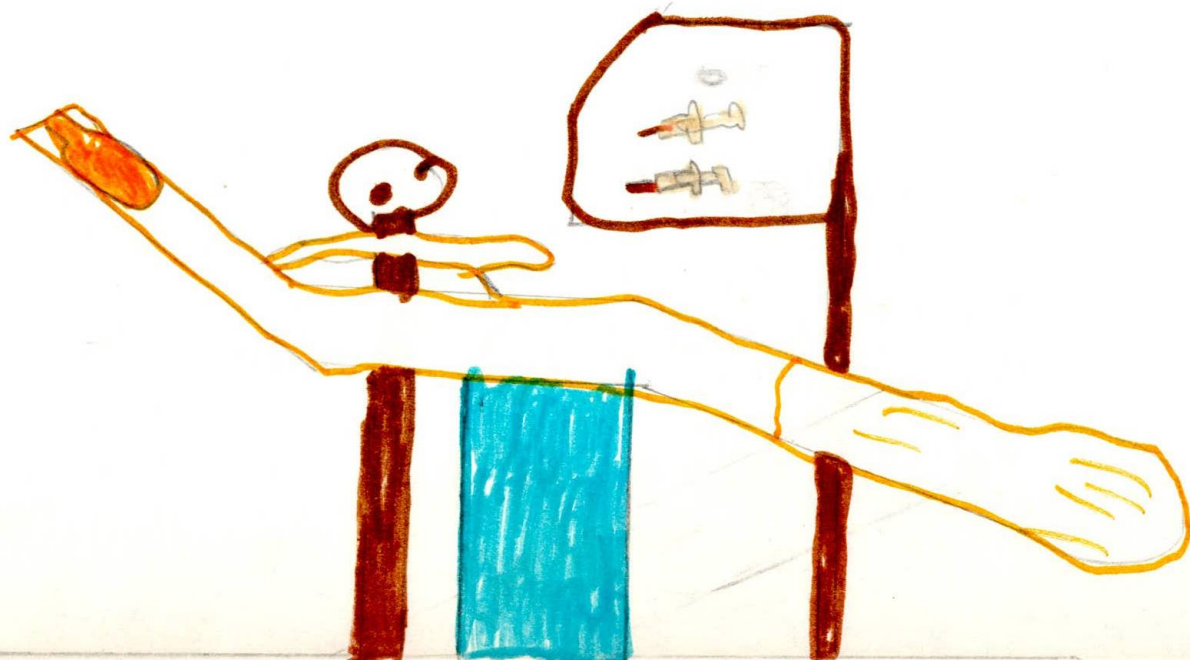
Nivel Socio-económico: Alto.

Escolaridad: 4o Elemental.

Experiencia odontológica: Positiva.

ANALISIS

1. Percibe un ambiente asolado.
2. Es de importancia anotar que la niña refirió no querer incluirse en el dibujo, puesto que le daba pena que la vieran gritando, y además los pacientes de su mamá se irían.
3. Pinta una mujer como profesional, es ordenada al dibujar las componentes.
4. Cabe anotar como dato importante que pinta dos jeringas con colores vistosos.
5. La figura del profesional se ve alegre y ordenada.
6. En el dibujo destaca con colores la base de la silla y las jeringas.



7.) NIÑO DE 9 AÑOS.

Condiciones familiares: Le falta figura paterna, ejerce mayor autoridad la abuela. Tiene tres hermanos.

Nivel Socio-económico: Alto

Escolaridad: 3o Elemental.

Experiencia odontológica: Positiva.

ANALISIS

1. Percibe un ambiente poco decorado, pero utiliza colores bastante fuertes en el dibujo.
2. El odontólogo es una figura bastante grande, feliz con colores muy fuertes. El equipo es grande, involucra la lámpara, iluminando. Involucra parte del instrumental sin muchos colores.
3. Se pinta solo en el consultorio. Sólo se delinea, sin utilizar colores.
4. Cobra importancia en el sillón y la lámpara.
5. El niño se pinta en completo desequilibrio en relación con el odontólogo y con los componentes del equipo. Igualmente la expresión del niño es poco feliz.



B.) NIÑO DE 10 AÑOS.

Condiciones familiares: El niño pasa poco tiempo con sus padres, por las ocupaciones de éstos. Influye de manera notable la empleada del servicio. Padres profesionales. Tiene una hermana menor.

Nivel Socio-económico: Alto.

Escolaridad: 4o Elemental.

