



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PREVENCION DE CARIES Y MANEJO DEL NIÑO EN ODONTOPEDIATRIA

T H E S I S

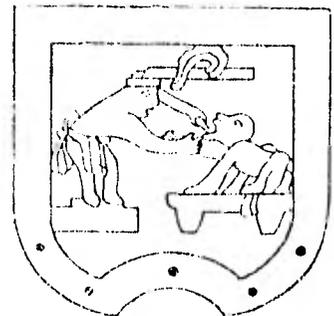
Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

Presentan:

Irasema Elizabeth Negrin Pérez

Rosa María Othón García



MEXICO, D. F.

1982



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.

I N D I C E

INTRODUCCION

- CAPITULO I: CARIES DENTAL.
- CAPITULO II: TEORIAS DE CARIES.
- CAPITULO III: PLACA DENTOBACTERIANA COMO FACTOR PREDISPO-
NENTE EN LA CARIES DENTAL.
- CAPITULO IV: DIETA Y CARIES DENTAL.
- CAPITULO V: CUIDADOS EN EL EMBARAZO.
- CAPITULO VI: CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DEL NIÑO EN --
LAS DIFERENTES ETAPAS DEL DESARROLLO.
- A). Lactante (recién nacido).
- B). Infante (de 2 a 3 años)
- C). Preescolar (de 4 a 6 años)
- D). Preadolescente.
- CAPITULO VII: NATURALEZA DEL MIEDO.
- CAPITULO VIII: PATRONES DE CONDUCTA DE LOS PADRES
- A). Padres positivos
- B). Protección Excesiva.
- C). Rechazo o indiferencia.
- D). Ansiedad excesiva.
- E). Dominantes
- F). Identidad.
- CAPITULO IX: TIPOS DE CONDUCTA DEL NIÑO
- A). Niño tímido, Asustadizo y Vergonzoso.
- B). Incorregible o consentido
- C). Desafiante.
- D). Miedoso.
- E). Enfermo.
- CAPITULO X: ASPECTOS PSICOLOGICOS INFANTILES DIRIGIDOS
A LA PRACTICA ODONTOLOGICA.
- CAPITULO XI: COMPORTAMIENTO DEL NIÑO A LA EXPERIENCIA
ODONTOLOGICA.

- A). Temor
- B). Ansiedad
- C). Resistencia.
- D). Timidez.

CAPITULO XII: NUTRICION

- A). Alimentación durante la lactancia.
- B). Alimentación materna.
- C). Alimentación por leche de fórmula.

CAPITULO XIII: VITAMINAS

CAPITULO XIV: LOS FLUORUROS EN LA PREVENCION DE CARIES.

CAPITULO XV: HIGIENE BUCAL.

CAPITULO XVI: TECNICAS DE CEPILLADO

CONCLUSIONES:

BIBLIOGRAFIA:

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

La prevención de caries trata principalmente de evitar la iniciación de las lesiones más que detener o reparar las ya existentes; la caries por tanto, se resuelve en la prevención de caries de esmalte más que en el tratamiento de caries de dentina.

El exámen bucal en niños poco después de los 12 meses de edad y antes de los 2 años, brinda una oportunidad en el diagnóstico de caries incipientes, registro de erupción anormal y establecimiento de un plan preventivo de salud bucal.

El descubrimiento de caries en el niño cerca del décimo mes puede prevenir el avance de las lesiones incipientes. La caries puede aparecer en grado alarmante en niños menores de 2 años de edad.

El temor a los procedimientos odontológicos, adquiridos en sus propias experiencias, puede influir en los padres para que descuiden las necesidades de sus hijos.

Si el niño presenta una elevada susceptibilidad a la caries; el exámen de los padres y hermanos puede brindar argumentos para motivarles respecto a medidas preventivas.

La solución al problema de salud dental no es fácil, se requiere para ello de tiempo, recursos económicos, humanos y médicos, los cuales deben ser enfocados a través de programas de prevención.

La prevención puede iniciarse desde el embarazo de la madre y llevarse a cabo mediante los hábitos de alimentación (balanceada y con horarios establecidos), hábitos de higiene, manejo de una buena técnica de cepillado, y protección

dentaria por medio de fluoración.

Las medidas preventivas en el hogar requieren una presentación entusiasta. Motivar al niño para que adquiriera hábitos de cepillado dentario, utilización de la seda dental y para que los padres lo supervisen, debe ser un proceso de enseñanza continuo.

La higiene bucal para el niño es importante porque la presencia de placa está relacionada con la producción de caries y de gingivitis.

Tanto el odontopediatra como el odontólogo familiar necesitan promover programas de prevención enérgicos y ordenados para los niños y para los padres. El tratamiento odontológico integral es una forma de prevención e incluye interceptar el progreso de la enfermedad de los tejidos blandos y duros de la boca y aliviar los trastornos bucales.

C A P I T U L O I

C A R I E S D E N T A L.

La caries dental representa un problema primordial en la odontología y debe ser tratado en la práctica cotidiana, no sólo desde el punto de vista de los problemas de restauración, sino también desde el de los procedimientos preventivos destinados a reducir el problema.

Es un procedimiento químico-biológico que destruye las partes duras y blandas del diente y se inicia de afuera hacia adentro.

En esta enfermedad intervienen microorganismos (lactobacilos, estreptococo acidúricos, difteroides, levaduras, esta filococos y ciertas cepas sacarinas) y ácidos, principalmente el ácido láctico, formado por la descomposición de los hidratos de carbono. Se caracteriza por la descalcificación de las partes inorgánicas del diente, seguida por la desintegración de las partes orgánicas. (8).

ETIOLOGIA.- En la caries intervienen dos factores importantes: el coeficiente de resistencia del diente y la fuerza de ataque de los agentes químico-biológicos.

El coeficiente de resistencia del diente está en relación directa con la riqueza de las sales calcáreas que lo componen, y está sujeto a variaciones individuales, que pueden ser hereditarias y adquiridas. La caries no se hereda, pero si la predisposición del órgano a ser fácilmente atacado por los agentes exteriores. Se hereda la forma anatómica del diente, que puede facilitar o no el proceso carioso. En

familias enteras puede verse que es frecuente y común la caries, y es debido muchas veces a la alimentación defectuosa y deficiente, dietas mal balanceadas, enfermedades infecciosas, etc. Esto se aplica también por extensión a la raza, -- pues es distinto el índice de resistencia de las diversas razas, y en ellas por sus costumbres, el medio en que viven y el régimen alimenticio, hacen pasar de generación en generación la mayor o menor resistencia a la caries.

Se puede decir que las razas blancas y amarillas presentan un índice de resistencia menor que la raza negra.

La caries es más frecuente en la niñez y la adolescencia que en la edad adulta, en la cual el índice de resistencia alcanza el máximo.

El oficio u ocupación es otro factor que debe tomarse en cuenta, pues la caries es más frecuente en los impresores y zapateros que en los mecánicos y albañiles; y es más notable en los dulceros y panaderos que en los campesinos. (15)

FACTORES QUE CONTRIBUYEN EN LA CARIES DENTAL

La sola presencia de los microorganismos y un sustrato favorable en un determinado punto de la superficie dental -- es, insuficiente para que se establezca una caries en todos los casos. Las variaciones en frecuencia existen probablemente debido a una cantidad de factores directos e indirectos.

En un congreso mundial sobre el mecanismo de caries dental y técnicas de control, celebrado en la Universidad de Michigan en 1947, se realizó una valoración concisa del conocimiento disponible sobre ciertos aspectos. Se enumeró una -- cantidad de factores indirectos de posible influencia en su

etiología, que son los siguientes:

A) DIENTE.

- composición.
- características morfológicas.
- posición.

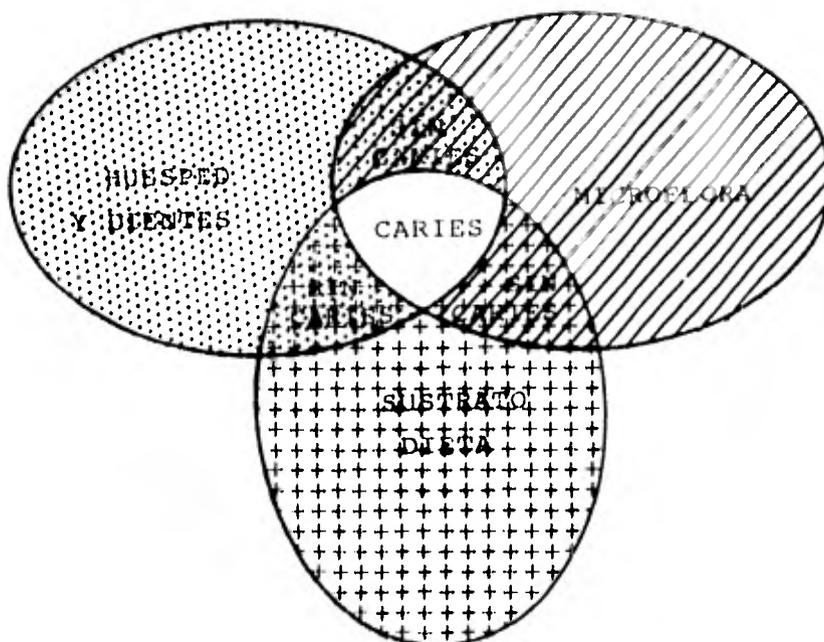
B) SALIVA.

- composición (orgánica e inorgánica)
- pH.
- viscosidad.
- factores antibacterianos.

C) DIETA.

- Factores físicos (calidad de la dieta)
- Factores locales (contenido de carbohidratos, vitaminas fluor).

La acción recíproca de los diversos factores asociados con la etiología de la caries, demuestran que la iniciación de la misma depende de la presencia de cierta microflora bucal cariogénica, un sustrato favorable y una superficie dental susceptible. (4)



SINDROME DE MAMILA

Ocasionalmente, niños de más de un año de edad continúan recibiendo un biberón de leche o líquido azucarado durante la siesta o al acostarse por la noche. Cuando se toma la historia médica, el padre puede indicar que el niño, después del período de destete ha recibido el biberón para calmar su conducta o para ayudarlo a dormirse. Interceptar este hábito de alimentación prolongada con mamaderas puede prevenir la aparición o avance del patrón característico relacionado de caries, conocido como Síndrome de mamila (caries por biberón).

El contenido hidrocarbonado del biberón se rebalsa alrededor de los dientes anteriores superiores, proporcionando un medio de cultivo para los microorganismos acidógenos. Durante el dormir, el flujo salival está disminuido y el despeje de los líquidos de la boca es más lento. Típicamente estas lesiones circunferenciales comienzan en el tercio cervical de la cara labial de los dientes anteriores superiores; pueden extenderse a las zonas proximales y linguales. Progresan rápidamente y pueden contribuir a la fractura de las porciones incisales de los incisivos primarios superiores, con la resultante necrosis pulpar y la formación de abscesos periapicales. En pocos meses las zonas oclusales de todos los primeros molares primarios pueden estar intensamente afectados en esa caries de avance tan rápido. Los incisivos primarios inferiores no suelen ser afectados por el biberón, ya que la lengua está ubicada sobre esos dientes mientras sostiene la tetina en boca. (8)

C A P I T U L O II

TEORIAS DE CARIES

1) TEORIA ACIDOGENA O QUIMICOPARASITARIA.- En el siglo pasado empezó a especularse sobre la relación de los microorganismos con el bienestar del hombre. Las investigaciones de Pasteur y Koch atrajeron la atención hacia la posibilidad de que las bacterias fueran factores etiológicos en muchos estados patológicos, y era muy natural que se investigaran sus posibles influencias en la producción de la caries dental. Poco antes del comienzo del siglo, Miller acumuló evidencias presuntivas, afirmando que ciertas bacterias bucales eran agentes causales de la caries dental. Mostró que ciertos microorganismos seleccionados, recuperados de la cavidad bucal prosperaban en medios de carbohidratos, y que en los productos de su metabolismo existían cantidades considerables de ácidos orgánicos. Estas últimas substancias, a su vez, eran capaces de descalcificar el esmalte y dentina. Esta teoría afirma que sobre los carbohidratos fermentables actúan microorganismos bucales para formar ácidos orgánicos. Los ácidos progresivamente destruyen las porciones inorgánicas del diente. Subsecuentemente, los mismos microorganismos bucales, siguiendo otros procesos, provocan la destrucción de las porciones orgánicas. La acción conjunta de estos dos procesos dan por resultado una lesión cariosa. (3)

Ahora ha sido ya demostrado concluyentemente que una cantidad de microorganismos pueden producir ácidos de notencia suficiente para descalcificar el tejido dental.

