

123
922



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

**EL CONOCIMIENTO PSICOLOGICO DEL NIÑO PARA
SU MEJOR MANEJO DENTRO DEL
CONSULTORIO DENTAL**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

LUZ MARIA MAGDALENA RUIZ SAAVEDRA

CIUDAD UNIVERSITARIA

MEXICO, D. F. 1979

15310



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I El Desarrollo Físico y Psicológico del Niño (De Tres a Doce años).	3
CAPITULO II La Preparación Psicológica del Odontólogo que atenderá niños.	30
CAPITULO III Materiales y Tratamientos Dentales en Niños.	46
CONCLUSIONES	70
BIBLIOGRAFIA	72

INTRODUCCION.

El conocimiento del desarrollo infantil es primordial para todo profesionista que trate con niños. La finalidad de este trabajo es ayudar al Odontólogo, en especial al que trata con niños a comprender sus estados de ánimo, a escuchar sus inquietudes, y sobre todo a manejar con prontitud y destreza la consulta dental.

El niño no es un pequeño "desastre", es una persona en desarrollo, en crecimiento, en busca del descubrimiento de todo lo que le rodea.

Los avances en el mundo moderno han creado dificultades en la comunicación entre adultos e impaciencia en la comunicación entre adultos y niños, quienes buscan anhelosamente información y comprensión de lo que los rodea y del proceder de las personas mayores.

El principal motivo para desarrollar la presente fué la experiencia obtenida en la práctica de Clínica Infantil dentro de la Clínica Periférica Vallejo, y de la necesidad de un mayor conocimiento de Psicología Infantil para una mejor atención a los niños dentro del consultorio dental. Así mismo, que los dentistas que se especializan en niños, lo hacen por su gusto innato a la infancia, pero sin tener los conocimientos necesarios en Psicología.

Difícil localizar un tratado sobre Psicología - Infantil adecuado a la Odontología, por lo que se pretende que este trabajo sirva de iniciativa para que los Odontopediatras amplíen sus conocimientos y desarrollen en la práctica sus aptitudes con la ayuda de dicha ciencia.

El niño es la esperanza del mañana, pero somos - nosotros, los adultos de hoy quienes debemos ayudar, comprender y educar a esos niños. Dejemos nuestros egoísmos a un lado y preparémonos para cooperar de la mejor manera que los - niños puedan integrarse como seres libres, valerosos y confiad - dos.

A través de los tres siguientes capítulos, trataremos primero el desarrollo psicológico del niño en sus primeros años, base de su vida adulta, y en la edad escolar, complemento de su desarrollo. Posteriormente veremos un poco sobre ambientación dentro del consultorio dental y el trato que el dentista pueda dar al niño para mejorar su consulta. Y finalmente los materiales y procedimientos básicos en Odontología Infantil.

Simultáneamente a la preparación y al conocimiento que logremos sobre la niñez, es necesario también disfrutar de ella y de su trato... tengamos pues un poco de paciencia - para manejar a nuestros pequeños pacientes.

CAPITULO I

El estudio básico de la Psicología Infantil contiene importancia práctica para todo Odontopediatra, puesto que nos proporciona los conocimientos primarios que nos será útiles para la comprensión y el adecuado trato al menor.

Debemos entender al niño desde el momento de la concepción como un ser racional, inteligente, sensitivo e imitador que adquirirá en mucho el proceder y conducta de sus padres.

No es nuestra intención abarcar cuanto estudio del niño existe, sería muy ambicioso, pero para la práctica odontológica creemos muy útil conocer al niño para su mejor atención en su desarrollo emocional y mental, y en su medio ambiente.

Debido a que el crecimiento es un proceso gradual tanto en el aspecto físico como en el mental o psicológico, avanzaremos panorámicamente a través de las edades cronológicas de tres a doce años, debido a que estas son las edades consideradas de pacientes que asisten a la consulta dental infantil.

Trataremos primeramente, de una manera global, algunos de los aspectos normales generales que son básicos para el conocimiento del estado psicológico del niño y posteriormente desglosaremos las características primarias sobresalientes por edades.

Aspectos Generales:

- A) Organización Psicomotriz.
- B) Miedos, temores y ansiedad.
- C) Agresión.
- D) Influencia de la familia.
- E) Desarrollo de la conciencia y de las normas morales.
- F) Ambiente propicio.

A) Organización Psicomotriz.

La evolución de la motricidad en el niño es compleja, pero en forma esquemática pasa por tres fases que son las siguientes:

- 1.- La primera comprende la organización del esqueleto motor la organización tónica de fondo, la organización propioceptiva y la desaparición de reacciones primitivas.
- 2.- La segunda fase es la de la organización del plano motor en que se pasa de la integración sucesiva a la integración simultánea.
- 3.- La tercera fase corresponde a la automatización de lo adquirido.

Este aspecto psicomotor depende de la forma de maduración motora (en su sentido neurológico), pero también de la forma de desarrollarse, lo que podemos denominar siste-

mas de referencia, a saber: el plano constructivo espacial - (originado por la sensoriomotricidad, y que a su vez configuran la psicomotricidad).

No hay que disociar la evolución infantil de la sensoriomotora; la motricidad adquiere posteriormente sucesivos valores como formas de contacto y expresión, de exploración y utilización.

Debemos tener presente que la evolución motora es pareja de las posibilidades madurativas.

B) Miedos, temores y ansiedad.

Un miedo ostensible flota en el ambiente de nuestro mundo, y el niño no escapa de ésta influencia. Sin embargo, el miedo es una reacción sana como la ira y la agresividad; nos hace evitar el peligro que amenaza nuestra vida o bienestar, nos enseña a ser cautos y sobre todo a prever las dificultades que pueden presentarse en nuestro camino.

Los miedos son aprendidos: ruidos intensos, pérdidas de apoyo y cualquier estímulo intenso, nuevo y repentino que se presenta cuando el niño está totalmente descuidado.

Muchos miedos de la niñez se basan en experiencias directas (ser mordido por un perro, golpeado por un auto) y advertencias de los padres (aléjate del fuego, fijate si hay culebras). Otros miedos son "irrealistas" e incluyen criatu-

ras imaginarias; la obscuridad o quedarse solos; los animales peligrosos, leones o tigres son también objetos de miedo.

Existen miedos simbólicos como a los fantasmas o brujas que se originan en el temido castigo por parte de los padres. Los miedos son diferentes según la edad, empezando a presentarse entre los dos y medio y los tres años, manteniéndose hasta los cinco o más.

Los temores a que tienden todos los niños se clasifican en dos tipos: temores a cosas y hechos exteriores (animales, ruidos, obscuridad), y temores a sus propias insuficiencias básicas; pero el niño seriamente perturbado no solo basa sus temores en las experiencias pasadas y en lo que éstas le enseñan, sino que va a tenerle miedo a todo con el simple hecho de oírlo mencionar.

El niño pequeño expresa su temor llorando, temblando o colgándose literalmente del adulto que esta cerca de él. El niño mayor disimula su temor manifestándolo por señales apenas imperceptibles como palidez, respiración anhelante, testarudez, nerviosismo o resistencia activa.

Una forma de tratar los miedos es ilustrando al niño, o convencerlo de que nada tiene de peligroso el objeto mismo del que siente miedo.

Otra de las medidas que se pueden tomar para -

ayudar al niño con temores son:

- resguardarlo (pero no completamente) de los objetos por los que siente temor.
- separarlo de otros niños o adultos miedosos.
- los mismos adultos deben suprimir sus temores y angustias - ya que estas se transmiten al niño no solo verbalmente, sino también por medio de actitudes.

Explicar al niño los acontecimientos externos a los que siente temor de una manera paciente, bondadosa y persistente. No culpar o burlarse del niño, ya que hará más daño que bien. Es adecuado demostrarle claramente que su miedo no tiene razón de ser, haciéndole saber que toda persona puede equivocarse, pero no por eso ser inferior o desvalida.

En cuanto a la ansiedad, podemos decir que es un sentimiento desagradable que hace a uno juzgarse como inadecuado. Y como muchos otros sentimientos parecidos, tiende a ser socialmente desaprobado.

Se debe hacer consciente al niño que a todos, niños y adultos puede pasarnos alguna vez, y debe demostrársele que no es tan malo revelar sus temores, miedos o angustias, ya que otros pueden comprender y le ayudarán.

Es importante hacer notar que la desesperanza que

el niño siente por algo es la fuente original de la ansiedad, como miedo a la pérdida de amor o a la separación, a los impulsos sexuales, a la insuficiencia personal, al castigo. Sin embargo no se expresan conscientemente, ya que producirían una dolorosa ansiedad, sentimientos de culpabilidad y a veces pánico.

C) Agresión.

La agresividad del hombre es algo innegable: se mos testigos y víctimas. No obstante, largo tiempo se pensó que el niño era criatura pura y blanda, y se minimizaron sus reacciones agresivas.

En la actualidad sabemos que desde muy temprano se manifiestan sus pulsiones agresivas y que podemos analizar las, describirlas y seguir su evolución al tiempo. Hay autores que consideran que los impulsos agresivos son innatos en el hombre; otros que la agresividad es siempre una reacción, pero sea lo que fuere, se admitan o no las reacciones innatas sabemos de su existencia en todo ser humano y que aparecen desde los primeros momentos de la vida infantil

Se ha estudiado el cambio de naturaleza de la agresión con el paso del tiempo. Así, en los menores de un año, la cuarta parte de sus rabietas se producen durante los cuidados habituales, y otra cuarta parte al estar con perso-

nas. A los dos años, una elevada proporción de rabietas estallan al crearse hábitos físicos corrientes, y como segunda causa están los conflictos con la autoridad materna. Entre los tres y cuatro años se producen las crisis con ocasión de dificultades sociales y de desacuerdo con los compañeros de juegos. Los conflictos de autoridad, en éste momento, alcanzan su máximo grado. De los cuatro años en adelante, las dificultades propias de la relación social siguen siendo la más frecuente razón de excitaciones. La cólera estallará posteriormente al encontrar obstáculos a sus planes, intereses o satisfacciones.

El niño normal es impulsivo, inquieto, curioso e imprudente, características que provocan conflictos entre él y las personas a cuyo cuidado está.