Experiencia odontológica: Positiva

ANALISIS

1. Percibe un ambiente vistoso, sin estar muy decorado incluye el diploma del profesional. Ordenado.
2. El odontólogo es una figura que guarda relación con la del niño. Lo pinta subido en una escalera. El equipo guarda relación con las figuras excepto el dibujo de la escupidera. Coloca un mueble y una puerta.
3. El niño se pinta solo en el consultorio con el profesional y en tamaño que guarda relación.
4. Le llama la atención la lámpara, igualmente pinta una puerta.

NIÑO DE DIEZ (10) AÑos.



9.) NIÑO DE 10 AÑOS.

Condiciones familiares: Falta figura paterna. Ejerce mayor autoridad la abuela. Tiene tres hermanos. Es un niño bastante inquieto.

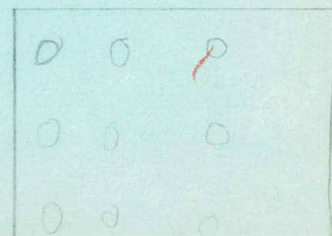
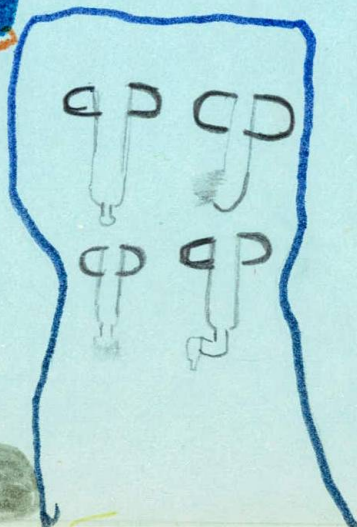
Nivel Socio-económico: Alto.

Escolaridad: 4o Elemental.

Experiencia odontológica: Positiva.

ANALISIS

1. Percibe un ambiente vistoso, utiliza colores fuertes.
2. El odontólogo lo pinta con colores fuertes y le pinta capa. Guardan relación de tamaño las figuras odontólogo-niño-equipo.
3. El niño no está acompañado.
4. El profesional posee en la mano un instrumento punzante.
5. La expresión del profesional es amigable, en la figura del niño hace énfasis en la boca, y se pinta con colores alegres y fuertes.



10.) 11.) 12.) EDADES 6, 8, 9 AÑOS

Condiciones familiares: Niños que tienen figuras paterna y materna, además de hermanos.

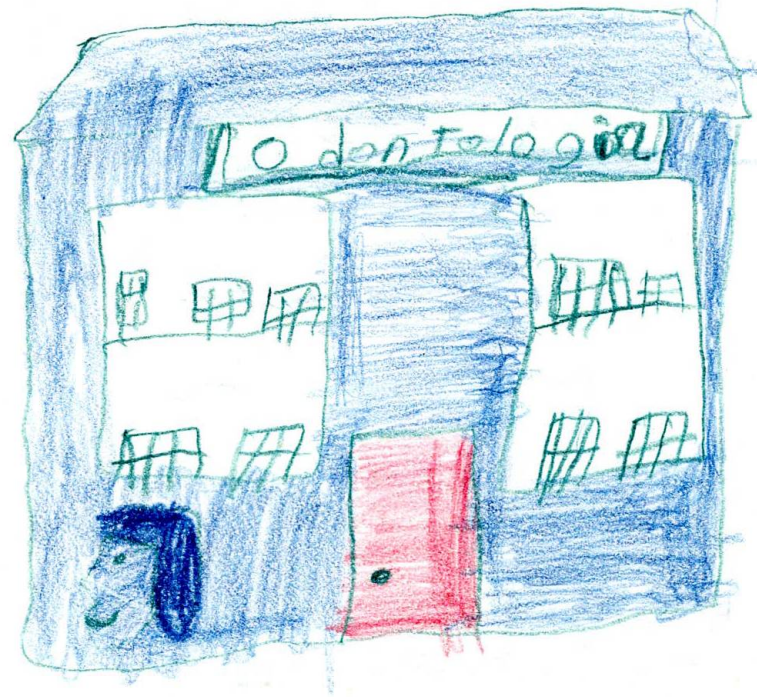
Nivel Socio-económico: Bajo.