Los ácidos que descalcifican inicialmente el esmalte tienen pH de 5.2 o menos, y se forman en la placa microbiana

o debajo de ella, la cual será descrita posteriormente. La placa dental o barra mecánica está presente en todos los dientes susceptibles o inmunes a la caries. (8)

2) TEORIA PROTEOLITICA.- Se han acumulado pruebas de que la porción orgánica del diente pueda desempeñar un papel importante en el proceso carioso.

El esmalte está compuesto de 0.56% de sustancia orgánica, como las laminillas del esmalte y vainas de los prismas. Las laminillas, según Bodecker, pueden tener importancia en el avance de la caries dental, puesto que pueden servir de vías de penetración para los microorganismos a través del esmalte.

Gottleib (1944), Diamod y Applebaum (1946), postularon que la caries es esencialmente un proceso proteolítico: los microorganismos invaden los pasajes orgánicos y los destruyen en su avance; admitieron que la proteolisis iba acompañada de la formación de ácido, en cantidades menores cuando se trataba de laminillas y mayores cantidades en las vainas de los prismas y sostienen que la pigmentación amarilla era característica de la caries y se debe a la producción de pigmentos por microorganismos proteolíticos. (10)

3) TEORIA PROTEOLITICA-QUELACION.- La quelación es un proceso de incorporación de un ión metálico a una sustancia compleja, mediante una unión covalente coordinada que da por resultado un compuesto muy estable, poco disociable o débilmente ionizado. Esta quelación es muy independiente del pH existente en el medio, de manera que puede ocurrir una eliminación de iones metálicos de calcio, aún de sistemas biológicos de calcio y fósforo con un pH neutro o hasta alcalino. Hay muchos agentes quelantes biológicos naturales, de los

cuales el más común es el citrato.

Esta teoría explica la etiología de la caries dental como dos reacciones:

- 1) Una destrucción de la matriz orgánica.
- 2) Una pérdida de material inorgánico debida a la acción de los agentes de quelación que son liberados como productos de degeneración de la matriz.

Estos agentes de quelación comprenden ácidos que podrían disolver la apatita inorgánica por la actividad de sus iones de hidrógeno disociados. Parece factible que a pH más elevado, ciertos ácidos y otros agentes liberados por la disociación de la matriz orgánica pudieran actuar también como agentes de quelación para disolver la apatita. Los conocimientos actuales no permiten afirmaciones totalmente seguras sobre el papel de los ácidos orgánicos en el proceso de destrucción dentaria. Los ácidos están presentes en la superficies dental y en lesiones cariosas, pero queda a investigaciones futuras establecen el papel exacto de los ácidos y microorganismos en la producción de la caries dental (3).

C A P I T U L O I I I

PLACA DENTOBACTERIANA COMO FACTOR PREDISPONENTE EN LA CARIES
DENTAL

La placa dentobacteriana es un depósito blando, amorfo, -agranular, que se acumula sobre la superficie dental, se adhiere firmemente a las superficies subyacentes, de la cual se desprende sólo mediante la limpieza mecánica. No es visible, -salvo que se manche con pigmentos de la cavidad bucal, o sea_ teñida con soluciones reveladoras.

A medida que se acumula, se convierte en una masa globular visible cuyo color varía del gris y gris amarillento al -amarillo. (5)

La formación de la placa se lleva a cabo en diferentes -fases:

Primera Fase: Formación de la película adherida exógena, sin células.

Esta película se forma dentro de pocas horas y se presenta en el microscopio electrónico como una membrana homogénea_ de 1 a 3 mm de espesor.

Hay dos teorías acerca de la formación de la película adherida:

- a) Absorción y precipitación.
- b) Desdoblamiento enzimático.

a) Los mucopolisacáridos o glucoproteínas que otorgan a_ la saliva sus propiedades viscosas tienen gran afinidad selectiva por la apatita que constituye el 97% del peso del esmalte. Al contacto con el apatita o con superficies cristalinas_

químicamente similares, se modifica la estructura molecular interna, por lo que -las glucoproteínas son degradadas, se vuelven insolubles y según esta teoría, son absorbidas por la superficie del esmalte.

b) La película adherida exógena no contiene ácido sialfínico contrariamente a las mucinas salivales frescas. Los microorganismos de la placa y otros presentan actividad de neuramidasa (el ácido sialfínico es un derivado alquílico del ácido neuramínico), el efecto enzimático sobre el ácido sialfínico posiblemente provoca una precipitación de las mucinas.

c) Una combinación de los dos procesos que no se excluyen entre sí.

Segunda Fase: Invasión de la película por microorganismos bucales.

Algunos microorganismos, en especial cocos grampositivos logran aferrarse a la película. Las bacterias se multiplican con rapidez y forman una capa de hasta 20 mm de espesor; luego se resorbe la película de modo que en algunos lugares se produce un contacto directo entre las bacterias y los cristales del esmalte.

Empieza después a aflorar material fibrilar, visible en las bacterias que se multiplican rápidamente; se trata de polisacáridos extracelulares que constituyen el comienzo de una matriz tridimensional poco electronpermeable para el armazón extracelular de la placa.

Tercera Fase: Fusión en algunas colonias de bacterias y crecimiento en espesor.

Las primeras colonias de cocos que se extienden en forma lateral sobre la superficie del esmalte se fusionan entre sí. Dentro de ellas se depositan filamentos de diferentes longitudes (leptothrix, nocardia y actinomyces).

El crecimiento en colonias y el agregado de filamentos, a menudo ordenados en forma de empalizada, junto con los polisacáridos extracelulares dan a la placa un sostén adicional.

Enzimas bacterianas extracelulares (diferentes sacarosas, o sea compuestos que desdoblan las sacarosas) producen más polisacáridos extracelulares: fructano soluble (leván), glucano soluble (dextrán) y glucano insoluble (mután). Los muy pegajosos glucanos aumentan las propiedades adhesivas de la placa e intensifican la cohesión de las bacterias.

Cuarta Fase: Placa madura bien diferenciada.

Como formaciones bien diferenciadas pueden encontrarse:

- 1) Una placa no calcificada, microbióticamente muy activa.
- 2) Tártaro supragingival.
- 3) Depósitos pigmentados como estado final que se manifiestan ya en la segunda fase. (6)

COMPOSICIÓN DE LA PLACA.

La placa consiste en microorganismos proliferantes y algunas células epiteliales, leucocitos y macrófagos en una matriz intracelular adhesiva. Los sólidos orgánicos constituyen alrededor del 20% de la placa; el resto es agua. Las bacterias constituyen aproximadamente el 70% del material sólido y el resto es matriz intracelular. La placa se colorea positivamente en el ácido periódico de Schiff (PAS) y ortocro-

máticamente con azul de toluidina.

BACTERIAS DE LA PLACA.

La placa dentaria es una sustancia viva generadora, con muchas colonias de microorganismos en diversas etapas de crecimiento. A medida que se desarrolla la placa, las bacterias cambian de un predominio inicial de cocos (fundamentalmente grampositivos) a uno más complejo que tiene muchos bacilos filamentosos y no filamentosos.

Al comienzo las bacterias son casi en su totalidad cocos facultativos y bacilos (neiseria, nocardia y estreptococos).

Los estreptococos forman alrededor del 50% de la población bacteriana, con predominio de *Streptococcus Sanguis*; -- cuando la placa aumenta de espesor, se crean condiciones anaerobias dentro de ella, y la flora se modifica en concordancia con esto. Los microorganismos de la superficie posiblemente consiguen su nutrición del medio bucal, mientras que los de la profundidad utilizan además productos metabólicos de otras bacterias de la placa y componentes de la matriz de la placa.

Entre el segundo y el tercer día, los cocos gramnegativos y bacilos aumentan en cantidad y porcentaje (de 7 a 30%), de los cuales alrededor del 15% son bacilos anaerobios.

Entre el cuarto y quinto día, *Fusobacterium*, *Actinomyces* y *Veillonella*, todos anaerobios puros, aumentan en cantidad, *Veillonella* comprende el 16% de la flora.

Al madurar la placa, al séptimo día aparecen espirilos y espiroquetas en pequeñas cantidades, especialmente en el -

surco gingival.

Los microorganismos filamentosos continuan aumentando - en porcentaje y cantidad; el mayor aumento es de actinomyces nauslundi, de 1 a 14% desde el decimocuarto al vigésimo primer día.

Entre el vigésimo octavo y el nonagésimo días, los estreptococos disminuyen de 50% a 30 o 40%. Los bacilos, especialmente las formas filamentosas, aumentan hasta aproximadamente 40%. (5)

C A P I T U L O IV.

DIETA Y CARIES DENTAL.

Los carbohidratos, grasas y proteínas son alimentos que están al alcance del hombre.

CARBOHIDRATOS.- Son los más cariogénicos, principalmente los disacáridos como la sacarosa que puede penetrar en la placa dentobacteriana y fermentarse por medio de las diferentes bacterias y formar complejos ácidos orgánicos que destruyen al diente.

Para que se produzca la caries dental, los carbohidratos deben:

- a) Estar presente en las dietas en cantidades significativas.
- b) Desaparecer lentamente, o ser ingeridos frecuentemente.
- c) Ser fácilmente atacados por bacterias cariogénicas.

Los carbohidratos que reúnen estas características son:

- 1) Los almidones polisacáridos.
- 2) Disacáridos sacarosa.
- 3) Monosacárido glucosa.

El almidón está presente principalmente en las legumbres y cereales.

El disacárido sacarosa se encuentra en la dieta humana como azúcar de caña o refinada y se ha llamado "criminal del arco" de la caries dental, por su amplio empleo dietético y los informes que existen sobre su capacidad de favorecer el

crecimiento y proliferación de bacterias cariogénicas con mayor eficiencia que otros ingredientes dietéticos.

La glucosa está disponible en forma cristalina, pero raramente se usa en la dieta. Se usa más frecuentemente en la preparación de alimentos y confituras como jarabes o almidón de maíz.

GRASAS.- Son consideradas cariostáticas por su capaci--dad para producir una película aceitosa protectora sobre la superficie de los dientes y prevenir la penetración de áci--dos al esmalte. Tienen acción antibacteriana cuando son mez--cladas con carbohidratos en las comidas, pues estos disminu--yen su potencial cariogénico.

Las grasas suministran los ácidos grasos esenciales que necesita el organismo para el crecimiento óptimo y la conser--vación de los tejidos; sirven también como vehí--culos para -- las vitaminas liposolubles que se obtienen de los alimentos.