La agresividad es una reacción encaminada a inflingir daño en forma manifiesta o solapada. La ira y el impulso a hacer daño físico o mental, elementos de agresividad que son innatos. El niño aprende a soltar su agresividad para atraer a veces la atención de los demás, especialmente de sus padres. Es muy oportuno revisar las relaciones del niño con sus padres en caso de que sea muy agresivo, pues quizá se le restrinja constantemente, se le tome poco en cuenta o se le exija demasiado.

D) Influencia de la Familia.

Al decir medio familiar tenemos que convenir que los primeros cinco años de vida son muy importantes, ya que en éstos se integran las estructuras psíquicas que determinan la conducta del hombre en su vida adulta. Importantes y minuciosos estudios de psicología han demostrado que: el comportamiento humano en toda persona adulta esta condicionado a la educación que recibió durante su infancia.

Y aún antes de encontrarse en ese medio familiar situémos al niño dentro del vientre materno, y encontraremos diversidad de conductas maternas con respecto a ese futuro bebé las cuales influyen en él a tan tierna edad

Cuando el niño está en la edad escolar (kindergarten primaria) sus horizontes se amplian y queda sujeto a una serie de influencias cada vez más amplias: de los maestros, de los compañeros, de los libros. No obstante, la clase de padres -- que el niño tenga y las clases de relaciones que sostenga con ellos siguen siendo para el niño común y corriente los factores ambientales más importantes por lo que respecta a la determinación de la clase de persona que llegará a ser, de los problemas a que se enfrentará en su búsqueda de la madurez y de las maneras en que tratará de resolver estos problemas.

Las respuestas del niño no dependen simplemente -

de un aspecto de la conducta y de la personalidad de los padres sino más bien del efecto combinado de muchos aspectos de las mismas.

Generalizando tenemos que: la hostilidad de parte de los padres tiende a producir contrahostilidad y agresión en los hijos, ya sea en sus sentimientos o en su conducta. La restrictividad tiende a fomentar conductas inhibidas. La permisividad da lugar a conductas abiertas y sociales.

Parece ser que cuando existe afecto adecuado de los padres, no se producen los casos más extremos de trastornos de la conducta.

La infancia y la niñez son períodos de aprendizaje por medio del cariño. El niño aprende a sentir acerca de los demás como sus padres lo han tratado a él. La forma en que los padres tratan a sus hijos está determinada, bien por la repetición exacta del trato que ellos recibieron en su infancia, o bien por los esfuerzos de crear una familia diferente a la que vivieron cuando niños.

Todas las inter acciones entre los padres y el niño resultan de actitudes, valores, intereses y creencias que se transmiten a él, lo mismo que los cuidados que le imparten, la información que le dan y los mandatos que le dictan. No todas estas inter acciones están encaminadas intencionalmente a edu--

carlo, pero todas ellas, queridas o no, modifican sus acciones presentes, y sus potencialidades para el futuro.

Un buen concepto de sí mismo (autoestima) es esencial para la felicidad personal y para el funcionamiento eficaz, lo mismo en el niño que en el adulto; en esto influyen mucho las actitudes de los padres hacia el niño al valorarlo o validarlo, o al no hacerlo.

Los niños que tienen una elevada idea de sí mismos tienen confianza en sus percepciones y juicios, piensan que tienen razón, y el valor para expresarlo. Logran tener independencia social y creatividad, todo lo opuesto a quien no tiene confianza en sí mismo.

E) Desarrollo de la conciencia y las normas morales.

La niñez intermedia representa un período crítico durante el cual la conciencia se desarrolla rápidamente. Para el niño lo bueno no solamente le sirve para satisfacer sus necesidades, sino que es también el estímulo de una actividad armoniosa en la que el gasto energético está equilibrado por la satisfacción sensorial y motriz. Lo que es malo no es solamente el dolor, sino también la pérdida de la actividad agradable, además el estímulo que asusta o el obstáculo que interrumpe una actividad.

Si consideramos que la conducta moral es imita

ción de la de los padres, éstos actuarán de acuerdo a sus propios valores morales, llegando a convertirse en reguladores de la conducta de sus niños.

De los cinco a los doce años, el concepto que tiene un niño de justicia se convierte del concepto paterno - del bien y del mal en una vivencia propia de equidad. El niño se vuelve flexible, llegando a saber que existen excepciones a casi todas las normas.

El control estricto de los padres influye en los niños a plegarse rígidamente a sus regulaciones. Los niños de padres más tolerables basan también su sentido moral en el concepto de amistad.

Cuando en la niñez se lleva a cabo un grado razonable de desarrollo de la conciencia, más adelante, en la edad adulta no se acudirá tan fácilmente a tentaciones asociadas ofrecidas por otros o por los propios deseos de conducta agresiva. En cambio si el aprendizaje de normas y prohibiciones internas es excesivamente fuerte, se podrá formar un gran sentimiento de culpa, con miedo a llegar a una gran variedad de conductas agresivas.

El desarrollo de una conciencia no solo es función de la maduración cognoscitiva, sino que también es fomentada por la presencia del afecto y del amor de los padres, incluyendo también las normas y el ejemplo de ellos.

La ansiedad, la frustración y el conflicto son parte de la condición humana, y por tanto todos los niños - tropezarán con algunos problemas psicológicos, que por lo general serán transitorios con la ayuda de los padres al proporcionarles buenos modelos, siendo cordiales, afectuosos y flexibles en sus técnicas disciplinarias, de manera que el niño sea autónomo y tenga confianza en sí mismo.

F) Ambiente propicio.

Es necesario cuidar el ambiente físico a fin - de que el frágil organismo infantil fortalezca las defensas que lo escuden contra los agentes portadores de enfermedades. El ambiente psicológico permite al niño desarrollar defensas en contra de todos los conflictos, contratiempos y sinsabores de la vida.

Es tan grande la influencia de los dos ambientes en el individuo, que si se descuida la formación de cualquiera de los dos adecuadamente, las defensas del organismo llegan a disminuir.

La vivienda la podemos definir como el lugar - donde las personas llevan a cabo sus funciones fundamentales de la vida familiar. Existe una marcada relación entre la - vivienda y la salud. Mientras más pobre sea la vivienda, -

más pobre será la salud, y a medida que mejore la vivienda, mejorará la salud.

El espacio y las mejores condiciones de vivienda promueven la realización de actividades familiares en común, el aprovechamiento de los niños en la escuela, el optimismo de todos sus miembros y marcados deseos de superación.

El ambiente psicológico consta de las circunstancias que afectan de una u otra forma la conducta del niño como el estado de salud de los padres, su situación económica, su nivel social, y el mismo orden en que nacen los hijos.

Es evidente que el cariño es indispensable no solo para el desarrollo mental del niño, sino también para su crecimiento físico. Es necesario que los padres demuestran su amor al hijo, el amor es algo que no puede darse por supuesto en el trato de los niños. Necesitan sentirlo cada día de su vida, lo mismo cuando triunfan que cuando fracasan.

La aceptación de los padres a sus hijos es muy importante, así, se muestran sensibles a las necesidades del niño, se dan cuenta de sus señales de molestia, incomodidad o dolor, y lo protegen en contra de peligros innecesarios.

La aceptación implica respeto al niño en cada paso de su desarrollo, el rechazo es lo opuesto de la aceptación y asume formas diversas como la negligencia y la crueldad, el perfeccionismo y la protección exagerada.

Un niño educado cariñosamente en un marco familiar estable puede verse a sí mismo, a sus padres y a las demás personas con las cuales trata, dentro de una perspectiva uniforme, en la cual habrá cambios menores o mayores que no alterarán esa estabilidad.

El mantenimiento de una atmósfera familiar depende de la relación que sostienen los padres entre sí, dentro de un marco familiar y dentro del ambiente social en que viven, proporcionando una atmósfera tranquila o bien un ambiente de tensión emocional.

Ahora avanzaremos panorámicamente a través de las siguientes:

EDADES CRONOLÓGICAS.

Tres Años.

El niño de tres años posee una ignorancia casi completa del gran mundo allende el hogar o la guardería, y goza de una típica seriedad, ya que su dominio del lenguaje es mayor, estando cada vez más consciente de sí mismo como una persona entre personas. Le gusta la actividad motriz gruesa, sin embargo se entretiene en juegos solitarios durante períodos largos analizando y estudiándolos. Ya ha adquirido un equilibrio bastante perfeccionado, proyectándolo en su marcha.

Su lenguaje avanza continuamente, habla solo, canta al despertar con palabras que parecen sin sentido, hace preguntas que aparentemente son insustanciales, pero toda esta maraña de palabras debemos considerarlo como un mecanismo evolutivo para alcanzar el habla, para precisar las palabras.

Con Tres se puede tratar, es capaz de negociar transacciones recíprocas sacrificando satisfacciones inmediatas ante la promesa de un beneficio posterior. Le gusta agradecer pero su cooperación es fragmentaria y vacilante, y sabe utilizar su lenguaje como medio de cambio.

Muchas veces hace a los adultos preguntas cuya respuesta ya conoce, es un tipo de interrogación práctica y experimental.

Cuatro Años.

El niño de cuatro años es algo dogmático debido a su mayor conocimiento del lenguaje y dominio de las palabras. Su actividad motriz es más equilibrada, con un marcado interés por pruebas atléticas no muy difíciles basadas en la mayor independencia de la musculatura de sus piernas. Formula muchas y variadas preguntas acosando a los mayores, reflejando no tanto una sed de información, como un habitual impulso hacia la conceptualización de las multiplicidades de la naturaleza y del mundo social, con lo cual generaliza

y ordena su experiencia. Ya empieza a sentirse a sí mismo - como uno entre muchos.

Cuatro tiene mucho de charlatán y algo de irri-- tante, puede sostener largas y complicadas conversaciones; pu de contar una extensa historia entremezclada de ficción y rea- lidad, y puede también confundirse y entrar en discusiones, pe ro en sí es independiente y sociable, y ocasionalmente llega a criticar a los demás. Muchas veces puede llegar a encañarnos atribuyéndole más conocimientos de los que en realidad tiene.

Cinco Años.

Lleva ya el sello de su individualidad. Es due- ño de sí mismo y es reservado. Su relación con el ambiente se planea en términos amistosos y familiares. El centro de su - mundo es su madre. Produce una impresión favorable de compe-- tencia y estabilidad porque es capaz de concentrarse sin dis-- traerse, y porque sus exigencias no son excesivas. Acaba por descubrir su mundo concreto que contiene suficientes novedades y realidades por mérito propio. El niño pide ayuda a los adul- to^s cuando la necesita. Piensa antes de hablar.