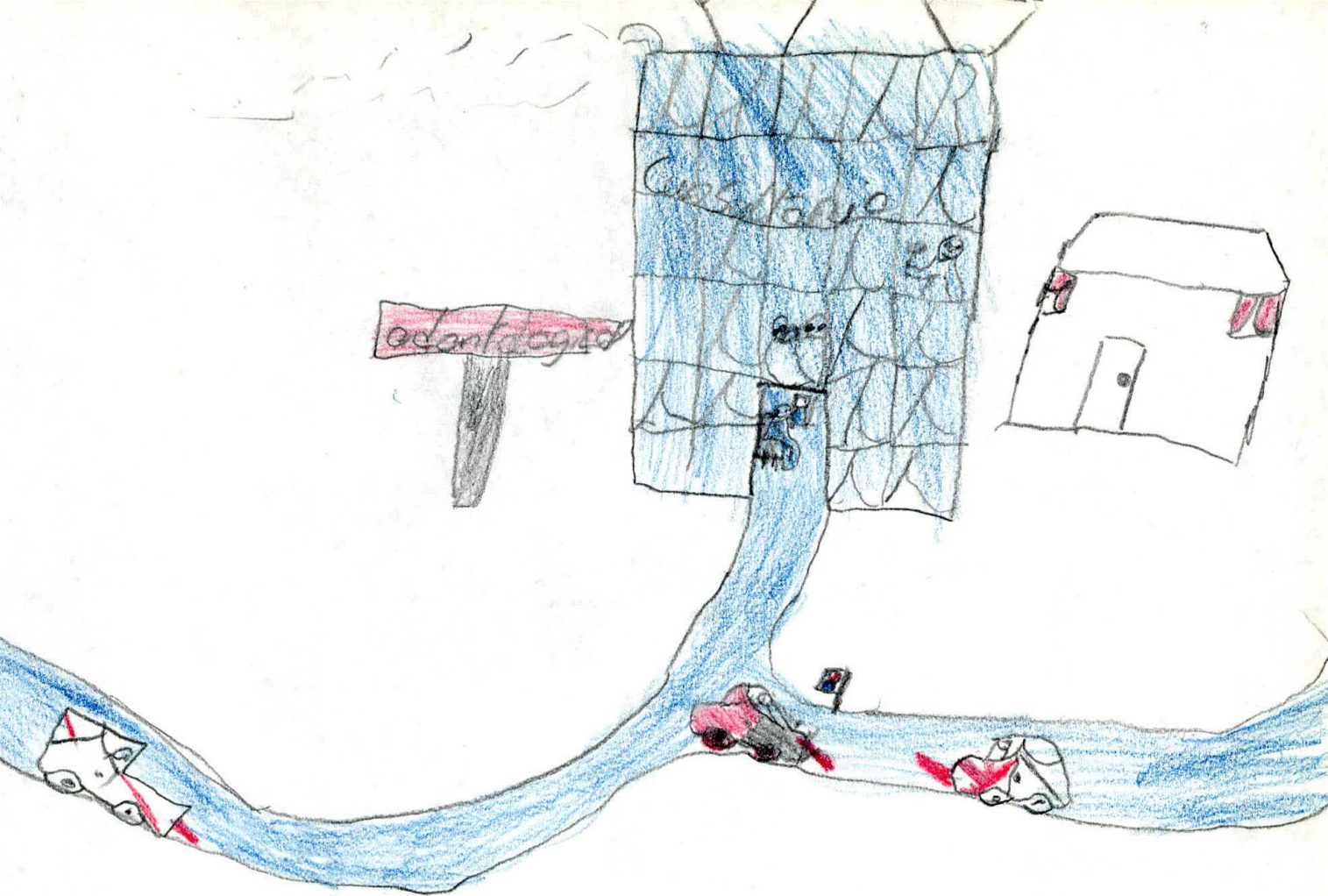
Experiencia odontológica: Positiva.

Nota: Se agruparon estos tres niños en un solo análisis debido a que los tres al momento de la experiencia se encontraban HOSPITALIZADOS en el mismo hospital, (independientemente).

ANALISIS

1. Es importante anotar que los tres niños percibieron recintos encerrados.
2. El niño de 9 años es el único que pintó el consultorio odontológico, independiente del hospital. Los tres niños básicamente utilizaron los mismos colores.
3. Su atención básicamente no se concentró en el niño y el profesional, sino en la edificación.
4. Existe gran diferencia entre los dibujos realizados por los niños hospitalizados y los demás.





Adalberto Caycedo



Oscar Fernando Mejia Carvajal

13.) NIÑA DE 8 AÑOS.

Condiciones familiares: La Niña tiene en equilibrio figuras paterna y materna. Tiene dos hermanos.

Nivel Socio-económico: Alto.