PROTEINAS.- Son nutrientes específicamente requeridos - por el organismo para el crecimiento, reparación de los teji--dos, la síntesis de muchos constituyentes del organismo como anticuerpos, hormonas, enzimas.*(3)

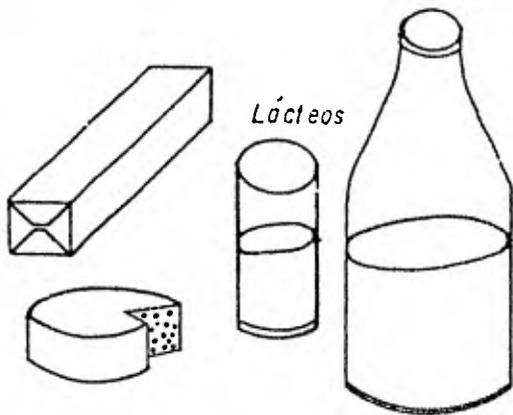
Las proteínas del trigo y gluteína), poseen las propie--dades de formar gluten al ser humedecidas con el agua. El -- gluten a su vez, determina en gran parte las propiedades fís--sicas de la masa harinosa. La adición de gluten al pan dismi--nuye el efecto favorable al aumento de azúcar que ejerce la saliva en el pan.

La caries dental en ratas se acelera cuando se tratan - con calor ciertas dietas experimentales. Este fenómeno se --

asocia a la destrucción del aminoácido lisina en el diente. La adición de este aminoácido a la ración tratada con calor reducen su cariogenicidad. También se ha observado este fenómeno en piezas experimentales conteniendo leche en polvo. - Al meter la leche al autoclave se destruye la lisina y aumenta su capacidad cariogénica de dietas con leche en polvo expuestas a este tratamiento. (8)

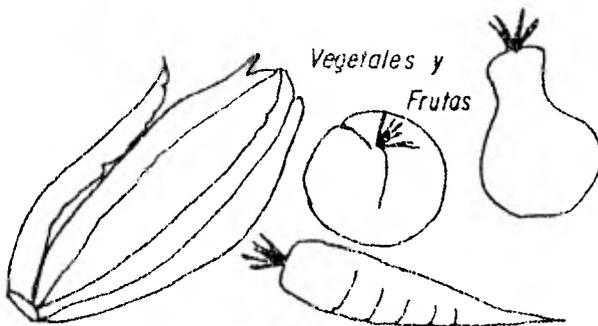
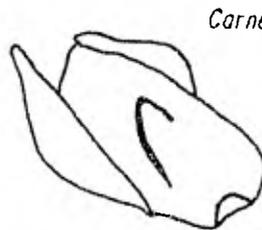
GUIA PARA UNA BUENA ALIMENTACION

16



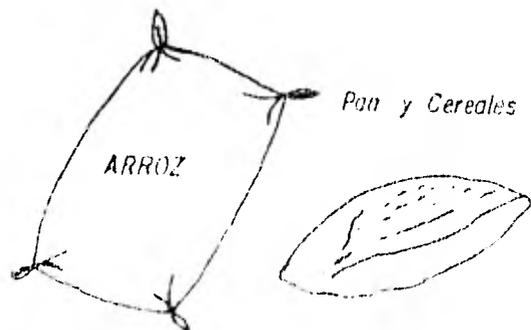
3 Vasos de leche - Niños
4 Vasos de leche - Adolescentes
2 Vasos de leche - Adultos
Queso, helado, y otros alimentos hechos con leche pueden aportar parte de la misma.

2 o más porciones
carne, pescado, pollo
o queso, con habas
secas, nueces como
alternativas.



4 o más porciones
Incluir vegetales verdes
o amarillos, frutas cítricas
o tomates.

4 o más porciones
Grano enriquecido o
Integral.



C A P I T U L O V.

CUIDADOS EN EL EMBARAZO

Se piensa que en la producción de la caries intervienen varios factores que pueden reducirse a dos categorías:

1) Factores generales, relacionados con la constitución tisular del diente.

2) Influencias en la alimentación de la embarazada, y especialmente del niño hasta los 8 años de edad.

Un proceso local consistente en la disolución del esmalte por la acción de ácido producidos a su vez por la acción de ciertas bacterias de la boca cuya multiplicación es favorecida por determinadas dietas. De acuerdo con este concepto, la caries es una manifestación local de una deficiencia general. En relación con esto se ha determinado ya una serie de hechos bien preciso; una dieta adecuada, especialmente rica en proteínas y vitaminas D, A y C, Calcio y Fósforo, durante el embarazo parece tener un efecto benéfico sobre la formación de los dientes del feto, pero no influye en el individuo que ya presenta caries. Una alimentación completa, especialmente rica en frutas, leche, vegetales crudos, desde la infancia hasta los 14 años influye favorablemente en la dentición. Parece que una vez formados los dientes definitivos no influyen en ellos los cambios del estado nutritivo general del individuo. Hay pruebas de que la fermentación de los carbohidratos en la boca juegan un importante papel en el proceso de destrucción del esmalte y que las dietas ricas en azúcar favorecen el desarrollo de los lactobacilos; en los periodos de descalcificación del organismo, como sucede en el embarazo y en la adolescencia, aumenta la incidencia -

de la caries, o su curso es más rápido; el aseo de la dentadura para remover los restos fermentados de alimentos y la limpieza de la boca para evitar las concentraciones ácidas, deben tener influencia en la prevención de la caries, aún -- sin tener una importancia trascendental. La existencia de -- cierta cantidad de fluor en el agua de bebida, tiene una influencia definida en la prevención de caries dentaria, aún - cuando no es el único factor involucrado. Las aplicaciones - locales de fluoruro en los niños previene la caries reducién dolas. (11)

Es importante también la instrucción de la madre desde_ el embarazo para una buena higiene bucal por los cambios de_ pH en ese periodo, cuidados que debe tomar para evitar radi_ ciones y contacto con enfermedades contagiosas que pudieran_ lesionar el desarrollo del producto; así como la higiene --- oral del niño después de su nacimiento.

C A P I T U L O VI

CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DEL NIÑO EN LAS DIFERENTES
ETAPAS DEL DESARROLLO.

A) Lactante (recién nacido).

Al nacer, el niño está dotado con un equipo emocional - bastante elevado que incluye el miedo, hambre y alegría. La respuesta miedosa a los cambios abruptos de posición, es la más notable. Esta reacción, sin embargo es vencida en pocos meses por el continuo manipuleo de la madre.

Algunas veces los padres piden al dentista que examine a su hijo que todavía no ha cumplido un año de edad. Tal petición suele obedecer a un retraso en la erupción de los --- dientes, a la presencia de dientes deformados o manchados, a la existencia de un diente natal o una inserción del frenillo que parece anormal, o simplemente a que el padre desea - que el dentista examine un nuevo diente.

Como para el exámen intraoral se requiere una buena --- fuente luminosa, no debe examinarse al niño en la recepción. En su lugar hay que invitar a la madre a la sala de trata--- miento y pedirle que se sienta en el sillón dental con un co--- jín en el brazo para apoyar la cabeza del niño, así tendrá - las manos libres para sujetar al pequeño mientras el dentista examina la boca. El dentista debe evitar movimientos bruscos del sillón dental para no sorprender al niño. Hay que -- asegurar a la madre que los gritos constituyen una respuesta normal a esa edad y que de hecho facilita el exámen de la boca del bebé. El dentista se ha de lavar las manos con agua - tibia antes de tocar al niño para que la mano fría no la es-

timule de manera desagradable. (9).

B) Infante (de 2 a 3 años).

El niño de 2 años de edad no está suficientemente adelantados como para permitir relaciones interpersonales prolongadas; prefiere todavía el juego solitario y le gusta más mirar lo que otros hacen que participar en un juego. Como regla, el niño en este nivel no permite a otros que jueguen con sus juguetes y le divierten más los juguetes con movimiento como trenes, coches, etc. No debe ser forzado y cada activación debe surgir finalmente de su interior. (2)

En ocasiones el odontólogo deberá tratar a un niño de dos años; por lo tanto es conveniente que preste atención a las pautas de conducta y el grado de desarrollo que pueda esperar a cierta edad, debe procurar determinar si el niño está desarrollándose según la norma.

A los dos años, los niños difieren mucho en su capacidad de comunicación sobre todo porque existe una diferencia considerable en el desarrollo del vocabulario a esa edad. El vocabulario varía entre doce y mil palabras. Si tiene un vocabulario limitado, la comunicación será difícil. Por esta razón, se puede terminar con éxito el trabajo en niños de dos años, mientras que en otros la cooperación es limitada.

A menudo se dice que el niño a los dos años está en la etapa "precooperativa" y es demasiado pequeño para llegar a él, solamente con palabras, debe tocar, manejar los objetos con el fin de captar su sentido plenamente. El odontólogo debe permitir al niño de esa edad que sostenga el espejo, huela la pasta dentrífica o sienta la tacita de goma. Al hacerlo tendrá una mejor idea de lo que el dentista intenta --

hacer. También suele intrigarle el agua y el lavado. Se lleva bien con los miembros de la familia, sin embargo el padre parece ser en muchos casos el favorito. Puesto que a esta edad el niño es tímido ante la gente extraña y le resulta difícil separarse de sus padres, casi sin excepción debe pasar acompañado al consultorio. (8)

Tres Años.- El niño a los tres años, ejemplifica generalmente. Trata de agradar y conformar y es susceptible a las alabanzas; se puede pactar con él, y si se le da una buena razón, cooperará con frecuencia en cosas que no le agrada hacer. Esta edad es también conocida como la edad del "yo también", y puede observarse un interés en compañeros imaginarios de juego. La madre casi siempre es la preferida. (2)

Con el niño de tres años, el odontólogo suele poder comunicarse y razonar con mayor facilidad durante la experiencia odontológica. Tiene un gran deseo de conversar y a menudo disfrutará contando historias al dentista. En esta etapa el personal odontológico puede comenzar a servirse de un acercamiento positivo. A cualquier edad, sin embargo, es conveniente señalar los factores positivos antes que los negativos.

Hymes informó que los niños de tres años y menos, en situaciones de stress y cuando se los lastima, están fatigados o asustados, automáticamente se vuelven a su madre o sustituto para consuelo, apoyo y seguridad. Tienen dificultades para aceptar la palabra de nadie por nada y se sienten más seguros si se permite que el padre permanezca con ellos hasta que conozca bien al personal y los procedimientos (8)

C) Preescolar (de 4 a 6 años).

A los 4 años, el niño está en la edad del "por qué" y el "cómo" y es la etapa en que el niño expresa independencia y resistencia. Es un gran conversador y está generalmente -- "engranado" en actividad. A esta edad, puede vestirse solo, le gusta estar con compañeros, alardear, y se alaba de sus posesiones. Responde bien a las directas verbales y puede -- llegarse a él apelando a su espíritu de independencia, re--- cién despierto. Son cooperadores e imaginativos. (2)

El niño de 4 años, por lo común escuchará con interés las explicaciones y, normalmente responderá bien a las indicaciones verbales. Los niños de esta edad suelen tener mentes vivaces y ser grandes conversadores, aunque tienden a -- exagerar su conversación. En algunas situaciones, el niño -- puede tornarse bastante desafiante y puede recurrir al em--- pleo de malas palabras. En general, sin embargo, la criatura que haya vivido una vida familiar feliz con un grado normal_ de educación y disciplina, será un paciente odontológico coo_ perador. (8)

El niño a los 5 años en muchas ocasiones puede distin-- guir entre verdad y mentira y es capaz de autocriticarse. Le gusta terminar lo que ha comenzado y presenta un orgullo so-- cial por las ropas y por los conocimientos. A esta edad es - amante de la alabanza y seguro de sí mismo. (2)

Ha alcanzado la edad en que está listo para aceptar las actividades en grupo y la experiencia comunitaria. La rela-- ción personal y social están mejor definidas y el niño no -- suele sentir temor de dejar al padre en la sala de recepción. Si ha sido bien preparado por sus padres, el niño no tendrá_ temor a experiencias nuevas como las relacionadas a ir al jar_

dín de infantes, al consultorio médico o del dentista. Los niños de este grupo cronológico suelen estar muy orgullosos de sus posesiones y sus ropas y responden bien a los comentarios sobre su aspecto personal. Los comentarios sobre su vestido puede ser usado eficazmente para establecer la comunicación con el nuevo paciente. (8)

Seis años.- Ya a los 6 años, el niño comienza a mostrar algún interés en las personas fuera del hogar. Hay un despertar del sentido social, que se hace evidente a poco de comenzar la escuela. Esta es la edad de la independencia. (2)

La mayor parte de los niños se separa de los lazos estrechos de la familia. Es aún empero, una poca de transición importante y puede aparear una ansiedad considerable.