Cinco se muestra amistoso por saber cómo hacer - las cosas que están dentro de sus posibilidades. Les agrada - ser instruidos, no tanto para gustar a sus mayores, sino para

sentir las satisfacciones del logro personal y de la aceptación social. Logra un ajuste consigo mismo y confianza en los demás. Ya no encontramos berrinches a esta edad, casi le es suficiente con afirmar "no, no quiero". Sus movimientos son equilibrados, ágiles y hasta graciosos tanto en la coordinación motriz gruesa como en la fina.

Seis Años.

El sexto año de vida trae consigo cambios fundamentales somáticos y psicológicos. Es una edad de transición, es un niño que cambia. Surgen nuevas aficiones, nuevos impulsos, nuevos sentimientos, nuevas acciones debido a profundos desarrollos del sistema nervioso subyacente. Incluso la química del cuerpo del niño sufre cambios sutiles que se reflejan en un aumento de la susceptibilidad a las enfermedades infecciosas. El niño tiende a los extremos, careciendo aún de experiencia en su manejo y en su significado de ahí que se le dificulte enormemente el poder distinguir entre posibilidades opuestas. Ante esto se le presenta un dilema, y aún no ha hecho una distinción clara entre lo bueno y lo malo. No está plenamente orientado, no tiene dominio de sus impulsos motrices ni de sus relaciones sociales, y su dificultad para distinguir entre posibilidades opuestas no se -

limita a situaciones de naturaleza emocional o ética. En sus primeros esfuerzos por copiar letras del alfabeto se muestra propenso a invertir las (la B mira hacia atrás). En ésta edad existe un mecanismo natural de crecimiento y aprendizaje mediante el cual el niño organiza sus pensamientos y sentimientos.

Siete Años.

A los siete años se produce una especie de a - quietamiento. Atraviesa prolongados períodos de calma y de concentración durante los cuales elabora interiormente sus impresiones, abstraído del mundo exterior. Es una edad de asimilación, una edad en que clarifica la experiencia acumulada y se relacionan las habilidades nuevas con las antiguas. Le disgusta todo aquello que interfiera en sus meditaciones, y le molesta no poder llegar a una conclusión.

Los siete años es una edad agradable, a condición de que se respeten los sentimientos del niño. Es muy importante la actividad mental privada, explicando sus ocasionales períodos secundarios de tristeza y lamentación, de timidez y cierta melancolía. En cualquier lugar su conducta revela una creciente conciencia tanto de sí mismo como de los demás. Es dócil en algunas ocasiones e imperioso en otras, y

los cambios de ánimo van desde el niño dulce y bueno hasta el malumorado y lloroso. Se encuentra dentro de un proceso de crecimiento mediante el cual aprende a modular los significados de cosas y personas.

Ocho años.

Es más rápido en sus propias reacciones y comprende mejor las reacciones de los demás. Comienza a parecer más maduro incluso en su aspecto físico.

A los ocho años el niño es más afecto a los juegos bruscos y desordenados y a los pasatiempos bullangueros. Quiere leer, hablar, escribir y practicar sus lecciones a una velocidad máxima. Sin embargo puede escuchar atentamente la conversación de los adultos, observa sus expresiones faciales, mira y escucha continuamente en busca de sugerencias e indicaciones que le orienten dentro del ambiente social, pero no le agrada que se le diga directamente lo que debe hacer, ya que no le gusta que sus limitaciones sean objeto de bromas. Siente una simpatía innata por todo lo relativo al conocimiento de otras culturas.

Finalmente el niño de ocho años se siente más cómodo con los adultos. Negocia y conversa con ellos libremente planteando enigmas que ellos no pueden resolver.

Nueve Años.

El niño de nueve años adquiere mayor dominio de sí mismo, adquiere nuevas formas de autosuficiencia que modifican profundamente sus relaciones con la familia y con sus compañeros. Posee una creciente capacidad de aplicar su mente a las cosas por propia iniciativa o con solo ligeras sugerencias de otras personas. Es una edad ideal para perfeccionar la pericia en el manejo de herramientas, en las operaciones fundamentales de la aritmética y en otras habilidades.

Para crecer, el niño de nueve años debe lograr un sentido de su "status" individual, no solo en relación con sus padres, sino en relación con el sexo opuesto, de modo que ambos sexos expresan cierto desprecio por el otro.

Tiende a ser una persona relativamente bien organizada. No es muy agresivo, y no le agrada ni necesita que se le proteja con condescendencia. Aprecia la justicia de la disciplina y es muy sensible a estas ideas. Está abierto a la intrucción; es directo, va a los hechos; ya no es más un simple niño, tiende a la adolescencia.

Diez Años.

El niño de diez años parece un adulto en formación. Su individualidad está ahora bien definida, y las di-

ferencias sexuales son pronunciadas. Tiene un mayor dominio de sí mismo como son ciertas habilidades visuales, manuales y vocales, por lo que es susceptible a la información social, a las ideas más amplias y a los prejuicios. Está dispuesto a participar en discusiones elementales sobre problemas sociales siendo éste el período de oro para incluir en él ideas liberales, e incluso, en un ambiente adverso, se puede fácilmente conducir al niño a las formas delictuosas de la conducta.

Varones y niñas tienen cierta afición por los secretos, por lo que prefieren los misterios, la conspiración, la magia práctica y el culto a los héroes. Más que los varones, las niñas están interesadas en la vida familiar, y son su mamente perspicaces en cuanto a las diferencias de esa vida familiar.

Once Años.

El niño de once años manifiesta afirmaciones de su personalidad, de curiosidad, de sociabilidad. Es inquieto, investigador y charlatán. No le molesta el reposo, pero le gusta andar siempre de un lado a otro. Padece un hambre voráz y constante, y cada vez formula más preguntas sobre los adultos, además de escudriñarlos con mirada penetrante. Sus estados de ánimo varían, tanto que vienen y se van en ráfagas. Por

su conformación general es ya un adolescente, pero Once es en sí el principio de la adolescencia. Le gusta contradecir, es violento en sus palabras e inconstante en sus movimientos, pero no con el fin de molestar o agredir, sino por su in experiencia en la realización de ajustes interpersonales dentro de una cultura que va cambiando junto con él, ya que todo esto constituye en gran parte, simples manifestaciones de la temprana afirmación de su personalidad adolescente.

Doce Años.

El niño de doce años adquiere, gracias al hogar y a la escuela una nueva visión de sí mismo y de las demás personas. Procura ganarse la aprobación de los demás teniendo un creciente sentido del humor y una alegre sociabilidad, incluso hasta llegar a la camaradería. Afirma reiteradamente que no es ya un pequeño, y pide que no le traten como tal. Le gusta discutir y dialogar para saciar su curiosidad, demostrando un gran adelanto en el pensamiento conceptual, preocupándole el valor de ciertos términos como Justicia, Ley Lealtad, Vida, Delito. Tiene ya un auténtico sentido de la razonabilidad, y su sentido ético es realista. Por lo general logra reprimir las lágrimas y la violencia; acepta la disciplina justa y en ocasiones la autodisciplina.

Hasta aquí los gradientes de crecimiento en base a las edades cronológicas, y por ellos nos damos cuenta que el crecimiento emocional no es un proceso uniforme y constante. Cada edad cronológica es en sí un gradiente considerado en niños normales dentro de familias normales.

Sin embargo existen factores diferentes y determinantes en el crecimiento emocional y físico del niño, los cuales, podemos afirmar que tienen su origen en las diferencias que existen en cada clase social. Hablaremos ahora de la llamada clase social baja o pobre.

Esto encierra en sí una compleja red de situaciones como son la pobre educación de los padres que se transmitirá a los pequeños, la rivalidad de grupos dentro de la misma clase social, la rebeldía de ésta clase social hacia las normas de la sociedad y las leyes establecidas por el estado, y por último, pero muy importante, la higiene y la salud, minimizados por la poca salubridad que existe en la vivienda característica de éste estrato.

Existen muchos factores que influyen en la conducta social desviada del niño. Únicamente veremos tres, quizá muy desisivos para esa conducta futura: Delincuencia, alcoholismo e influencia de la televisión.

Delincuencia:

La discordia entre los padres, la falta de armonía y pleitos están asociados con conductas antisociales y delincuencia en los niños. La delincuencia juvenil está asociada con niños de hogares no destruidos donde hay descuido y riñas, que en aquellos que viven en hogares destruidos.

El rechazo y las frustraciones sufridos por el niño durante su crecimiento son causa de adolescente desadaptados, además de la influencia de amiguitos desadaptados, ya que cuando la conducta delincuente se encuentra latente, las amistades pueden influir mayormente en el desarrollo de la delincuencia.

En varios estudios se ha encontrado que la delincuencia es una forma de actividad de grupo. Muchas veces los niños se asocian en pandillas tratando de crear una sociedad para sí mismos, tratando de obtener lo que la sociedad no les da.

Alcoholismo.

Es un problema muy grande que existe entre los padres alcohólicos y consecuentemente en sus niños.

Desde el punto de vista clínico y bajo los puntos psicoanalíticos, se designan las causas del alcoholismo como factores psicógenos, o sea tensiones, conflictos y frustra-

ciones, manifestaciones todas de la angustia, y el alcohol es un reductor de esa.

La participación del alcoholico en la familia - desequilibra la armonía familiar. Los hijos que conviven con él experimentan serias dificultades que les impiden satisfacer sus necesidades de afecto, seguridad y estabilidad. El temor, la falta de dirección y la ausencia de afecto puede - convertirlos en seres huraños o abiertamente hostiles e incluso predisponerlos hacia el alcoholismo.

Los hijos de padres alcoholicos son afectados - por negligencia, persecución y ataques físicos, y como resultado de su niñez desorganizada un alto porcentaje se convierte en alcoholicos, drogadictos o delincuentes.

Influencia de la Televisión.

La televisión constituye probablemente el medio de comunicación social más poderoso que existe en la actualidad.

En la Ciudad de México el niño ve en promedio - tres horas y treinta y seis minutos diarios de televisión. - Unicamente el 7% de los niños no ven televisión por una razón u otra. El 12% de los niños ven menos de una hora al día; el 27% la ven de una a dos horas; el 22% le dedican de tres a - cuatro horas y el 32% restante dedican más de cinco horas día

rias a ver televisión.