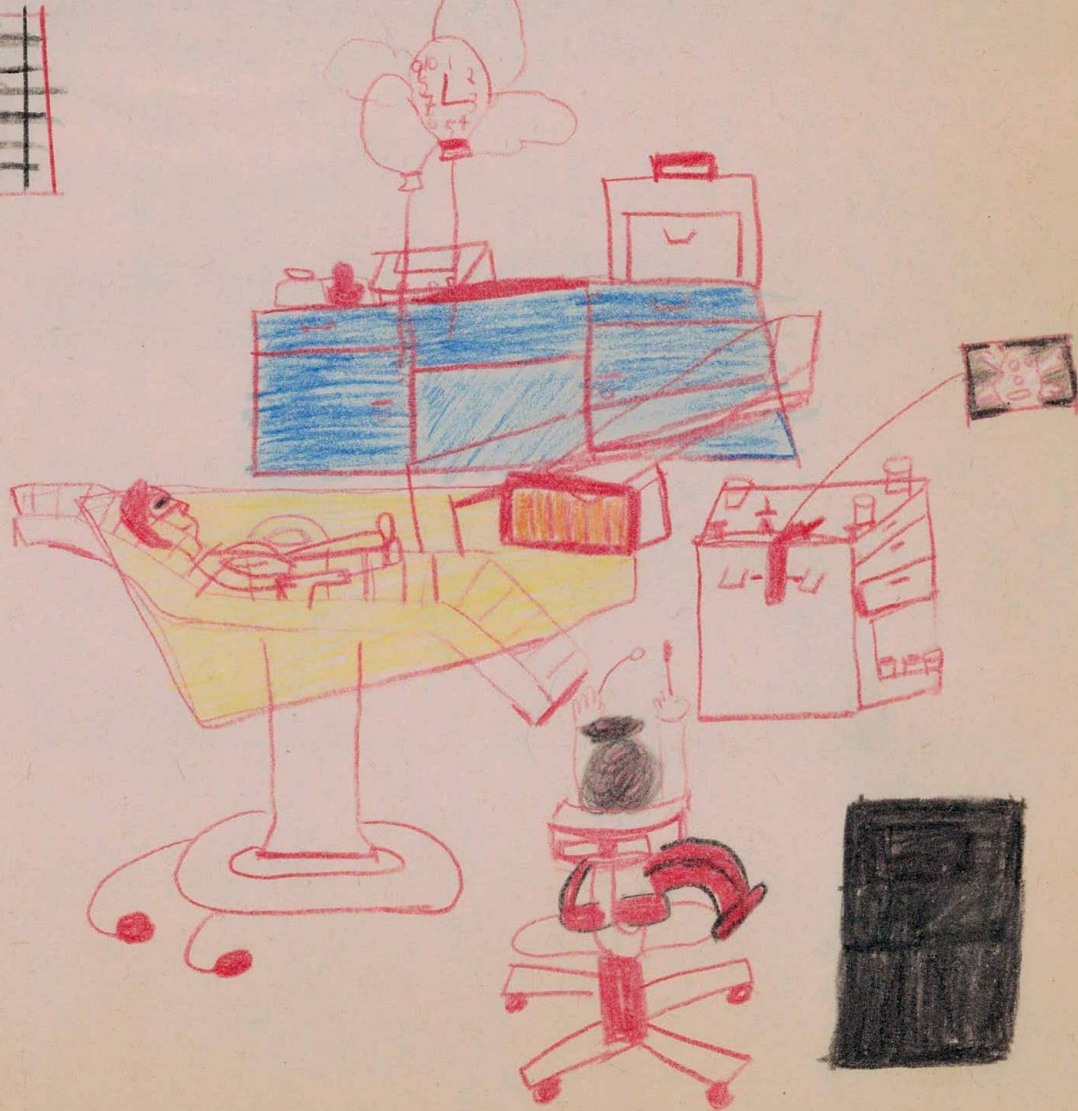
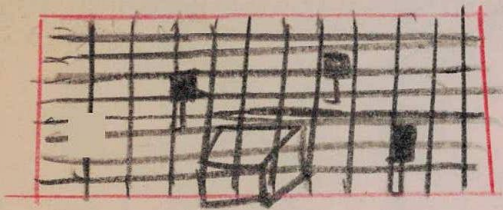
Experiencia odontológica: Positiva.

Escolaridad: 4o. Elemental.

Nota: La niña es atendida por un familiar, con quien mantiene excelentes relaciones.

ANALISIS

1. La niña percibe un ambiente ordenado y decorado. Utiliza colores unicamente para el sillón y el mueble.
2. Pinta una calavera en dirección a la pieza de alta.
3. Utiliza el rojo en la demarcación de todo el dibujo.
4. La odontóloga está perdida en el sillón y de cara a la paciente.
5. La figura de la paciente está un poco en relación con el sillón y el equipo.
6. En las manos del profesional muestra dos instrumentos.
7. No da mucha importancia a la lámpara.
8. Es detallista.
9. Se pinta sola en el consultorio.



Anta Gutierrez