Manifestaciones tensionales alcanzan a esta edad un grado mayor, en las que se pueden incluir estallidos de gritos, violentas rabietas y golpes a los padres. Suele haber un claro incremento en las respuestas temerosas. Muchos de los preescolares tendrán miedo a los perros, a los elementos, o aún a los humanos. Algunos niños de esta edad tienen temor a los traumatismos en su cuerpo. Un ligero rasguño o la vista de sangre pueden causar una respuesta desproporcionada con la causa.

Con la debida preparación para la experiencia odontológica, se puede esperar que el niño de 6 años responda de manera satisfactoria. (8)

D) Preadolescente.

Durante este nivel de edad, entre los 8 y los 13 años, hay una tendencia a asumir prerrogativas adultas. Es también

la edad de la competencia en atletismo, y en la que se ad--
quieren positivos intereses en maquinarias y toda clase de -
mecanismos. A esta edad es difícil encontrar pacientes que -
no cooperen. (2)



Es divertido jugar a las mamáe.



¿ Cepillamos sus dientes
como nos enseñó el Doctor?
¿ Sale?

C A P T I T U L O VII

NATURALEZA DEL MIEDO.

El miedo es una de las primeras emociones que se experimentan después del nacimiento; aunque las respuestas al sobresalto están presentes al nacer, se pueden demostrar antes del nacimiento reacciones reflejas a estímulos. El lactante no está conciente de la naturaleza del estímulo que produce el miedo. A medida que el niño crece y aumenta su capacidad mental, toma conciencia de estos estímulos y puede identificarlos individualmente. Trata de ajustarse a las experiencias y aislarlas mediante la huida si no es capaz de 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 el miedo.

El miedo y la ira son respuestas que se desarrollan para proteger al individuo contra daños y la destrucción propia. La estimulación emocional se descarga por medio del sistema nervioso a través del hipotálamo y necesita de muy poca integración cortical.

En los niños de corta edad, demasiado jóvenes para racionalizar mucho, se produce un comportamiento que es difícil de controlar. En muchos aspectos el niño se comporta de manera primitiva al tratar de huir de la situación o luchar contra ella. Cuando no puedan llegar a cabo éstas, aumenta su miedo, y entonces la comunicación del dentista puede ser difícil, inclusive con niños de más edad, puede ocurrir una situación en la que el miedo sea tan pronunciado que el niño no pueda razonar claramente. Generalmente a medida que aumen

ta la edad mental del niño, esta respuesta pueden ser controlada por la corteza, a través de funciones psíquicas más elevadas. Si se dirige y controla adecuadamente, el miedo puede ser valioso. El miedo es un mecanismo protector de preservación; la naturaleza misma de esta emoción puede realizarse para mantener al niño alejado de situaciones peligrosas, ya sea de tipo físico o social. Si el niño no teme castigos o desaprobaciones de sus padres, su comportamiento puede volverse una amenaza y no será fácil controlarlo. Por ejemplo, si a un niño no se le enseña a temer al fuego, las posibilidades 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 canalizarlo hacia los peligros que realmente existen y evitarlo en situaciones donde no existe.

El miedo representa para los dentistas el principal problema de manejo, y es una de las razones por la que la gente descuida el tratamiento dental. Por esta razón, es bueno discutir esta emoción y la manera en que las influencias de los padres y el medio actúan para dar nacientes infantiles buenos o malos. (4)

TIPOS DE MIEDO.

- 1) Objetivos.
- 2) Subjetivos.

1) Temores objetivos.- Son los producidos por estimulación física directa de los órganos y generalmente no son de origen paterno. Los temores objetivos son reacciones a estímulos que se 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 ha inflingido dolor innecesario, por fuerza desarrollará miedo al tratamiento dental futuro. Es muy difícil lograr que un niño que ha sido tratado de esta manera acuda al dentista por voluntad propia. Cuando lo hacen volver, el odontólogo debe comprender su estado emocional y proceder con lentitud para volver a establecer la confianza del niño en el dentista y los procedimientos dentales.

El dolor de un diente puede asociarse con la odontología y causar aprensión hacia la visita dental. El miedo también puede aumentar el umbral del dolor, de manera que cualquier dolor producido durante el tratamiento resultará aumentado y lleva aprensión todavía mayores. (4)

2) Temores subjetivos.- Están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridas al niño por personas que le rodean, sin que él las haya experimentado personalmente. Un niño de corta edad es muy sensible a la sugestión, y al oír de una situación desagradable o que produjo dolor, sufrida por sus padres u otras personas, pronto desarrollará miedo a esa experiencia. La imagen mental que produce miedo en la mente del niño permanece, y con la vívida imaginación de la infancia, se agranda y vuelve importante. Un niño que oye hablar a sus padres o a un compañero de juego sobre los supuestos temores del consultorio dental, los aceptará muy pronto como reales y tratará de evitarlos lo más posible. (4)

Los niños tienen miedo intenso a lo desconocido; cualquier experiencia que sea nueva y desconocida les producirá miedo hasta que obtenga pruebas de que su bienestar no se ve amenazado por ella. Su miedo es un intento de ajustarse a la 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 vital importancia - en la actitud del niño hacia la odontología.

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. El papel de la madre en la superación de temores tempranos, es bien conocido. Arseni^on ha demostrado el papel de la madre como fuente de bienestar y seguridad para niños de incluso un año de edad.

Un niño que presiente una amenaza a la seguridad de su patrón rutinario, al ser llevado a una nueva situación responderá con miedo si es demasiado pequeño para comprender la razón del cambio. A medida que el niño crece y desarrolla su capacidad de razonar, uno a uno va eliminando estos miedos - adquiridos, conforme la experiencia y la inteligencia le enseñan que hay pocas cosas que temer. (3)

Lo que asusta a un niño de 2 años puede no hacerlo cuando tenga 6, por 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 e interpretar - todas las reacciones a estímulos considerando la edad emocional, mental y cronológica del niño.

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 el niño porque es inesperado. - El ruido y la vibración de la fresa y la presión que ejerce al usar instrumentos de mano al preparar cavidades, produce miedo en el niño de corta edad. A menos que el dolor sea intenso, teme más al ruido que a los procedimientos dentales.

Se debe enseñar al niño que el consultorio dental no tiene por que inspirar miedo. Los padres jamás deberán tomar la odontología como amenaza; llevar al niño al dentista nunca deberá implicar castigo, ya que emplearlo así crea individualmente miedo al odontólogo. Por otro lado, si el niño aprecia al dentista, el miedo a perder su aprobación puede motivarle para aceptar la disciplina del consultorio.

Como el niño de corta edad también teme caerse, o a movimientos súbitos e inesperados, sentir que sin avisarle le están bajando o inclinando la silla dental puede causarle miedo; movimientos de la mano rápidos y enérgicos también lo atemorizan; las luces fuertes, especialmente la luz intensa de la unidad operatoria, producen miedo si se le deja que brille en los ojos del niño.

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

Como hay niños que temen a la separación de sus padres, si es muy importante que el padre lo acompañe a la sala de -

operaciones durante la primera visita. Se ha demostrado que en niños de menos de 4 años de edad si es recomendable que entre la madre a la sala de tratamiento para que el niño no se sienta solo ni extraño. Si la madre puede estar con el niño sin transmitir sus sentimientos, no existe razón para que no sea admitida en la sala de operaciones. (4)

C A P I T U L O VIII

PATRONES DE CONDUCTA DE LOS PADRES

- A) Padres positivos.
- B) Protección excesiva.
- C) Rechazo o indiferencia.
- D) Ansiedad excesiva.
- E) Dominantes.
- F) Identidad.

A) PADRES POSITIVOS.- Son aquellos que contemplan a sus hijos como individuos, respetándolos pero a la vez educándolos con cariño; se interesan por ellos y ayudan a resolver sus problemas, los apoyan y dan seguridad y confianza en sí mismos. Tienen intercomunicación mutua, lo cual ayuda al niño a exponer sus dudas sin temor a ser reprendidos, puesto que saben que son respetados. Esto les permite desarrollar criterio propio para que en la edad adulta sean capaces de resolver sus propios problemas y adaptarse a la sociedad para llegar a ser realmente felices.

B) PROTECCION EXCESIVA.- Todo niño necesita amor y afecto, sin embargo, relacionados con experiencias o dificultades, el impulso protector de los padres puede volverse excesivo o interferir en la educación normal del niño. Generalmente, el niño que está excesivamente protegido, no puede utilizar iniciativa propia o tomar decisiones por sí mismo. La madre ayuda al niño a vestirse y alimentarse, toma parte en todas sus actividades sociales juegos y trabajos se ven restringidos por miedo o daño físico, enfermedades o adquisición de costumbres indeseables de sus compañeros de juego.(4)

Este exceso de protección maternal puede manifestarse - por dominio extremo o indulgencia excesiva. El que la madre se vuelva demasiado indulgente, depende de la disposición in nata del niño y de como reaccione al comportamiento anterior de la madre hacia él. Parece que hay una reacción de comportamiento inversa a las actitudes de los padres.

Los padres dominantes presentan niños tímidos, delicados, sumisos, y temerosos; estos niños no son agresivos y ca recen de presunción y empuje social; son humildes, con sentimientos de inferioridad, atemorizados y con ansiedades profundas. Estos niños constituyen pacientes ideales, si no son excesivos en su actitud, porque son obedientes, educados y reaccionan bien a la disciplina. Frecuentemente, a causa de la timidez del niño, el dentista tiene que romper la barrera de timidez haciendo que él confié 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 dificultad para adaptarse al medio social que los 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 e incluso forzarlo para evitar el trata miento y hacer lo que quieren; si esto falla, hacen alarde de ira extremada y pueden resistirse hasta 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 comprueben el significado de la docilidad, se vuelven excelentes pacientes. No es raro que los padres demasiado indulgentes traigan a su hijo en forma hostil, insistiendo 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 que disciplinarlos. El comportamiento de un niño educado en casa donde viven sus 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.

C) RECHAZO O INDIFERENCIA.- Existen varios grados de rechazo, desde ligera indiferencia a causa del 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, inseguros 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 no sólo sufren falta de amor y afecto, sino que pueden ser tra-

tados con desprecio y a veces con brutalidad. Puede que a estos niños se les critique con demostraciones abiertas de desagrado, pueden estar tristemente descuidados y severamente castigados. No es de extrañar que estos niños desarrollen carencia de estimación propia y sentimientos que los llevan a la ansiedad profunda. Puesto que el niño no tiene seguridad en casa, se vuelve suspicaz, vengativo, combativo, 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 compañía de otros parecidos a él. Muchos de los delinquentes infantiles actuales vienen de esta categoría.

En el consultorio odontológico, este niño puede ser difícil de manejar. Cualquier desobediencia del niño deberá tratarse no con rechazo, sino esforzándose a ser amigables y 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 llamar la atención y debe recibir la atención deseada cuando se porta bien y no cuando se porta mal. Se le debe enseñar que cuando se porta bien, el tratamiento dental es mucho más agradable.

D) ANSIEDAD EXCESIVA.- Esta actitud se caracteriza por preocupación excesiva de los padres a los niños como el resultado de alguna tragedia familiar anterior, que fué consecuencia de una enfermedad o accidente. Se asocia generalmente con exceso 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, temerosos, se preocupan cada vez más por su

salud y les falta capacidad para tomar sus propias decisiones. Son generalmente buenos pacientes si se les instruye para que lo sean; sin embargo, es posible que el dentista tenga dificultades para vencer sus temores. Si se le alienta y asegura al niño, éste en la mayoría de las veces reaccionará de manera satisfactoria.