Dentro del tiempo que los niños dedican a ver televisión en la Ciudad de México existe una cantidad moderada de violencia, sin embargo los programas violentos constituyen el tipo de programas que mayormente prefieren los niños (detectives, vaqueros y programas bélicos), y los menos preferidos por los niños son los educativos y los informativos.

El investigador británico John Murray afirma que "... las conclusiones que pueden derivarse a partir de los resultados de los estudios realizados sobre violencia en televisión son tres:

- 1.- Mucha de ésta violencia generalmente no refleja la que ocurre en la sociedad sino que más bien es utilizada como un recurso dramático en un programa de televisión; como un elemento que define o confiere status y poder a los actores de un episodio dramático.
- 2.- Los niños ven una cantidad considerable de televisión a través de la cual se exponen a numerosas escenas de violencia televisada.
- 3.- Existen numerosas investigaciones que nos llevan a la conclusión de que ver violencia en la televisión determina que el espectador se vuelva más agresivo.

Existen numerosas teorías acerca de la influen--

cia de la televisión y sus efectos, realizados en el extranjero. Sin embargo se han realizado experimentos en niños de la Ciudad de México, y la hipótesis general de estos experimentos es la siguiente: La exposición a la violencia en televisión - originará actitudes más favorables hacia la agresión en los niños. Este efecto aumentará en función de la intensidad de violencia, del argumento en que ésta se presente y del tipo específico de violencia de que se trate, aún cuando éstos efectos se encontrarán mediatizados por diversas variables psico-sociales y estructurales.

Tanto delincuencia como alcoholismo pueden encontrarse más frecuentemente en la clase social baja de la que hablamos, pero pueden encontrarse también en cualquier estrato.

Hasta aquí el desarrollo físico emocional del niño... del niño que es el único patrimonio de la humanidad, del niño que es partícipe y testigo de la conducta adulta la cual influye desisivamente en él.

Comprendámoslo, ayudémosle y conozcámoslo para contribuir a su sano desarrollo tanto físico como psicológico.

CAPITULO II

Sin duda el estudio, asimilación y comprensión de la Psicología infantil será la mejor preparación que puede tener un Odontólogo que atiende niños, ya que le ayudará a obtener la cooperación del pequeño.

El dentista debe descender hasta el nivel intelectual del niño para poder controlar cualquier situación, además de ser muy cierto que ellos perciben bastante certeramente la seguridad y confianza del adulto, por lo que su actitud hacia éste se convierte en estable o inestable.

Podemos pensar que el odontólogo que atenderá niños es consciente del papel tan importante que juega en el desarrollo físico y psicológico de él, y para dejar asentada tal responsabilidad debemos tomar en cuenta las siguientes reglas:

- 1.- Tener consciencia de que nuestro pequeño paciente es un ser individual que merece ante todo nuestro respeto como persona.
- 2.- Evitar descargar en él nuestra propia problemática.
- 3.- Propiciarle los elementos físicos y psicológicos necesarios para que nuestra labor resulte satisfactoria para ambos.

Ambientación.

Los elementos necesarios para lograr una buena

ambientación dentro del consultorio dental para niños son varios, pero muy importantes para el odontólogo para lograr una buena interacción con los pequeños.

El primer rechazo que surge en el niño hacia el dentista es la referencia a que hacen sus padres al llevarlo con el odontólogo, ya que se lo describen como un "doctor", produciendo en el niño cierto estado tensional que le provoca miedo, angustia, temor y rechazo antes de su primera visita. La explicación a éste hecho radica en que cada visita al pediatra es un lapso aversivo hacia ésta figura, debido a que por lo general recibe el niño medicinas que no son de su agrado, inyecciones que le provocan dolor, y un recuerdo aversivo asociado a estas visitas.

Con estos antecedentes se va a presentar el pequeño por primera vez al odontólogo, por lo que debemos estar conscientes de ello para lograr un adecuado manejo psicológico del pequeño paciente.

El primer elemento importante que debemos cuidar será la sala de espera: todo el ambiente exterior, desde que llega hasta que se va, será la extensión del odontólogo, de aquí que el tiempo que el niño permanezca esperando, podrá aumentar su estado tensional o podrá relajarlo.

Otro elemento muy importante son los colores a -

utilizar, ya que cada color despierta en los seres humanos diversas reacciones psicológicas, y cada color tiene diferentes cualidades: los colores han sido clasificados en cálidos y -- fríos. Los cálidos son aquellos que tienen connotaciones con fuego y calor, expansión, abertura: rojo, naranja, amarillo. - Los colores fríos son aquellos que nos recuerdan el hielo, el agua, el cielo profundo: azul, verde, violeta. El negro, el - blanco y los grises son colores acromáticos, es decir, neutros. El color se ve influenciado por la luz, ya que bajo distintas condiciones de luz los colores lucen, en la mayoría de los casos, totalmente distintos, de aquí que antes de elegir los colores de nuestro consultorio debemos analizar la cantidad de = luz que posee.

Podemos sintetizar las características de los colores como sigue:

Violeta: es un color helado en el sentido físico y psicológico de la palabra, falta de juventud.

Anaranjado: confiere calor, estímulo, expansión, favorece la digestión y acelera la pulsación cardíaca.

Rojo: es completamente irritante, está saturado de fuego y - energía, estimula la respiración y la acelera, pero produce - agresividad.

Verde: cuando se combina con amarillo recobra viveza y ener--

gía, y con el azul se convierte en serio, incitando al reposo.

Azul: es por excelencia el color que calma los nervios, disminuye la presión sanguínea, calma la respiración, incita a la paz, pero puede ser demasiado frío.

Amarillo: es quizá el más activo y alegre, combate la alteración emocional.

Blanco: evoca la claridad y la pulcritud, pero es frío.

Negro: es muy triste y puede provocar depresión.

Gris: es útil como fondo de colores vivos, ya que solo a medida que se oscurece aumenta la sensación de desesperanza.

Haciendo una adecuada combinación del mobiliario y los colores de la sala de espera se logrará un ambiente de confort que ayudará al pequeño a disminuir su estado tensional.

Sabemos que en cualquier consultorio se encuentran revistas de todo tipo, pero las nuestras deberán estar dirigidas al gusto y la atención del menor, siendo entonces sobre cuentos, revista cómicas o de aventuras.

A esta altura, el niño ha captado tanto consciente como inconscientemente que llega a un lugar donde puede estar cómodo y tranquilo, y donde puede encontrar cosas de su agrado, pero sobre todo que puede serlo familiar.

Ahora su relación con el Odontólogo es su presencia física, la que deberá reflejar atención y comprensión a más de respeto por el pequeño que se lo presenta, siendo deseada

ble que hayamos tenido la precaución de aprender de antemano - el nombre de nuestro paciente, y al salir a recibirlo llamarlo por él, lo que lo hará sentir no un desconocido, sino una persona individual e importante, ya que no le hablarán como hijo de la Sra. X, sino por su propio nombre.

Es indiscutiblemente más importante y recomendable que el pequeño entre solo al consultorio y el adulto que lo acompaña quede en la sala de espera; es sumamente difícil, sobre todo la primera consulta, pero puede lograrse dependiendo de la capacidad de simpatía que el odontólogo pueda lograr con su paciente, sobre todo en los niños muy pequeños, si al niño se le puede transmitir seguridad y comprensión durante los minutos que dure la consulta, habrá una probabilidad mayor de que se sienta a gusto y confortable.

El porque es más adecuado que nuestro paciente permanezca solo con nosotros durante la consulta tiene una explicación muy sencilla: si la madre es nerviosa o sobreprotectora, estará angustiada; en cambio si es terriblemente regañona, tratará que el niño se comporte bien, siendo esta mezcla de sentimientos fácilmente transmisible al pequeño, lo cual, = si él no esta inquieto o tensionado, se le provocaría, además de que interferiría con nuestra labor directa sobre el menor.

Aunque es importante no pasar por alto que entre

más pequeños el paciente, menos querrá desprenderse del brazo de su madre, debemos tratar de lograrlo.

Un aspecto importante que debemos cuidar es el uso típico de la filipina blanca, la cual hace que el menor nos asocie directamente con el médico, transmitiendo la blanca blanca miedo al niño, siendo por tanto más recomendable el uso de una filipina de cualquier otro color.

El último elemento que nos puede ayudar a que nuestro consultorio tenga un ambiente relajante es la música. Sabemos por investigaciones recientes que la música puede suprimir la sensación de tiempo, pareciendo que éste transcurre más rápidamente. Además un fondo musical provoca en el niño estados de ánimo oníricos, en los cuales puede dar cabida a su imaginación, y no estar haciendo énfasis en nuestro trabajo.

Estos elementos ayudarán al dentista a lograr un ambiente propicio y confortable en el que los pequeños puedan sentirse a gusto y seguros.

Un niño no puede decirnos exactamente lo que siente, ni siquiera después de haber aprendido a hablar. A pesar de ello, la vida emocional del niño no escapa completamente a nuestra vista, se expresa mediante numerosos rasgos de la conducta visible. Esta es una forma de comunicación. Constituye una especie de pantalla de radar que refleja sus tormentas y tensio-

nes internas.

Si la actividad exterior consiste en guiñar los ojos, morderse los labios o mover agitadamente los pies, podemos pensar que se trata de una especie de descarga de tensión (un vaso de desborde). No se puede establecer una distinción bien marcada entre conducta tensional y expresión emocional. - La llamada emoción surge de un complejo estado de tensiones:

- a) el organismo (el niño) asume una actitud de espera o de preparación para un acto.
- b) lo esperado no sucede inmediatamente, la acción proyectada se posterga.
- c) este suspenso, combinado con la preparación produce un estado de tensión especial que se siente como emoción.
- d) la tensión, sea placentera o dolorosa, se expresa de forma característica: lágrimas, fruncimiento de entrecejo, puños crispados, gritos, sonrisas, aullidos, rubores, jadeos, etc., etc.

A medida que el niño crece, su conducta expresiva se torna más refinada: emplea palabras y gestos, no solo para comunicarse, sino como controles, símbolos y representaciones de su vida afectiva.

Las emociones no son fuerzas independientes que de alguna manera misteriosa toman posesión del niño, son modos estructurados de reacción que, como sus percepciones, obedecen a las influencias organizadoras de las experiencias y de la -

educación. Han sufrido una asombrosa evolución en la historia de la especie: los procesos emocionales llenan toda la vida -- del niño, privada y social, feliz y animada, violenta y perturbadora.

Las emociones no son entidades independientes - que de alguna manera misteriosa se insertan o se unen a estados de conciencia bien definidos. El niño nace con una capacidad de sobresaltarse, de sentir dolor, de sentir placer, bases de la emoción, existiendo en ésta un elemento de shock o de - excitación, generador del sentimiento de lo agradable o desagradable.

El miedo y el dolor son dos de las influencias - más poderosas que afectan a las actitudes sobre el uso de servicios dentales, por lo que el odontólogo deberá estar preparado a conocer y controlar cualquier situación en el consultorio dental.

En la consulta.

La misión del tratamiento dental tiene como fin el beneficio del público, y a él pueden llegar las personas - que han escuchado experiencias indoloras y satisfactorias en boca de otros.

Existen dos hechos muy importantes que el dentista debe tomar en cuenta siempre para prevenir y controlar el dolor en tratamientos dentales en niños:

1.- La percepción del dolor y las reacciones del paciente al mismo: varían de un paciente a otro, y varían de una vez a otra en el mismo paciente. La percepción de sensaciones dolorosas y las reacciones a ellas son determinadas en gran parte por la ansiedad y el miedo, especialmente en niños, cuando existen circunstancias amenazadoras.

2.- Los niños tienen capacidad limitada para describir claramente sus experiencias y sentimientos, y también se ven limitados para expresarlos objetivamente, en especial cuando sufren o están atemorizados.

Para poder controlar el dolor y el miedo debemos comprender éstos fenómenos lo mejor que podamos. Así, el dolor es lo más importante para la persona que lo está sufriendo, la cual lo percibe con sus propias propiedades estructurales, funcionales y perceptivas. Por lo tanto, para el niño que lo sufre es ese dolor lo más importante, y para el dentista lo debe de ser también. por lo que lo debe prevenir y remediar.

El Odontólogo debe de estar preparado para tratar, basándose en la psicología y la fisiología, las aprensiones del niño y sus reacciones al dolor.

El dolor y el miedo al dolor producen efectos en el sistema nervioso autónomo y también en el comportamiento, -

como ejemplo tenemos que: cambia la frecuencia cardíaca, la temperatura de la cara y las manos, y la respuesta galvánica de la piel al someterse la persona a un tratamiento dental. También puede producir hiperactividad suprarrenocortical por medio de inyecciones bucales.

Los dolores dentales que con más frecuencia experimentan los niños son de absesos pulpares y dentoalveolares. - Este tipo de dolor, cuando es intenso puede ocurrir en cualquier momento, pero parece ser más común durante la noche. Surge espontáneo y generalmente va acompañado de signos de inflamación e infecciones, e infección adyacente a piezas cariogénicas traumatizadas y restauradas. Muchas piezas primarias e incluso algunas permanentes desarrollan absesos sin que el niño llegue a quejarse de dolor.

El dolor dental más común es un dolor agudo y breve, variable que experimentan los niños en ocasiones cuando comen y beben. A veces estos dolores son vasomotores que resultan del enfriamiento de las piezas y otras estructuras bucales debido a gran volumen de comida y bebidas muy frías. El mismo tipo de dolor puede deberse a estimulación de la dentina que ha sido expuesta a la cavidad bucal por una fractura o por caries dental. Estos espasmos de dolor se disipan en cuanto desaparece el estímulo, a menos que el daño al diente y a la -

pulpa sea intenso. En éste caso puede producir dolor prolongado, éste es el denominado "dolor segundo", un dolor sordo, continuo que sigue al primer dolor vivo y superficial. No existen medios seguros para determinar el estado de una pulpa dental a partir de los síntomas, pero podríamos afirmar que mientras más profundo sea el dolor inicial, y mientras más largo sea el dolor secundario, más probabilidades habrá de que existan serios problemas.

Otra causa común de dolor en los niños que a menudo se confunde con pulpitis es el dolor que causa la impacción de la comida en intersticios interdentes abiertos. Es importante identificar la causa de éste dolor, de manera que se pueda evitar tratamiento pulpar innecesario, o extracción de una pieza que solo está cariada. Otras afecciones patológicas en niños que van acompañadas de dolor bucofacial incluyen parotiditis y otras inflamaciones o infecciones de las glándulas salivales, - amigdalitis, tumores y subluxaciones de la unión temporomandibular.

Las piezas en erupción son a veces fuente de dolor. A veces traumas oclusales y bruxismo también causan dolor. Sensaciones de ardor en la lengua son generalmente síntomas de un trastorno general. Los tejidos intrabucales y labiales se perciben muy dolorosos cuando existe gingivoestomatitis herpética, ya

que las vesículas se rompen y dejan una superficie cruenta del corio expuesto a irrigación. Si un exámen profundo no revela la causa del dolor, el dentista tiene justificación para pedir una evaluación médica.

Las primeras experiencias dolorosas en niños se refieren a la erupción de los dientes. Los analgésicos tópicos son los más adecuados para aliviar estas sensaciones. Depende completamente del Odontólogo de infundir confianza al paciente para obtener su cooperación, a fin de controlar y erradicar el dolor y terminar lo más pronto posible el tratamiento.

Los estímulos más dolorosos en los tratamientos dentales se encuentran en Cirugía y en tratamientos de pulpa vital. La instrumentación de lesiones cariosas y preparaciones de cavidades producen dolor y también cuenta el estímulo negativo de ruido, presión y vibración de la instrumentación. Después en sensibilidad encontramos las inyecciones de anestesia especialmente en tejido palatino, y el escamamiento y curetaje. Otros movimientos de instrumentación y Rayos X son menos dolorosos.

Se les debe de contestar a los niños con respuestas concretas a sus tres preguntas relativas al dolor: ¿Va a doler?, ¿Cuánto va a doler? y ¿Cuánto tiempo dolerá?. No hay

nada que les altere tanto como un dolor inexplicado e imprevisto: ¿cesará?, ¿empeorará? ó ¿durará siempre?.

El dolor posoperatorio no es muy serio en los niños, aunque existen molestias derivadas del tratamiento dental como morderse y masticarse la lengua, los carrillos y los labios, que están insensibles después de anestesia de bloqueo e infiltración.

Las medidas que reducen el miedo deberán elevar el umbral del dolor y reducir las reacciones al mismo. Similáramente la reducción de percepciones al dolor deberá reducir también la ansiedad y las reacciones de temor.

Se debe crear confianza en los pacientes mediante amabilidad, competencia, seguridad en sí mismo e interés en su bienestar, para esto, además de conocer y entender al paciente como ser humano, es de gran ayuda conocer las diferencias culturales, educacionales y sociológicas de los niños y sus familiares.

Los niños generalmente son muy susceptibles a la instrucción y sugestión de los adultos. A menudo esto ayuda a los niños a controlar sus reacciones al dolor y al miedo en el tratamiento dental, consistiendo en distraer su atención o aumentando su nivel de sugestibilidad, usando técnicas que también se emplean en la hipnosis. Debido a esta sugestibilidad, casi siempre es posible conservar la atención del niño e inclu

so algo de cooperación.

Son pocos los casos de niños que requieren ayuda especial para algún tratamiento dental. Durante la primera visita el dentista y el niño se evalúan uno a otro, y en ocasiones será indispensable sedar al paciente para las siguientes - visitas. Debemos aclarar y ordenar los pasos a seguir para - atender a cualquier pequeño:

- a) Decidir el tratamiento a realizar.
- b) Determinar el tiempo necesario para dicho tratamiento.
- c) Evaluar lo molesto del tratamiento y los problemas que puede ocasionar.
- d) Prever el dolor y la ansiedad y decidir si uno o ambos necesitan medidas especiales.
- e) Elegir las drogas, dosis, vías de administración y horas - de administración que lograrán la modificación de la conducta.

Las dosis requeridas de los analgésicos, sedan--tes y tranquilizantes usados comunmente, son mayores con el - aumento de tamaño del cuerpo del niño y de su edad, su peso, - su actividad y su vivacidad. Un estómago lleno reduce o retrasa la absorción de medicación administrada bucalmente. Los pacientes que estan debilitados necesitan dosis más pequeñas. La tolerancia a la droga puede elevar los requerimientos de dosi--ficación, o puede dar como resultado efectos nulos en cualqui-

er dosis.

Antes de administrar cualquier medicamento, debemos conocer el estado físico del paciente y sus reacciones a la droga, y una vez que se ha tomado la determinación de trabajar con un paciente sedado, debemos exigir que siempre le acompañe a la consulta una persona adulta y explicarle las reglas posoperatorias, que incluyen un ambiente tranquilo en donde se pueda recuperar el paciente, y las reacciones y consecuencias de la aplicación de dicha droga.

A su vez, el Odontólogo deberá tener presente los siguientes puntos:

- a) Deberá hacer una supervisión estricta en el consultorio.
- b) Esperar un tiempo razonable para el tratamiento después de la aplicación de la droga.
- c) Los reflejos vitales no deberán ser abolidos.
- d) No usar nunca premedicación después de una enfermedad aguda
- f) Tener disponible medicación de urgencia.

Podemos resumir entonces que el dentista deberá cumplir con los fines de la Odontología Infantil que son:

- 1.- Inculcar al niño hábitos de limpieza, para mantener su boca sana y en condiciones de higiene para un estado saludable.
- 2.- Conservación de los dientes primarios, cuya importancia es:
 - a) Función masticatoria correcta para lograr una mejor -

digestión y asimilación de los alimentos.

b) Mantener el espacio apropiado para los futuros dientes permanentes.

c) Contribuir al desarrollo físico e intelectual del niño.

3.- Prevenir y corregir cualquier hábito o condición que pueda influir en una mal oclusión.

4.- Crear en el niño un sentido de cooperación y responsabilidad con respecto al cuidado de su boca.

5.- Instruir a los padres sobre la importancia de la higiene bucal.

CAPITULO III

El objetivo principal del Odontólogo de niños es el preservar la integridad de las piezas caducas para que ocurra la exfoliación normal. Esto significa, haber preparado satisfactoriamente el camino para la erupción de piezas permanentes sanas que tomarán su lugar correspondiente en los arcos dentales, lo que contribuye a la salud general del niño.