E) DOMINANTES.- Los padres que son dominantes, exigen de sus hijos responsabilidades que son incompatibles con su edad. No aceptan al niño como es, sino que lo fuerzan a competir con otros niños mayores o más avanzados. Al entrenarlo son por lo general extremadamente críticos, estrictos y a veces incluso lo rechazan. Estas molestias y críticas constantes desarrollan en el niño resentimiento, evasión, sumisión e inquietud. Puede ser común el negativismo. Puesto que tienen miedo a resistirse abiertamente, obedecerán las órdenes despacio y con el mayor retardo posible. Si se les trata amablemente, estos niños llegan a ser buenos pacientes odontológicos. Su reacción es parecida a la producida por los niños de padres exigentes.

F) IDENTIDAD.- En ciertos casos los padres tratan de revivir sus propias vidas en sus 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 sentimiento de culpa que se reflejan en timidez, inseguridad y retraimiento. Llora con facilidad, no tiene confianza en sí mismo y trata de hacer poco por miedo al fracaso. Estos niños reaccionan en el consultorio dental de la misma manera que los niños de padres dominantes, y deberán ser manejados análogamente.

Al considerar las actitudes de los padres, se considera que en general es necesario cierto grado de dominación por parte de estos y sumisión por la de los hijos para que 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, tenderá a ser un buen paciente dental y encajará en un mundo en el que los ajustes son siempre necesarios. El grupo que carece de presión paterna crecerá con dificultades para adquirir la capacidad de ajustarse a las situaciones de la vida, de las cuales el tratamiento dental es sólo una. Si el dominio es más evidente en el padre o la madre, el más severo es quien deberá traer al niño al consultorio. A causa del miedo que puede experimentar, ningún niño muy joven deberá venir sin compañía, ya que es una experiencia nueva para él.

Las actitudes que tienen unos niños hacia otros están formadas principalmente por los padres. Estas pueden variar según el número de hijos y posición en la familia. El hijo más joven es el que tiene más dificultades con las actitudes de los padres. El hijo mayor, por lo contrario, ha nacido para una posición de mando, porque aún los padres pueden carecer de experiencia, tienen el entusiasmo y el aguante juvenil que es a veces tan necesario para administrar una buena disciplina. El hijo mayor es a menudo conservador y de comportamientos moderados, se portará bien si sus padres son inteligentes y comprenden sus propias actitudes. Si el hijo más 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 demasiadas indulgencias de sus padres; tiende a ser antagonista; desobedien-

te, egoista y dado a ataques de mal genio. 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 los relacionados con los padres y hermanos que forman la personalidad del niño. Entre estos podemos mencionar cualidades de personalidad innata, relación en la familia, juegos, esparcimiento, moralidad, etc., Todos ellos tienen influencia sobre el modelo final de personalidad y pueden 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, apatía y depresión. Sin embargo, los hogares deshechos son menos destructivos para la formación del carácter que los conflictos crónicos y desajustes completos. Un hogar armonioso es aquel en que los niños son queridos y es excelente para la formación de carácter y personalidad, el hogar donde se busca continuamente la felicidad y la sociabilidad recibe énfasis. (4)

C A P I T U L O IX

TIPOS DE CONDUCTA DEL NIÑO

- A) Niño tímido, asustadizo, vergonzoso.
- B) Incorregible o consentido.
- C) Desafiante.
- D) Miedoso.
- E) Enfermo.

NIÑO TIMIDO, ASUSTADIZO Y VERGONZOSO.- Hay muchas razones por las cuales el niño puede ser tímido, asustadizo o vergonzoso, como la falta de oportunidad para alternar con personas fuera del ambiente familiar, por afecto de los padres, ser hijo único, los sermones exageradamente críticos y la excesiva autoridad de los padres.

Es fácil descubrir al niño corriente asustado, pues tratará de esconder la cara detrás de la falda de su madre, o mirará a otra parte cuando se le dirija la palabra. Responde a pocas preguntas o comentarios, si es que responde y no cooperará mientras esté rodeado de esta carapazón. Esta reacción es común en el niño preescolar, especialmente en quien no ha concurrido a un jardín de infantes. Los niños de las zonas rurales o semi-rurales son afectados a menudo más que los de las zonas urbanas, quienes han tenido por lo general, más experiencia con otras personas.

En estos casos, frecuentemente puede llegarse al niño a través de la madre. Debe aprenderse lo más posible el nombre de pila del niño y después algo de su hobby. (2)

NIÑO INCORREGIBLE O CONSENTIDO.- Todo operador conoce al niño mimado o incorregible, resultado de la excesiva in-

dulgencia o, en algunas ocasiones, del rechazo de los padres. Este niño puede lloriquear, golpear, patear, tirarse al suelo para desplegar arranques de mal humor, o hacer una docena de cosas, intentando por estos medios persuadir al padre para que lo lleve a casa, o por lo menos que lo saque del consultorio. La madre o el padre comienzan en ese momento generalmente a hacerle varias promesas pero al chiquillo no le interesan, porque está familiarizado con el hecho de que casi todas las cosas son suyas con solo pedir las.

La entrevista inicial con el padre y el niño, permitirá al odontólogo determinar el procedimiento a seguir en cada caso. Si el odontólogo puede tener el suficiente valor para ver más allá de la escena inmediata y representarse a este pequeño paciente y a su padre como un desafío a su propio futuro en la profesión; si puede acercarse entonces a este problema en forma benévola y agradable.

Al odontólogo no le conviene enojarse, mostrar que está irritado o expresar antipatía por el niño, pues el padre se dará cuenta de tales reacciones y tendrá un buen motivo para asumir una actitud protectora hacia su hijo. El niño también puede percibir cualquier signo de enojo por parte del dentista y su reacción conducirá a muchos inconvenientes.

En este momento debe de hacerse todo lo posible, despacio y con calma para explicar al niño las razones para el procedimiento y, además, que se tomarán todas las precauciones para completar el tratamiento con la menor incomodidad posible.

En caso que el niño decida poner obstáculos por un tiempo, o desatender cualquier acercamiento o comentario razonable del odontólogo, se conversará entonces con el padre para

determinar el procedimiento a seguirse en el caso particular. Si el padre decide continuar en la forma recomendada -- por el odontólogo -separación del niño de la madre- el primer objetivo es informar al pequeño paciente que se hará lo posible para ayudarlo y que tan pronto como el exámen o tratamiento se complete, podrá volver con su madre y a la sala de recepción. El chiquillo, en muchas ocasiones, no dejará de llorar y se resistirá a todos los esfuerzos para retenerlo en el sillón. Durante el llanto no puede oír ni entender los comentarios del odontólogo y el resultado será una completa falta de cooperación. Si continúa llorando, y se niega a responder a comentarios amables, entonces, como último recurso, se le sostiene firmemente las manos y los pies. La mano del operador se coloca con firmeza sobre la boca y nariz durante unos 5 a 10 segundos y se trata de explicar que no nos gusta hacerlo, pero lo haremos hasta que deje de llorar.

Este solo tratamiento es, por lo general, suficiente, a pesar de que ocasionalmente es necesario repetirlo varias veces, pero en todos los casos el odontólogo debe ser el dueño absoluto de la situación.

El operador, ya controlado el pequeño paciente, debe felicitarle sinceramente y, cuando sea posible, decirle que sostenga los rollos de algodón o ayude en algo en la operación. Posteriormente, cuando se ha terminado el tratamiento, se le dice que estamos orgullosos de él, y que se le dirá a su mamá cual fué el tratamiento efectuado.

Es raro que el tratamiento que se ha mencionado deba repetirse en la cita siguiente. El paciente gana más confianza en cada nueva visita.

NIÑO DESAFIANTE.- Algunos chicos demasiado protegidos - por sus padres en particular los varones, desafían al odontólogo a que intente hacerle cualquier trabajo. Estos niños no lloran y raramente dicen mucho. Una de sus expresiones comunes es que no abrirá la boca.

Una capa exterior arrogante rodea al niño y si se consigue cooperación, hay que apelar a su fanfarronería. Cuando se ha obtenido la confianza y consentimiento del padre para ver al niño a solas, el problema está resuelto, ya que el tratamiento discutido previamente con el niño incorregible o caprichoso, convencerá rápidamente a este chiquillo de quien manda en el consultorio. Estos niños llegan a ser excelentes pacientes y verdaderos amigos en corto tiempo. (2)

NIÑO MIEDOSO.- La odontología tiene uno de sus mayores obstáculos en las injustificadas historietas y comentarios - en diarios, revistas y películas. Esta publicidad que intenta crear risa, desanima a mucha gente para visitar el consultorio odontológico.

En muchas ocasiones, los padres suelen usar como amenaza ir al dentista si el niño no se porta bien, y por lo tanto está ocasionando que el niño tenga miedo de antemano al odontólogo.

En la primera visita de este tipo de niños, se le debe informar qué es lo que se hace realmente el dentista y que no saca muelas solo que sea necesario. Debe decirse siempre la verdad y que queremos que él también la diga.

El miedo solo puede ser vencido estableciendo confianza en el individuo.

Niño enfermo.- El niño enfermo, o cuyo estado físico no justifica un esfuerzo físico adicional, debe recibir el tratamiento mínimo necesario para calmar el dolor y la eliminación de cualquier fuente de infección, si es aconsejable. A estos niños se les debe hacer un servicio de emergencia hasta que estén lo suficientemente fuertes para completarles su tratamiento dental. (2)

C A P I T U L O X

ASPECTOS PSICOLOGICOS INFANTILES DIRIGIDOS A LA PRACTICA ODONTOLOGICA.

Cuando un dentista asume la responsabilidad de trabajar con niños, debe prever que la tarea le resultará algo difícil, ya que no es fácil practicar una odontología modelo para niños. Requiere la adquisición y utilización de amplios conocimientos odontológicos, de los cuales gran parte es común a los que utilizan para adultos, pero otra parte es única y pertinente sólo para niños. Si el odontólogo es conciente y se esfuerza en dominar el tema, se dará cuenta de que trabajar con niños es una de las experiencias más satisfactorias que pueden tenerse en todas las prácticas odontológicas.

La odontología infantil requiere algo más que conocimientos dentales comunes, puesto que se está tratando con organismos en periodos de formación. El odontopediatra se encuentra en posición de alterar el patrón de crecimiento y la resistencia a las enfermedades de los tejidos en estos pacientes, pudiendo producir estructuras bucales más perfectas desde el punto de vista metabólico, funcional y estético.(4)

La odontología para niños trata generalmente de la prevención.

El dentista que trabaja con niños tiene tres responsabilidades:

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

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO DENTRO - DEL CONSULTORIO.

DECORACION.- Al buscar lugar para un consultorio de tipo de práctica que se desee establecer, deberán tomarse en cuenta el nivel económico y social del área, facilidades de estacionamiento, transportes públicos, acceso fácil a las escuelas y áreas residenciales.

Deberá considerarse el tipo de decoración del consultorio, prestando especial atención a la ambientación. Una atmósfera amistosa y familiar, lo más parecida al ambiente natural del niño, ayuda a establecer el contacto inicial. El consultorio completo, incluyendo la sala de recepción y la de trabajo, pueden tener un tema definido de decoración. Accesorios que describan situaciones como el espacio, el cese, canciones de cuna, ayudan a desvanecer el miedo y dan un toque cálido y de fantasía al consultorio. Una necera es siempre una fuente de entretenimiento y puede ser colocada en la sala de recepción o en la de tratamiento, en un lugar donde el niño pueda verla. La música apenas audible y relajante en la sala de recepción tiene efecto reconfortante en los padres y los niños, haciendo que desaparezca la frialdad de una habitación silenciosa. El niño pequeño, así como los jóvenes se sentirán complacidos si encuentran revistas, juguetes, posters, etc. También deberá haber lecturas para adultos, como pueden ser libros de cocina (para las amas de casa), una libreta con un lápiz y la inscripción "copie una receta y prepare algo nuevo para su hijo". De esta manera se le proporciona a la madre un período de espera productivo mientras que el niño está en la sala de tratamiento. También se puede poner en la sala de espera material didáctico para una buena salud dental. (6)



NIÑO TIMIDO

PAPEL DEL ODONTOLOGO.