Morfología de las piezas infantiles.

Con excepción de los primeros molares superiores e inferiores, las demás piezas se asemejan en términos generales a las piezas permanentes. Sin embargo encontramos diferencias como:

I.- Tamaño: Son aproximadamente la mitad de las piezas permanentes tanto en volumen como en superficie, contando que tienen la mitad de esmalte y dentina. Los dientes anteriores son menos anchos mesiodistalmente que los molares, los cuales a su vez son menos anchos que sus sucesores permanentes. Las raíces en los molares primarios son delgadas y acintadas, para envolver al germen de los permanentes.

II.- Color: En las piezas primarias es blanco azulado, y en las permanentes son amarillo grisáceo.

III.- Número de Piezas: Las primarias son veinte (diez en cada arcada), y su nomenclatura es con letras ma--

yúsculas: A, B, C, D y E. Las piezas permanentes son treinta - y dos (sin contar los terceros molares) y su nomenclatura es en número del 1 al 7. El molar de los seis años se denomina - 6 - y el de los doce años es -7-.

La forma de sus coronas es bulbosa, acampanada, - con una prominencia cervical. Las caras bucal y lingual convergen dando una cara masticatoria angosta. Las raíces de los molares son curvas, acintadas y delgadas. Las piezas superiores tienen tres raíces: Mesial, Distal y Palatina. Las inferiores tienen dos: Mesial y Distal. Las cámaras pulpareas son amplias y siguen directamente la línea amelo-dentinaria. Los cuernos - pulpareas son largos, puntiagudos y tendrán tantos cuernos como cúspides tenga la pieza.

Los dientes incisivos primarios son delgados en - forma de pala, tienen raíz delgada y no presentan la desviación de ápice. El canino tiene forma cónica con raíz recta. Las cámaras pulpareas son amplias.

Preparación de cavidades.-

El Dr. R. Pauley define por preparación de cavidades: "...Los procedimientos que se hacen para la remoción de - la dentina cariosa y tallado de las paredes de la cavidad, para devolverle al diente su salud, forma y funciones, sin comprometer la integridad pulpar..."

Las preparaciones originadas por Black pueden modificarse ligeramente y aplicarse a piezas primarias, y además deben seguirse las mismas etapas en la preparación de cavidades en las piezas primarias que en las adultas:

- 1.- Obtener forma de delineado
- 2.- Obtener forma de resistencia.
- 3.- Obtener forma de conveniencia.
- 4.- Eliminar la caries restante.
- 5.- Terminar la pared del esmalte.
- 6.- Limpiar la cavidad.

Siguiendo estos pasos se tendrá fácil acceso al área, se dará mayor retención y resistencia a las tensiones, evitando también la reincidencia de caries, pero siempre deberá tenerse en cuenta que se está trabajando en piezas primarias de bido a sus diferencias con las piezas permanentes.

Diagnóstico y elección del Tratamiento.

El dentista restaurará las piezas primarias basándose en su habilidad para manejar al niño. Se deben tomar en cuenta los siguientes factores para restaurar una pieza:

- 1.- Edad del niño.
- 2.- Grado de afección de la caries.
- 3.- Estado de la pieza y del hueso de soporte, observado radiográficamente.
- 4.- Momento de exfoliación normal.

5.- Efectos de la remoción o retención en la salud del niño.

6.- Consideración de espacio en el arco.

Desarrollo Facial y Erupción dental.

En el rostro existen muchas formaciones óseas, pero concentraremos nuestro interés en el maxilar superior y su asociación con los huesos palatinos, y en el maxilar inferior, sin olvidar que estos huesos son solo parte del rostro completo.

Orden de Erupción: El orden normal es el siguiente, según afirmación del Dr. S.B. Finn: "...Primero los incisivos centrales, seguidos por los incisivos laterales, primeros molares, caninos y segundos molares. Las piezas mandibulares generalmente preceden a las maxilares...". El momento de erupción es el siguiente: A los seis meses los centrales primarios maxilares, a los siete u ocho meses los laterales primarios mandibulares y a los ocho o nueve meses los laterales primarios maxilares. Al año aproximadamente hacen erupción los primeros molares. A los dieciseis meses aproximadamente los caninos primarios y generalmente los segundos molares erupcionan a los dos años.

La primera pieza permanente en hacer erupción es casi siempre el primer molar permanente mandibular a los seis años, pero el incisivo central permanente puede aparecer antes o al mismo tiempo. Entre los seis años y los siete hace erupción el primer molar maxilar, seguido del incisivo central maxi

lar entre los siete y los ocho años. Los incisivos laterales - maxilares permanentes erupcionan entre los ocho y nueve años.

El canino mandibular hace erupción entre los nueve y los once años, seguido del primer premolar y el segundo molar. El primer premolar maxilar hace erupción entre los diez y los once años. antes que el canino maxilar, que erupciona entre los once y doce años. Después erupciona el segundo premolar - maxilar, ya sea al mismo tiempo que el canino, o después de él. El segundo molar debe aparecer a los doce años.

Las variaciones de éste patrón pueden constituir un factor que ocasione ciertos tipos de maloclusiones.

Agentes Farmacológicos usados para el Control del Dolor.

Analgésicos.- Son agentes que reducen el dolor - sin afectar a la consciencia. Actúan elevando el umbral del dolor o modificando la percepción central, la interpretación o - reacción, o disminuyendo la actividad refleja y reduciendo los aspectos psicogénicos del dolor.

Analgésicos Narcóticos. El único de los muchos - alcaloides del opio que se usa en cierta medida en Odontología Infantil es el Fosfato de Codeína. Es un depresor del sistema nervioso. Es relativamente ineficaz cuando se toma por vía bucal.

Analgésicos No Narcóticos.- La aspirina y la po-

pular combinación de aspirina, fenacetina y cafeína (APC), son muy eficaces para analgesia bucal.

Anestésicos.- La anestesia local es el medio más usado para controlar el dolor en Odontología. Es la inyección de una solución de un anestésico bucal a lo largo de un tronco nervioso para bloquear la conducción, o periféricamente en la terminación del tronco nervioso por infiltración de tejidos. - Uno de los riesgos más frecuentes de la anestesia local son las inyecciones intravenosas accidentales. Se recomienda la aspiración antes de la inyección para controlar este tipo de complicación. Además de este riesgo, con los niños existen dos problemas especiales:

1.- Necesitan una preparación más cuidadosa para conseguir su cooperación y seguridad durante la inyección. No deberá inyectarse a ningún niño, hasta que sus movimientos corporales estén bajo completo control.

2.- Las distancias entre los puntos de referencia son ligeramente menores, y los puntos mismos son más pequeños, no puede en realidad considerarse que exista diferencia entre niños y adultos.

No es esencial incidir en el nervio mandibular con la punta de la aguja para producir anestesia, ya que esta se extenderá lo suficiente para producirla siempre que la solu-

ción no esté separada del nervio por una capa de músculo o un plano aponeurótico. Es muy aconsejable aplicar un anestésico tópico eficaz durante tres minutos antes de inyectar en los tejidos bucales del niño.

Sedantes: Existen varias drogas que producen efectos sedantes: los barbitúricos y el hidrato de cloral comúnmente se usan en sedación de niños pacientes dentales. Inducen un sueño tranquilo, del cual se despierta fácilmente. Algunas veces se despiertan algo excitados. Los que se usan más comúnmente son el fenobarbital (luminal), el amobarbital (amytal), el pentobarbital sódico (nembutal sódico), el secobarbital (seconal) y el tiopental sódico (pentotal sódico).

Tranquilizantes: Son las drogas que producen un efecto especial antipsicótico. Se cree que pueden actuar por inhibición de enzimas, o pueden provocar cambios metabólicos bioquímicos a niveles subcelulares. Algunos de ellos también cambian la actividad eléctrica de regiones específicas del cerebro:

Las drogas que han sido usadas más frecuentemente para sedación dental son la benzodiazepina-valium; las fenotiacinas-toracine, mellaril y compasine; el derivado del propano-equanil; y los difenilmetanos-atarax y vistanil.

Los anteriores son tranquilizantes menores (la di

ferencia con los mayores radica en su capacidad para reducir - las tensiones y la ansiedad en sus manifestaciones, ya sean mayores o menores), excepto las tres fenotiacinas.

Dique de Hule.-

Es una de las técnicas más valiosas porque retrae las mejillas y la lengua del campo de operación, disminuye las posibilidades de lesiones en tejidos, y de deglución o aspiración de materiales extraños, proporciona un campo seco, permite el uso de rociador de aire y agua en fresa de alta velocidad, - permite mayor visibilidad total y mayor accesibilidad.

Muchos niños se tranquilizan hasta el punto de -- dormirse cuando se usa el dique de hule, quizá porque sientan - que los dientes están aislados del resto del cuerpo.

No es pérdida de tiempo el uso de dique de hule, muy por el contrario, se pierde mucho menos el tiempo, ya que - no hay interrupción de ninguna clase entre el principio y el fin de la sesión.

Materiales de restauración.-

La amalgama de Plata: Es el material principal - utilizado para restauraciones en pacientes infantiles en dentaduras primarias y también en las permanentes. Generalmente se usa en piezas posteriores.

Al igual que la mayoría de los metales, es excelente conductora de cambios térmicos e impulsos eléctricos. -- Nunca deberá colocarse en cavidades profundas cercanas a pulpa vital, sin haber usado antes una capa aislante, o base, entre la resturación y la cámara pulpar.

Materiales del color de la pieza: Existen tres tipos: Cementos de Silicato, Resinas acrílicas (polimetilmetacrilato) y Resinas compuestas. El más popular de éstos materiales son las resinas compuestas que vienen de fábrica en forma de dos pastas separadas que se mezclan antes de utilizarse. Una pasta contiene la base y la otra el catalizador. Sus propiedades físicas son mejores:

- 1.- Mayor fuerza de compresión y de tensión.
- 2.- Dureza y resistencia superiores a la abrasión.
- 3.- Menor contracción de Polimerización.
- 4.- Menor coeficiente de expansión térmica.

Y sus desventajas son menores:

- 1.- Posibles cambios de color.
- 2.- Mayor rugosidad de superficie.

La presentación en forma de pasta ofrece más facilidad para la mezcla, se contrae menos que los acrílicos, insertándose en la cavidad en volumen, usando técnicas de presión. Su usan en Odontología Pediátrica tanto en piezas ante--

iores permanentes como en primarias. Aún no se ha determinado el grado de filtración clínica marginal, pero su mayor desventaja es la rugosidad de la superficie restaurada, incluso después de pulida.

Coronas de Acero Inoxidable: Son restauraciones muy satisfactorias cuando los molares están colocados correctamente, ya que de otra manera pueden causar problemas periodontales. Las indicaciones son: Cuando existe una gran lesión cariosa, hipoplasia del esmalte, terapéutica pulpar, y en pacientes con pobre higiene bucal.

El diente se debe reducir de tal manera que esté preparado para recibir una corona de acero inoxidable prefabricada. Al final se ajusta y se contornea para completar la operación. Se recomiendan los siguientes pasos para la preparación de piezas que llevarán coronas de acero inoxidable:

- Administrar anestesia local. Aislar con dique de hule.
- Reducir la cara oclusal 1.5 a 2 mm. para crear espacio para la corona y permitir establecer el correcto plano de oclusión.
- Quitar caries completamente antes de preparar las caras proximales.
- Completar la terapia pulpar cuando es necesaria.
- Reducir caras proximales.

- Reducir caras lingual y bucal.
- Reducir las esquinas para completar la preparación de la pieza.
- Probar la corona en la pieza ya reducida.
- Ajustar la corona hasta que la posición oclusal deseada se establezca usando los ejes marginales de los dientes adyacentes como guía.
- Se retira la corona y se ajusta aproximadamente 0.5 mm. por debajo de la encía.
- Cuando exista duda para la cementación, una radiografía puede ser útil.
- Secar cuidadosamente el diente y cementar la corona con cemento de poliacrilato, que parece ser de los más satisfactorios para cementar coronas.
- Una vez endurecido, se retira el exceso de cemento y se pasa un pedazo de hilo dental con un nudo a través del área interproximal.

Materiales de base.-

Cemento de Fosfato de Zinc: Se utiliza como recubrimiento y como base para dar aislamiento térmico en cavidades profundas y también para cementar coronas y puentes fijos. El uso que se le va a dar determina la consistencia de la mezcla. Su PH es sumamente ácido por lo que es irritante de la pulpa si

se coloca en cavidades profundas o que tienen túbulos dentina--
rio jóvenes. Sin embargo, cuarenta y ocho horas después se --
asienta la mezcla y las propiedades perniciosas a la pulpa son
mitigadas. Aunque por lo anterior no es muy recomendable apli-
carlo como base. Su uso más frecuente es para cementar coronas
o puentes fijos y bandas de ortodoncia, sin embargo en éstas -
últimas al quitarlas, puede aparecer un área de descalcifica---
ción poco estética, ya que el fosfato de zinc es soluble en los
líquidos de la boca y ocasiona un encadenamiento mecánico entre
la pieza y la banda, y se afloja o se sueltan, por lo que tiene
que ser recementada a intervalos periódicos.

Cemento de Policarboxilato: Es un material nuevo
compuesto de polvo, que es Oxido de Zinc modificado, y líquido
que es una solución acuosa de ácido poliacrílico. Tiene PH si-
milar al cemento de Fosfato de Zinc, pero no produce la irritan-
te respuesta de ésta. En Odontopediátria se usa para cementar
coronas de acero inoxidable y bandas de Ortodoncia, aunque se -
desconocen los resultados a largo plazo por el poco tiempo que
tiene en el mercado.

Oxido de Zinc-Eugenol: Su uso es bastante amplio:

- a) Como base protectora bajo una restauración de amalgama.
- b) Como obturación temporal.
- c) Como curación anodina para ayudar a la recuperación de pul-

pas inflamadas.

d) Como agente recubridor para coronas de acero inoxidable y de otros tipos.

También se puede usar como obturación de canales de la raíz en piezas primarias. Su PH es casi neutro, por lo que no produce tanta irritación pulpar como los cementos anteriores, pero como no está mezclado en proporciones de pesos calculados, siempre existirá algo de eugenol en estado libre que puede causar irritación crónica, entonces se prefiere utilizar una capa de Hidróxido de Calcio en cavidades profundas donde exista la posibilidad de exposiciones no detectables clínicamente. En Odontopediatría es especialmente útil para cementar coronas de acero inoxidable. No se usa para cementar coronas de fundá acrílica, ya que el eugenol ataca a las resinas.

Hidróxido de Calcio: Es polvo que se mezcla con agua destilada, que forma una pasta cremosa de alta alcalinidad (PH de 11 a 13). El Hidróxido de Calcio aumentará la dureza y densidad de la dentina que queda debajo en piezas primarias y permanentes. Se ha observado un aumento en la dureza de la dentina en períodos hasta de quince días. Estos cambios se producen por depósitos intratubular de dentina secundaria, son protectores y beneficiosos para la pulpa, ya que cuanto más aumente la densidad de la dentina entre el piso de la cavidad y la -

na, mejor protegida estará éste contra el ingreso de irritan-
químicos y bacterianos.

Cuando se usa hidróxido de calcio en técnicas de
tamamiento pulpar indirecto, parece detener la lesión, esterifi-
car la capa residual profunda de caries, remineralizar la den-
ta cariada y producir depósitos de dentina secundaria.

Tamamiento Pulpar de Piezas Primarias.-

El objetivo de las terapéuticas pulpares realiza-
das en Odontología ha sido siempre el mismo: Tratamientos acer-
dos de pulpas afectadas por caries, para que la pieza pueda re-
manecer en la boca en condiciones saludables y no patológi-
cas. La pieza primaria que ha sido preservada de ésta manera,
solo cumplirá su papel masticatorio, sino que también actua-
de excelente mantenedor de espacio para la dentadura perma-
nente.

Dentro de la pulpa están los vasos sanguíneos, va-
sos linfáticos, nervios, células de defensa, substancia base y
odontoblastos, que a su vez se comunican con el resto del cuerpo.
Sin embargo, otra característica de la pulpa es la presencia de
odontoblastos necesarios para la producción de la dentina. Los
nervios autónomos y sensitivos completan los estímulos que unen
la pieza al cuerpo. Por la transmisión de estímulos de los ner-
vios autónomos a los capilares, la vasodilatación aumentada, -

crea presión en las terminaciones de los nervios libres o nervios sensitivos, y a su vez se experimenta una reacción de dolor. En las piezas primarias la pulpa está más cercana a la superficie exterior, y las caries pueden penetrar más fácilmente. La exposición pulpar se presenta cuando se quebranta la continuidad de la dentina que rodea a la pulpa por medios físicos ó bacterianos.

Existen ciertos procedimientos y técnicas aplicables a todas formas de tratamiento pulpar dental:

- 1.- Técnicas indoloras.
- 2.- Dique de Hule.
- 3.- Higiene, que significa operar en condiciones casi estériles dentro de la cámara pulpar.

Recubrimiento Pulpar.- La forma más sencilla de terapéutica pulpar es el recubrimiento de la pulpa, siendo el hidróxido de calcio el material más adecuado. Con éste se persigue la creación de dentina nueva en el área de exposición, y la consiguiente curación del resto de la pulpa, o su retorno a condiciones normales. En piezas primarias se logran mejor los recubrimientos pulpares solo en aquellas piezas cuya pulpa dental ha sido expuesta mecánicamente con instrumento cortante al preparar la cavidad, ya que al estar anestesiado y aislado, no tendrá contacto la saliva con el área expuesta. Se limpia el -

área expuesta y se coloca hidróxido de calcio sobre la exposición, y sobre éste se coloca cemento de fosfato de zinc ó óxido de Zinc-eugenol.

Recubrimiento Pulpar Indirecto: Cuando radiográficamente se aprecia penetración profunda de caries en la dentina muy cercana a la pulpa, no se elimina completamente para no penetrar el cuerno pulpar. Se coloca una pasta espesa de hidróxido de calcio sobre la caries restante, y directamente sobre éste, una restauración de amalgama. Después de seis meses, se elimina la amalgama y el resto de la caries.

Pulpotomía con Hidroxido de Calcio: La pulpotomía puede definirse como la eliminación completa de la porción coronal de la pulpa dental, seguida de la aplicación de curación o medicamento adecuado que ayude a la pieza a curar y a preservar su vitalidad. Se siguen los siguientes pasos:

- 1.- Anestesia adecuada.
- 2.- Colocación de Dique de Hule.
- 3.- Limpieza de piezas y área circundante con un germicida adecuado.
- 4.- Con fresa esterilizada y enfriamiento de agua se expone ampliamente el techo de la cámara pulpar.
- 5.- Con cucharilla escavadora afilada y estéril se extirpa la pulpa, tratando de lograrlo de una sola pieza, hasta los -

orificios de los canales.

- 5.- Se limpia con agua esterilizada y algodón, si persiste la hemorragia, la presión de torundas impregnadas con hidróxido de calcio será generalmente suficiente para inducir la coagulación.
- 7.- Aplicación de hidróxido de calcio en pasta sobre los muñones amputados.
- 8.- Aplicación de una base de cemento después del hidróxido de calcio para sellar la corona. El Cemento es generalmente de óxido de zinc-eugenol.

En la mayoría de los casos, después de pulpotomía es aconsejable restaurar las piezas cubriendo totalmente con corona de acero, puesto que dentina y esmalte se vuelven quebradizos y deshidratados después de éste tratamiento. Los pacientes deberán ser examinados a intervalos regulares para evaluar el estado de la pieza tratada. La ausencia de dolor o molestias no es indicación de éxito. Se debe controlar radiográficamente para determinar cambios en tejidos periapicales o señales de resorción interna.

Pulpotomía con formocresol: El formocresol se usa como sustituto del hidróxido de calcio para realizar pulpotomías en piezas primarias, ya que ha tenido mayor porcentaje de éxito. El formocresol no induce formación de barrera calci-

ficada o puente de dentina en el área de amputación. Crea una zona de fijación en áreas donde entró en contacto con tejido vital. Esta zona libre de bacterias es inerte, es resistente a autólisis y actúa como impedimento a infiltraciones microbianas posteriores.