El odontólogo debe ser amistoso, atento y amable con el niño y sus familiares, pero el niño deberá entender quién es el que da las órdenes dentro del consultorio (por supuesto el dentista), puesto que algunos niños abusan de esta --- amistad que se les ofrece y tratan de manejar al dentista. Con respecto a la ropa que debe usar, se recomienda usar ropa de trabajo de color e incluso una vestimenta cotidiana -- destinada a la práctica que ayudará a evitar asociaciones -- con experiencias negativas vividas con médicos o en hospitales.

El dentista deberá informar a los padres sobre las necesidades de consultar con algún especialista o de hospitali--zar. Si puede haber riesgo, deberá ir siempre especificado -por escrito y asegurarse que el padre lo comprendió perfectamente.

Un dentista competente debe ser capaz de contestar inteligentemente las preguntas de los pacientes y sus padres con conocimientos correctos, debe transmitir el valor y la seguridad de cuidados dentales adecuados.

La buena odontología no empieza en la silla dental, sino en el hogar con la higiene bucal adecuada, una dieta sensata con restricción de carbohidratos, la participación en - los esfuerzos de la comunidad para fluorizar el agua. De esta manera se puede efectuar la odontología eficaz sin la silla dental.

PREPARACION DEL NIÑO ANTES DE LA PRIMERA VISITA.

La preparación meditada del niño y de los padres antes de la primera visita dará como resultado un mejor esquema de

conducta en el consultorio dental. La preparación puede comenzar en el momento del contacto telefónico de la recepcionista con el padre, al cual se le explicará que, a menos que exista una emergencia, el odontólogo desearía que la primera visita se arreglara para un momento que le permita completar el exámen e introducir al niño en la odontología sin apuros.

El odontólogo puede preferir que los padres eviten toda forma de preparación previa del niño para la primera visita, en la convicción de que él puede relacionarlo con la odontología y el consultorio dental de manera más satisfactoria -- que los padres. Algunos prefieren enviar una carta a los padres en la que se describe la política del consultorio y se indica que es lo que se ha de hacer en la primera visita.

Los padres aprecian la recepción de estas circulares -- que ayudan en la explicación a sus hijos de cómo el odontólogo planifica ayudarlos a disfrutar de una buena salud dental. Esto fué apoyado por Wright y Alpern (1971) quienes hallaron que una carta previa a la cita era eficaz para disminuir la ansiedad de la madre y preparar al niño a sus primeras visitas odontológicas. La carta asegura a la madre que el personal odontológico espera servir al niño y discutir con ella los factores esenciales relacionados con la buena salud dental.

PRIMER ENCUENTRO ENTRE EL NIÑO Y EL ODONTOLOGO

El odontólogo y sus colaboradores deberán recordar que el niño, en particular el paciente de primera vez, desconoce por completo el hecho de que un diente doloroso o una infección periapical plantean una amenaza al bienestar. En cambio el niño puede ver en el odontólogo y sus colaboradores la verdadera amenaza. Este hecho nos servirá para comprender la

reacción del niño normal en el consultorio.

El primer objetivo en el manejo exitoso es establecer - la comunicación y hacer sentir que el odontólogo y sus colaboradores son sus amigos y están interesados en ayudarlos. - Puede hacerse logrando que el niño tome conciencia de la importancia de la visita odontológica y de los diversos procedimientos.

El proceso de aprendizaje debe aceptarse con ascensos, - mesetas y quizá hasta periodos de descenso. Este proceso --- irregular está relacionado con los cambios ambientales y los estados patológicos. Los padres en el hogar pueden apreciar_ las irregularidades en sus hábitos de juego, comportamiento_ en la mesa, su habla y su relación con el odontólogo y sus - asistentes. (4,8)

PASOS QUE DEBEN TOMARSE EN CUENTA EN EL PRIMER ENCUENTRO DEL NIÑO CON EL ODONTOLOGO.

- Ahorrar una espera innecesaria.
- Saludar al niño amistosamente, agachándose hasta estar a - su altura para inspirarle confianza en lugar de miedo.
- Evitar los movimientos bruscos y hablar con voz fuerte para permitir al niño acostumbrarse al medio extraño.
- Adoptar una actitud tranquila pero resuelta que inspire -- seguridad.
- No utilizar un lenguaje de bebé, sino expresiones claramente comprensibles y adecuadas a la edad. Contestar con veracidad todas las preguntas del niño y evitar palabras como_ dolor, infección, torno, fresar, pinchar, extraer. Instruir en este sentido a los padres y a sus ayudantes.

- Mantener el lugar de trabajo libre de material impresionante, usando en la primera visita sólo espejos. Todo otro -- instrumento debe ser presentado con un nombre comprensible mostrándole al niño como se emplea y permitiéndole que lo toque (explicar-mostrar-realizar).
- Evitar cualquier clase de dolor y molestias durante la primera sesión y, en lo posible, también en las siguientes.
- Crear condiciones bucales higiénicas es la mejor introducción a la odontología.
- El tiempo de atención deberá ser restringido, durante no más de 20 a 30 minutos. (6)

Si el primer encuentro representa una situación de urgencia, por ejemplo, por dolor o accidente dentario, se tratará de respetar igualmente las líneas de conducta mencionadas; si bien en estos casos tienen prioridad las verdaderas medidas terapéuticas.

Cuando se trata de un niño de hasta alrededor de 6 años, se aconseja la presencia en el consultorio de uno de los padres o de algún acompañante. Ellos le brindarán un sentimiento de protección, pero no deben inmiscuirse en el desarrollo del tratamiento. Los consultorios abiertos donde los hermanos u otros niños pueden ser espectadores del tratamiento -- (excepto intervenciones quirúrgicas), resultan a menudo ventajosas por su valor educativo. Ambas medidas presuponen un profesional muy seguro de sí mismo y un niño cooperador.

Puede decirse que para el odontólogo con buena disposición y preparación profesional es posible tratar a niños de cualquier edad y en cualquier etapa evolutiva. Su ética profesional le prohíbe rechazar el tratamiento de un niño o postergarle con la esperanza de que más tarde éste será más ra-

zonable.

Pese a la preparación psicológica, a veces resulta necesaria cierta severidad para poder realizar un tratamiento. Niños que carecen de disciplina en su propia casa, resultan muchas veces disciplinados en otro lugar. Está en la intuición del odontólogo elegir el momento propicio para proceder con energía, aunque jamás con coacción física.

Yarrow afirmó que existen datos suficientes para sugerir que aún antes del nacimiento, operan mecanismos simples de aprendizaje.

Es un hecho establecido que el aprendizaje asociativo simple progresa desde el instante del nacimiento. Mediante el aprendizaje, la criatura se sensibiliza a experiencias específicas y se condiciona a fenómenos del medio.

Hay cantidad de situaciones que pueden influir sobre el proceso de aprendizaje. No obstante, hay una de la cual el odontólogo debe tener plena conciencia; en algunas ocasiones el niño se encuentra confinado por largo tiempo a su casa o a la sala de un hospital, lo cual puede influir mucho en el proceso de aprendizaje. El periodo de actividad y socialización interrumpida crea un esquema anormal. Un niño confinado por largo tiempo a una sala de hospital, presenta un esquema mejor y es quizá más receptivo debido al medio social activo que se encontró allí, que el niño que estuvo en su hogar por mucho tiempo o aún en la sala privada de un hospital.

El odontólogo puede observar ocasionalmente una reacción negativa en el paciente muy pequeño. Benjamín llama a éste, "el periodo de resistencia" y lo considero normal en el crecimiento o proceso de aprendizaje del niño. Puede reac

cionar contra cualquier procedimiento porque carece de la ca
pacidad de comunicarse con el odontólogo. Es importante que el
profesional tenga presente que esta reacción puede ser --
considerada normal y como parte del proceso de aprendizaje -
no como una reacción provocada por él o su personal. Con es-
to en mente debe trabajar con rapidez, suavidad y aún así, -
con firmeza.(6)

C A P I T U L O X I

COMPORTAMIENTO DEL NIÑO A LA EXPERIENCIA ODONTOLÓGICA

En cualquier situación, el modelo de comportamiento de un niño está regido por su herencia física y mental, y se desarrolla por el acondicionamiento que recibe al entrar en -- contacto con el medio. La herencia no se puede alterar ni evitar (excepto dentro de ciertos límites).

El comportamiento, consecuencia del medio si puede alterarse; se puede controlar y desarrollar de manera que el niño crezca y llegue a tener una personalidad bien encajada, - adecuada para la sociedad en la que se encuentra. Uno de los ajustes que tiene que hacer el niño es desarrollar un modelo de comportamiento que sea aceptable socialmente y que satisfaga sus necesidades emocionales y físicas. Los cuidados dentales pueden ser una de las necesidades físicas. El que los niños acepten el tratamiento dental de buen grado o lo rechacen totalmente, dependerá de la manera en que se le ha acondicionado. El acondicionamiento emocional de los niños hacia la odontología, al igual que hacia las otras experiencias -- que forman su niñez, se lleva primordialmente en casa y bajo guía paterna.

Si el dentista va a realizar trabajos satisfactorios en sus pacientes infantiles, deberá contar con su total cooperación. Esta cooperación la obtendrá si comprende el tipo -- emocional de los niños y de sus padres. Si no comprende esto, le resultará difícil lograrlo, ya que es su responsabilidad y la debe asumir sin duda 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 los 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, puede suponerse que la falla está en el acondicionamiento paternal. Aunque es responsabilidad de los padres inculcar en los hijos actitudes convenientes hacia la odontología, el dentista puede ayudar asegurándose de que los padres están totalmente informados y educados sobre los fundamentos necesarios de psicología infantil. El odontólogo deberá aceptar esta obligación como parte sistemática de su práctica. "si queremos tener buenos pacientes infantiles, primero tenemos que educar a los padres". Si no se hace esto, no se están usando todos los medios disponibles para el manejo del niño.

Antes 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, comprender la naturaleza del miedo y estar conciente de cómo las actitudes de los padres pueden modificar tipos de comportamiento; estar enterado de la formación de personalidad y cómo se desarrolla la ansiedad. Debe tener también tacto para transmitir esta información a los padres de manera profesional y adecuada.

REACCIONES INFANTILES A LAS EXPERIENCIAS ODONTOLÓGICAS

- a) Temor.
- b) Ansiedad.
- c) Resistencia.
- d) Timidez.

El odontólogo que trata con niños se dará cuenta de que el niño no siempre demuestra una reacción definida o única. A su vez puede observar una combinación de varias de esas -- reacciones. Esta combinación torna más complejo el problema_ en particular, dado que el odontólogo debe diagnosticar la - reacción con rapidez y sin la ventaja del conocimiento de la experiencia previa del niño.

a) Temor.- El temor es una de las emociones que con más frecuencia se experimentan en la infancia. Su efecto sobre - el bienestar físico y mental de el niño puede ser extremada- mente dañoso.

Watson y Lewery estiman que el temor es, en su mayor -- parte "cultivado en el hogar", tal como los estallidos de -- amor o de rabietas. Creen además que hacia los 3 años, la vi da emocional del niño quedó establecida y que los padres han determinado ya si el niño se convertirá en una persona feliz íntegra y de buen carácter, o en una persona llorosa y quejo_ sa, cuya vida estará regida por el temor. Los niños sin em-- bargo, parecen tener ciertos temores naturales, tales como - los asociados con la inseguridad o la amenaza de inseguri--- dad.

Son muchos los enfoques que han sido recomendados a la_ profesión dental en cuanto al problema de eliminar el temor. Incluyen la postergación de la sesión, intentos de razonar - con el niño, ridiculizarlo, retarlo o dejar que observe la - atención de otro niño. Ninguno de estos métodos ha tenido -- gran éxito para resolver el problema. La mayor parte de los_ niños llegan al consultorio necesitados de algún tipo de tra_ tamiento inmediato o de atención preventiva; por lo tanto, - no es práctico postergar el tratamiento de un niño miedoso -

en la esperanza de que finalmente superará el temor a la --- odontología y se tornará más cooperativo. Puesto que el miedo es controlado por el sistema nervioso autónomo, es imposible razonar con el niño realmente asustado y controlar su temor. El ridículo o la comparación con un niño normal que pasó por la experiencia odontológica sin problema alguno, solo podrán complicar la vida emocional del niño asustado y por lo general no conduce a un grado de cooperación satisfactoria. La mayor parte de los dentistas encontraron también que es muy poco práctico que el niño miedoso observe mientras -- otro niño se atiende. Rara vez se mostrará menos temeroso o más cooperativo cuando le llegue su turno para encarar la situación. Por lo tanto, el abordaje más lógico parece ser el reacondicionamiento del niño temeroso.

Si el niño es realmente miedosos, el abordaje sin apuros del problema rendirá altos dividendos. La mitad de la batalla estará ganada si el odontólogo conversa con el niño y procura enterarse de la causa del temor. A menudo el niño expresará su temor a determinado procedimiento o relatará que escucho algo sobre la experiencia odontológica que lo asustó. En este caso, el profesional podrá proceder a borrar esa idea mediante demostraciones y explicaciones.

Si bien el control por la voz suele ser suficiente para superar los temores del niño, puede ser necesario emplear alguna forma de restricción en particular en una emergencia, con el fin de dominar los temores del niño. Los padres sin embargo, deben tener conciencia de que el odontólogo y asistentes tendrán que retener al niño para cumplir siquiera un exámen superficial y probar al niño que el procedimiento es placentero y en verdad bien distinto de lo que se pensaba o se le había dicho.

b) Ansiedad.- La ansiedad o inseguridad está probablemente relacionada con el estado de temor. Los niños angustiados están esencialmente asustados de toda nueva experiencia; su reacción puede ser violentamente agresiva. Por ejemplo, - una exhibición de rabieta en el consultorio dental. Benjamín estima que en los niños las rabieta suelen ser una reacción que oculta lo que pasa, como un estado de ansiedad o inseguridad. Si el niño que hace demostraciones de rabieta en el hogar se le recompensan, las rabieta pueden convertirse en hábito. Cuando el niño se comporta de manera similar en el consultorio dental, el profesional deberá decidir si la reacción es de temor agudo o es una rabieta. Si el niño está --- realmente asustado, el odontólogo debe demostrar comprensión y proceder con suma lentitud; si el niño está claramente en una demostración de una rabieta, en cambio, puede demostrar su autoridad y dominio en la situación.

c) Resistencia.- Es una manifestación de ansiedad o inseguridad y de hecho, el niño se revela contra el medio. Puede hacer despliegue de rabieta, darse la cabeza contra las paredes o provocar vómitos cuando no desea adaptarse. La retracción es una manifestación de ansiedad, en cuyo caso el niño rehúsa participar en el juego y no habla con extraños ni siquiera con conocidos. El odontólogo tiene dificultades para comunicarse con este tipo de pacientes. El niño se siente lastimado con facilidad y llora casi por cualquier razón.

Si bien no entra en la responsabilidad del odontólogo - tratar los estados psicológicos antes mencionados, será útil que pueda reconocerlos y comprender que la reacción del niño en el consultorio está condicionado por la experiencia previa, la educación en el hogar y el medio.

d) Timidez.- Es otra reacción que se observa ocasional-

mente, en particular en el caso del paciente de primera vez. Suele estar relacionado con una experiencia social muy limitada por parte del niño. El niño tímido necesita pasar por un período de "precalentamiento". Esta es una instancia en la que se puede permitir que el niño tímido sea acompañado al consultorio por otro niño bien adaptado. El tímido necesita ganar confianza en sí mismo y en el odontólogo; por otra parte, la timidez puede reflejar una tensión resultante de que los padres esperan demasiado del niño o aún lo protegen en exceso.

Así como es del área del Cirujano Dentista conocer las características psicológicas del desarrollo del niño para un buen manejo en el consultorio, es de suma importancia que de a conocer a los padres el papel que juega la nutrición. Esto sirve para establecer una interrelación profesional de refuerzo entre el pediatra y el dentista, cuando los padres tienen comunicación con ellos. En niveles sociales marginados, donde acuden solamente al médico o al odontólogo en casos de dolor, se debe aprovechar la visita para despertar interés de la importancia que tiene la higiene bucal y la nutrición, aconsejando a los padres según el presupuesto de estos; indicando por ejemplo que es mejor darle al niño una fruta que un refresco, o cambiar el refresco por agua de frutas que son más saludables y menos costosas. Una naranja es menos costosa que los pastelillos que se encuentran en el mercado y es más nutritiva. Con esto se demuestra al paciente o a los padres que no es caro alimentar a sus hijos adecuadamente si se tiene alguna información. (8)

DENTISTA



Tú espera aquí mami.....
El doctor y yo queremos
Estar a solas
¡Cuestión de negocios!

DENTISTA



No temas, mami
no me pasará nada.

DENTISTA



C A P I T U L O X I I

NUTRICION

Se define como nutrición la suma de los procesos relacionados con el crecimiento, mantenimiento y reparación del cuerpo humano en total o en alguna de sus partes constituyentes.

IMPORTANCIA DE LA NUTRICION.- La importancia de la nutrición debe considerarse no sólo para la cavidad oral, sino para la salud y felicidad de la persona y la familia.

El propósito de una buena nutrición es proporcionar diariamente un aporte adecuado y bien balanceado de todos los nutrientes durante los diversos periodos de la vida, con ajustes propios durante las épocas de necesidades alteradas, como el embarazo, lactancia, diarrea, cicatrización de heridas, etc. Para el mantenimiento de una nutrición óptima, cada individuo debe ser considerado en base a sus antecedentes, preferencias, forma de vida y necesidades específicas.

El odontólogo no puede contemplar el alcance de la nutrición como una cuestión de asesoramiento dietético para sus pacientes.

Si la primera visita del niño al odontólogo se hace a la edad recomendada de 3 años, se puede dar cuenta que tiene una maravillosa oportunidad para observar a los niños durante uno de los periodos más dinámicos del crecimiento y, sería de esperar, para influir favorablemente. (8)

INFLUENCIAS NUTRICIONALES DURANTE EL DESARROLLO DENTAL.
El ambiente sistémico del diente en desarrollo controla la -

estructura histológica del mismo, su composición química y - hasta su tamaño general, forma y diseño cuspídeo. El ambiente sistémico, a su vez es controlado por la composición genética, la salud y bienestar del individuo y la disponibilidad de nutrimentos requeridos para el crecimiento adecuado, desarrollo y mineralización del diente.

Las deficiencias de vitaminas A, C y D, al igual que de deficiencias y proporciones desequilibradas de calcio, fósforo, producen malformaciones características en la estructura histológica del diente en desarrollo. La vitamina A es necesaria para la diferenciación normal y función de los ameloblastos. La deficiencia de vitamina C durante el desarrollo de los dientes provoca un menor tamaño de los odontoblastos, que forman la matriz dentaria a una velocidad reducida.

Cantidades inadecuadas de vitamina D, calcio y fósforo dan una calcificación imperfecta de la matriz del esmalte o la matriz de la dentina en mineralización.

Se cree que solamente la deficiencia de vitamina D durante el desarrollo dental provoca una mayor susceptibilidad a la caries en poblaciones humanas; aunque en niveles de calcio y fósforo muy desequilibrados, especialmente con respecto al calcio elevado y fósforo bajo, pueden también provocar una mayor susceptibilidad a la caries en animales de experimentación. (4)

ALIMENTACION DURANTE LA LACTANCIA.- Para que la alimentación del lactante sea un éxito, es necesario la cooperación entre la madre y su hijo, empezando con la experiencia alimentaria inicial y continuando por el periodo de dependencia infantil. La estrecha relación entre hábitos de alimentación y patrones de personalidad empieza poco después del na-

cimiento. El periodo de alimentación debe ser agradable y -- placentero tanto para la madre como para el niño y, en gran parte determinan el marco emocional en que se desenvuelve la comida.

El periodo después del parto es a menudo una fase de -- grandes ansiedades e inseguridad para la madre, que puede estar temporalmente abrumada por la realidad de las responsabilidades de la maternidad. Es importante que el ambiente hospitalario y la actitud del personal sean confortantes y prestan apoyo mientras la madre encuentra y desarrolla suficiente confianza en sus habilidades maternas.

ALIMENTACION MATERNA.- La incidencia de alimentación materna ha disminuido notablemente en los últimos 50 años, en los países industrialmente desarrollados, por una variedad de razones, entre las cuales tenemos como la más importante unos patrones sociales cambiantes y la introducción de excelentes sustitutos de la leche materna.

VENTAJAS DE LA ALIMENTACION MATERNA.- La leche materna es en todo momento fácilmente disponible a la adecuada temperatura, donde quiera que se encuentre la madre. No se requiere de tiempo de preparación; la leche es siempre fresca y -- exenta de contaminación bacteriana, de manera que las posibilidades de trastornos gastrointestinales son menores.

Las dificultades de alimentación, tales como la regurgitación, los cólicos y las reacciones alérgicas son menores y menos graves en los niños alimentados con leche materna.(12)

La leche materna es el alimento natural para los lactantes a término durante los primeros 2 o 3 meses de vida. La leche de la madre cuya dieta es cuantitativamente adecuada y

correctamente equilibrada, proporcionará los necesarios principios nutritivos, a excepción de la vitamina D, fluor y hierro.

INCONVENIENTES DE LA ALIMENTACION MATERNA.- Desde el punto de vista materno, existen contraindicaciones transitorias o permanentes a la alimentación materna. Las fisuras o grietas del pezón constituyen una indicación para interrumpir transitoriamente la alimentación si resulta doloroso el empleo de una pezonera. La mastitis obliga a interrumpir la lactancia, si bien a veces, cuando es rápidamente eficaz, cabe reanudar la alimentación materna al cabo de unos días. Las enfermedades agudas de la madre se consideran como contraindicaciones a la alimentación si el niño no padece la misma enfermedad.

Las enfermedades graves materna, como septicemia, nefritis, ecamplasia, hemorragias graves, tuberculosis, fiebre, tifoidea o paludismo, constituyen contraindicaciones permanentes de la lactancia; del mismo modo representan indicaciones de alimentación artificial la desnutrición crónica, debilidad, epilepsia, demencia, determinadas neurosis, psicosis post-partum y el embarazo. (12)

ALIMENTACION ARTIFICIAL.- La alimentación artificial es considerada como un procedimiento simple en el que no se emplean cálculos complicados ni preparaciones elaboradas. La leche de vaca pura, fresca o modificada en alguna forma, es la base de la mayoría de mezclas lácteas, existen algunos sustitutos de la leche para lactantes hipersensibles a la de vaca. La gran reducción de morbilidad y mortalidad a causa de infecciones gastrointestinales ha sido una consecuencia de la esterilización de la fórmula láctea y de la refrigera-

ción de ésta hasta el momento de su uso. La superioridad de la leche materna (no de la lactancia materna) sobre las actuales preparadas artificialmente y derivados de la leche de vaca se ha hecho menos aparente al conocerse mejor los procedimientos de preparación de la leche, química de la alimentación. Los estudios objetivos del estado de nutrición de los lactantes en fase de crecimiento (índice de crecimiento en peso y talla, normalidad de los diversos componentes hemáticos, resultados de los estudios metabólicos, composición somática, etc.) demuestran unas diferencias relativamente pequeñas, y probablemente insignificantes, entre los niños alimentados con leche materna y los que son alimentados con alguna variedad de leche de vaca. (10)

ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS EN LA LACTANCIA.- Tanto en los lactantes criados al pecho como los alimentados con biberón, la dieta del periodo neonatal debe complementarse con vitaminas C y D, y probablemente con vitamina A. Durante el segundo mes de vida puede alimentarse el niño con jugo de naranja diluido; si diariamente toma por lo menos 60 g de jugo de naranja fresco, congelado o de lata, puede abandonarse la adición de ácido ascórbico. Debe administrarse la vitamina D con una ingestión diaria de 800 a 1,000 u.i. aproximadamente. Existen numerosos preparados comerciales que contienen dicha cantidad de vitamina D, 50 mg de ácido escórbico y 3,000 a 5,000 u.i. de vitamina A.