Este procedimiento es únicamente aplicable en piezas primarias. En cada caso, la pulpa debe tener vitalidad (por comprobación), y estar libre de supuración y de otros tipos de evidencia necrótica. Pasos para ésta operación:

- 1.- Anestesia adecuada y profunda.
- 2.- Colocación del dique de hule.
- 3.- Limpieza del área circundante y las piezas con algún germicida.
- 4.- Con fresa de fisura estéril se abre la corona de la pieza, se quita toda la caries y se expone el techo de la cámara pulpar.
- 5.- Se elimina el techo de la cámara pulpar evitando invadir la cavidad pulpar con la fresa en rotación.
- 6.- Se elimina la pulpa coronal con cucharillas estériles hasta los orificios de los canales.
- 7.- Se sumerge una pequeña torunda de algodón en formocresol y se coloca en la cámara pulpar.
- 8.- Después de cinco minutos se extrae el algodón y con óxido de zinc-eugenol se sella la cavidad pulpar. El líquido de

Este cemento deberá consistir en partes iguales de formocresol y eugenol.

Si persiste la hemorragia puede ser aconsejable hacer dos visitas para terminar la pulpotomía. En éste caso el algodón con formocresol se deja en contacto con la pulpa y se sella temporalmente con cemento de óxido de zinc-eugenol. En un período de tres a cinco días se vuelve a abrir la pieza, se extrae el algodón y se aplica una base de óxido de zinc-eugenol formocresol contra los orificios de los canales.

Pulpectomías de Piezas primarias: Pulpectomía - significa la eliminación de todo tejido pulpar de la pieza, incluyendo las porciones coronarias y radiculares. Deberán tenerse en cuenta los siguientes puntos como importantes al realizar tratamientos endodónticos de piezas primarias:

- 1.- No penetrar más allá de las puntas apicales al alargar los canales, ya que se puede dañar el brote de pieza permanente en desarrollo.
- 2.- Se usará un compuesto resorbible como óxido de zinc-eugenol como material de obturación.
- 3.- El material de obturación se presionará ligeramente para que nada o casi nada atraviese el ápice de la raíz.
- 4.- No deberá eliminarse el final de la raíz de la pieza (apicectomía) a menos que no exista pieza permanente en proceso de

desarrollo.

Este tipo de tratamientos endodónticos llegan a tener éxito, pero la forma estrecha, tortuosa y acordonada de los canales hacen éste tratamiento muy delicado.

Saforide: (Fluoruro de Plata en solución amoniaca al 2%). Es un medicamento de relativa reciente comercialización. Su antecesor inmediato fué el Nitrato de Plata en solución amoniaca al 2%.

La función de éste medicamento es detener el proceso carioso por medio de una serie de reacciones de intercambio químico y acción inhibitoria del metabolismo celular del fluoruro.

Es un producto altamente contaminante, razón por la que se emplea en procesos cariosos tales como caries de primer o segundo grado en niños muy pequeños, o en dientes próximos a exfoliarse, en los cuales no es costeable hacer una restauración costosa.

Se utiliza también como material de detección de caries en molares de la siguiente manera: Se emplean aplicaciones periódicas con intervalos crecientes, de modo que la primera aplicación estará separada de la segunda por una semana de tiempo, de la tercera por quince días. Esperaremos un mes para la cuarta aplicación, tres meses para la quinta, seis meses para la

sexta aplicación y así sucesivamente. Y serán tres minutos el tiempo de aplicación del material en todas las ocasiones.

La principal desventaja es la estética, ya que presenta una coloración negra por acción de la plata.

Enfermedades Periodontales en los niños.-

El término de enfermedad Periodontal se ha asociado con las etapas finales de la enfermedad dental: pérdida dental, bolsas profundas, formación de pus y grandes pérdidas óseas, en las que los métodos de tratamiento son ineficaces, por lo tanto se ha considerado a la enfermedad periodontal como enfermedad degenerativa de las últimas etapas de la vida.

Sin embargo, las enfermedades periodontales son lentas y progresivas, se extienden durante muchos años, y sus síntomas iniciales son muy comunes en los niños.

Este tipo de enfermedades ocurre a cualquier edad. Son procesos muy lentos y sus fases iniciales son comunes antes de la pubertad.

Encías Normales en la Infancia: Las encías infantiles son de color rosa pálido, más semejante al color de la piel de la cara que al de los labios, y deberá estar firmemente unida al hueso alveolar. Están más cerca de las superficies oclusales de las piezas, son aplastadas, voluminosas y llenan completamente el espacio interproximal.

Durante la infancia ocurren cambios en la mandíbula debido al desarrollo y crecimiento. Aparecen espacios entre las piezas a causa del crecimiento aposicional del hueso alveolar, pero no debe asociarse a gingivitis.

Raramente se presentará infección al hacer erupción una pieza, y si el niño presenta fiebre, definitivamente no debe atribuirse a la erupción dental.

Al inflamarse la encía, lo primero que se observa es hiperemia, también encontramos edema: la encía intersticial se agranda y la superficie aparece brillante, húmeda y tensa. Como la papila contiene mayor masa de tejido, al sufrir edemas e inflamaciones aparece como un nódulo escarlata en protrusión por entre las piezas.

La salud en general modifica la reacción de los tejidos a la irritación local, pero la gingivitis es causada principalmente por factores locales como son la masticación, el humedecimiento y secado de saliva alternativamente al aire, los condimentos, la alcalinidad y acidez de los alimentos producen irritación química y los productos manufacturados producen irritación bacteriana.

La naturaleza de los alimentos influye en la adherencia de los desechos alrededor de las piezas, así como también la eficacia de la oclusión dental, fuerza de masticación y flujo de saliva.

El tipo de alimentos que dejan mayor cantidad de desechos alrededor de las piezas son las mezclas blandas, semilíquidas y suaves que requieren muy poca masticación. El tipo de alimentos que con mayor eficacia limpian los dientes es el fibroso, como carnes sin moler, pescado, verduras frescas y duras y frutas.

La higiene en los niños deberá ser estimulada, su supervisada y deberán examinarse los resultados finales. Cepillar ruda y vigorosamente lesiona la encía intersticial, y el niño se niega a continuar. Los movimientos suaves del cepillo dental pueden ser inneficaces, ya que requieren mucho tiempo y el niño pierde la paciencia. Lo mejor será combinar un régimen de higiene alimenticia y un régimen supervisado de higiene bucal continuos, ya que el niño por sí solo no es muy afecto a la limpieza.

La gran mayoría de los casos de inflamación gingivales son causados por la acumulación de desechos gravemente infectados de la superficie de la pieza en el borde formado por el margen gingival. Deben reducirse o eliminarse todos los factores que contribuyen a la acumulación de material en la superficie dental.

Las causas más comunes son: mal alineamiento dental, maloclusión, posición de boca abierta, caries dental e higiene bucal defectuosa. Cuando un frenillo es afectado con el

el escanso gingival, deberá ser eliminado. En caso de que exista hipertrofia de los tejidos gingivales o profunda formación de bolsas, puede ser necesaria una gingivectomía.

Hasta aquí los materiales y tratamientos básicos en Odontología Infantil, los cuales, debemos recordar, son la base y el principio de la consulta dental, que debemos procurar que en el paciente dure toda la vida.

CONCLUSION

Podemos concluir que el conocimiento psicológico del niño es primordial para poder entender su comportamiento y sus actitudes, siendo esto muy importante para el manejo óptimo de los pequeños en el consultorio dental.

Al conocer el ambiente en que se desenvuelve nuestro pequeño paciente podremos comprenderlo y hasta influir en - su proceder futuro, al ser el dentista una figura digna de confianza y amistad.

Debemos también tener en cuenta que es una persona en desarrollo: démosle conocimiento del tratamiento, el porqué de la instrumentación, confianza en nuestro trato y obtendremos ayuda y cooperación de su parte, ya que él mismo sentirá el respeto que el dentista le brinda.

El Odontólogo que atenderá niños deberá estar preparado para controlar cualquier situación: el conocimiento de la Psicología Infantil será la base para que su fuente de trabajo -los niños- sean constantes en sus visitas.

Ya no es el tiempo de gritar, amenazar o acudir a los padres para controlar a los niños en el sillón dental. Es el tiempo, y de nosotros depende el realizarlo, de controlar - tanto al pequeño paciente, a sus padres y a nosotros mismos; y

Lograr mediante estudio, comprensión y paciencia la cooperación
del niño, que en el futuro será un buen paciente adulto.

Profundicemos en el conocimiento de la niñez, y -
encontraremos un mundo encantador y atrayente que a la vez nos
sentará las bases para tratar a los niños, los cuales, debemos re-
cordar, son el único patrimonio de la humanidad.

BIBLIOGRAFIA

- Gesell, Arnold. El niño de uno a cinco años. Editorial --
Paidós. Buenos Aires. 1972.
- Gesell, Arnold. El niño de cinco a diez años. Editorial --
Paidós. Buenos Aires. 1973.
- Gesell, Arnold. El Adolescente de diez a dieciseis años. -
Editorial Paidós. Buenos Aires. 1973.
- Wolff, Werner. Introducción a la Psicología. Fondo de Cul-
tura Económica. México. 1969.
- Finn, Sidney. Odontología Pediátrica. Editorial Interame-
ricana. México. 1976.
- Horta, Amelia. Cátedra de Odontología Infantil en la Clíni-
ca Periférica Vallejo. UNAM. Inédito, 1977
- ASDC. J. Ornt Restauraciones de molares Primarios con coro
of Child. nas de acero inoxidable. Nov-Dec-1976.
.Vol XLIII. No. 6
- Camoin de Estellés, Un estudio de la interrelación del desarro
Rafaola. llo emocional del niño y su ambiente familiar
Tesis. Psicología. UNAM. 1973.

- Andrade, Patricia Relación entre medio ambiente familiar, grupo de amigos y delincuencia juvenil. Tesis Psicología. UNAM. 1979.
- Sosa, Mario. La actitud de los hijos hacia el Padre alcohólico. Tesis. Psicología. UNAM. 1976.
- Marcovich, Jaime. El maltrato a los hijos. Editorial Edicol México. 1978.
- Ellis, Albert. Sexo, Infancia y Neurosis. Editorial Grijalbo. México. 1974.
- Ajuriaguerra, J. Manual de Psiquiatría Infantil. Toray-Masson. Barcelona. 1976.
- Mussen, Conger, Desarrollo de la Personalidad en el Niño. Kagan. Editorial Trillas. México. 1975.
- Meneses, Ernesto. Educar comprendiendo al niño. Editorial Trillas. México. 1978.