ALIMENTOS SOLIDOS.- El contenido calórico de los diversos alimentos infantiles preparados difiere considerablemente. La yema de huevo, los cereales con adición de leche, las carnes y los budines presentan una mayor densidad calórica que la leche, mientras que las verduras y frutas tienen un valor energético similar o inferior al de la leche. Los ce-

reales son un excelente alimento para ofrecer a aquellos niños que poseen un buen apetito en los primeros meses de vida y no resultan satisfechos con las calorías proporcionadas -- por su ración de leche. Las frutas, especialmente los plátanos, la compota de manzana, suele ser bien tolerada y pueden ser ofrecidos en primer lugar. (2)

COMPARACION DE LA LECHE DE MUJER Y LA DE VACA.- Tanto la materna como la de vaca varían en las diferentes fases de la lactancia; además, existen en ambos casos diferencias individuales. Las diferencias entre las leches de mujeres que reciben una alimentación apropiada son insignificantes.

CALOSTRO.- La secreción de las mamas durante los primeros 2 a 4 días después del nacimiento del niño recibe el nombre de calostro. Presenta un color amarillo limón intenso, su reacción es alcalina, y su densidad es de 1,040 a 1,060 en contraste con la densidad media de la leche fresca materna que es de 1,030. La cantidad de calostro secretada no es grande (10 a 40 cc). El calostro contiene mayor cantidad de proteínas que la leche materna y más minerales, pero menos hidratos de carbono y grasas. Después de los primeros días de lactancia al calostro es sustituido por la secreción de una forma de transición de leche que gradualmente asume las características de la leche materna madura hacia la tercera a cuarta semana. (12) La leche materna provee inmunidad pasiva al recién nacido y puede estimularlo para la producción de Ig A a los pocos días de nacido.

AGUA.- Las cantidades relativas de agua y sólidos en la leche de mujer y de vaca son, con escasa diferencia, las mismas, ya que el contenido acuoso de ambas alcanza aproximadamente de 87 a 87.5%, con un peso específico que varía de ---

1,030 a 1,032. (12)

CALORIAS.- Aunque existen ligeras variaciones en los valores energéticos de cada tipo de leche, en la práctica cabe suponer que ambas equivalen a 20 cal/30 g.

PROTEINAS.- Existen diferencias cualitativas y cuantitativas entre las proteínas de la leche de mujer y la de vaca. La primera sólo contiene 1. a 1.5% de proteína (promedio -- 1.2%), en contraste con el 3.5% aproximadamente de la de vaca.

HIDRATOS DE CARBONO.- Los azúcares de ambas leches difieren sólo cuantitativamente, ya que ambas están constituidas por lactosa. La leche de mujer contiene 6.5 a 7% de este cuerpo y la de vaca, aproximadamente el 4.5%.

GRASAS.- El contenido de grasa es más variable que cualquier otro componente. La leche contiene aproximadamente --- 3.5%. La cantidad de grasa en la leche de mujer varía con la dieta. El contenido de grasa de la última obtenida con teta-da es más elevada que la primera.

La proporción de grasas en la leche de vaca varía en -- las diversas razas, pero la leche que se consume en las ciudades es por lo general mezclada, es decir, procedente de numerosas vacas, por lo que su contenido es más o menos fijo, hallándose de ordinario comprendido entre 3.25 a 4%.

MINERALES.- El contenido de minerales total de la leche de mujer es mucho menor que el de la de vaca: 0.15 a 0.25% - en la mujer, y 0.7 a 0.75% en la de vaca. A excepción del -- hierro y el cobre, la leche de vaca contiene una cantidad -- considerablemente mayor que todas las sustancias minerales.

Ninguna de las dos contiene una cantidad suficiente de hierro; en el caso del lactante a término, durante los primeros 4 o 6 meses de vida, el déficit es compensado por las reservas fetales. Si bien la necesidad de calcio y fósforo es relativamente grande durante los primeros periodos de rápido crecimiento, se mantienen balanceadas adecuadamente con la alimentación materna a pesar de su bajo contenido en esos cuerpos comparada con la leche de vaca.

VITAMINAS.- El contenido de vitaminas de la leche de mujer y la de vaca varía con la ingestión materna. Ambas poseen cantidades relativamente grandes de la vitamina A y pequeñas de vitamina D. La leche de mujer contiene más vitamina C, salvo si existe una deficiencia en la ingestión materna de alimentos que incluyan dicha vitamina. La leche de vaca contiene más tiamina y riboflavina que la de mujer, y aproximadamente cantidades iguales de niacina.

CONTENIDO BACTERIANO.- La leche de mujer se halla esencialmente libre de contaminaciones bacterianas. En caso de mastitis pueden llegar a la leche gérmenes patógenos en gran número. Tanto los bacilos tuberculosos como los tifódicos pueden hallarse a veces en la leche de mujer infectada por estos gérmenes. La leche de vaca está por lo regular contaminada en la mayoría de los casos, sus bacterias no son nocivas para el hombre. La leche de vaca es, con todo, un buen vehículo, e incluso un medio de cultivo para las bacterias patógenas, y algunas infecciones aisladas y epidémicas son acarreadas por la leche. Entre estas infecciones tenemos las enfermedades estreptocócicas, la difteria, la fiebre tifoidea, la salmonelosis, la tuberculosis y la brucelosis. (12)

CONTENIDO DE HIDRATOS DE CARBONO EN LA LECHE MATERNA
Y ALGUNAS LECHES DE FORMULA (g por 100 cc)

- | | |
|---|--------|
| 1) Leche materna. ----- | 7.0 g |
| 2) Similac con hierro Ross ----- | 11.0 g |
| 3) Leche desnatada, diversas marcas.----- | 10.0 g |
| 4) Eledon, Nestle.----- | 2.7 g |

DIETA BASICA DEL SEGUNDO AÑO. La mayoría de lactantes se adaptan de un modo natural al plan de tres tomas de alimento al día, hacia el final del primer año de vida. Aunque deben hacerse grandes concesiones en la dieta del niño en un caso dado, con objeto de tener en cuenta las idiosincrasias personales y los hábitos familiares, es preciso indicar a la madre un esquema de las necesidades dietéticas básicas diarias.

MENORES NECESIDADES CALORICAS.- Hacia fines del primer año de vida y durante el segundo, a causa de una mengua constante de la marcha del crecimiento, se produce una reducción gradual en la ingestión calórica del niño por unidad corporal. Además no es raro que presente periodos temporales de falta de interés para todo alimento o por algunos productos alimenticios determinados. El no reconocer estos hechos, en especial la disminución de las necesidades calóricas, conduce a forzar la alimentación. El niño se revela como reacción natural, y de ello se derivan problemas de orden alimentario. Prevenir es mucho más eficaz que corregir; por esto el médico debe explicar a la madre el cambio que experimentan los hábitos alimentarios del niño durante el segundo año de vida, antes de que aquél se produzca.

DIETA BASICA DIARIA.- Los padres deben proporcionar al

niño una dieta diaria. Es necesario proporcionar cantidades adecuadas de todas las clases de alimentos, a fin de evitar deficiencias nutritivas específicas. El niño deberá conocer el contenido de una dieta básica y la importancia que ésta tiene para el crecimiento adecuado y el estado de salud, pero esta información nunca deberá presentarse como una amenaza para hacerle cumplir unas prácticas rígidas de alimentación. (12)

A continuación se da una minuta diaria que proporcionará todos los elementos nutritivos esenciales.

DESAYUNO:

- fruta cítrica o jugo de tomate
- harina: integral o enriquecida.
- huevos.
- tostadas de maíz integral.
- mantequilla.
- leche.

COMIDA:

- carne, pescado, hígado.
- papas, arroz o pasta italiana.
- verduras
- Pan de harina integral, mantequilla.
- leche
- frutas
- vitamina D (durante toda la infancia).

CENA:

- emparedados con pan de harina integral
- cereal, leche
- verduras crudas.
- natilla, pastel tarta, mantecada o gelatina.

Alimentos incluidos en una buena dieta diaria para niños de 1 a 6 años

Alimentos	Cantidad diaria que necesita cada niño.	Cantidad media por cada vez, según la edad		
		1 año	2 y 3 años	4 y 5 años
Leche	3 a 4 tazas			
Huevos	1 huevo			
Carne, pollo o pescado	15 a 60 g. (2 a 4 cucharadas soperas)	15 g. (1 cucharada soperas)	45 g. (3 cucharadas soperas)	60 g. (4 cucharadas soperas)
Habas, arvejas, lentejas secas	1 ración, 2 ó 3 veces por semana, cuando sean escasos la carne y los huevos	Deshechas en sopa	3 cucharadas soperas	4 cucharadas soperas
Papas	1 ración	2 cucharadas soperas	3 cucharadas soperas	4 cucharadas soperas
Otras hortalizas cocidas (a menudo, una hortaliza verde o amarilla oscura)	1 a 2 raciones	2 cucharadas soperas	3 cucharadas soperas	4 cucharadas soperas
Hortalizas crudas (lechuga, zanahoria, apio, tomates, etc.)	Pequeña cantidad		Uno o dos pedazos pequeños	
Fruta que contenga vitamina C	1 naranja tamaño medio, ó 1/2 a 3/4 de taza de jugo de tomate	La cantidad para todo el día en una ración		
Otras frutas (manzana, banana, durazno ciruelas)	1 a 2 raciones	1/4 taza	1/3 taza	1/2 taza
Cereales, de grano íntegro, restaurado o enriquecido	1 ración	1/4 taza	1/3 taza	1/2 taza
Pan, de grano íntegro o enriquecido	1 1/2 a 5 rebanadas	1/2 a 1 rebanada	1 a 1 1/2 rebanada.	1 1/2 a 2 rebanadas.
Manteca, mantequilla o margarina enriquecida	1 a 2 cucharadas	1 cucharadita	1 a 3 cucharaditas	1 a 3 cucharaditas
Dulces	Un postre simple, en 1 ó 2 comidas	1/4 taza	1/3 taza	1/2 taza
Aceto de hígado de bacalao	Cantidad suficiente para proporcionar de 400 a 800 unidades U.S.P. de vitamina D			



AZUCAR + GOLOSINAS son causa de

- A) Dolor de dientes
- B) Dentición pobre
- C) Músculos flácidos
- D) Cambio de PH

A + B + C + D = Salud pobre

TODO EL CUERPO SABE ESTO

Doctor Carlos

C A P I T U L O X I I I

VITAMINAS

Las vitaminas son compuestos orgánicos requeridos en -- cantidades diminutas para energía o metabolismo celular, y - para promover el crecimiento del individuo.(4)

VITAMINA A.- Es una vitamina importante en la formación de los dientes, en razón del origen epitelial del órgano del esmalte. La deficiencia de vitamina A puede ocasionar paladar fisurado en ratas y cerdos.

La vitamina A se encuentra en la leche, huevos, carne, en especial hígado, vegetales amarillos como zanahorias, zapallo y melón, en vegetales verdes como brócoli, repollo y espinacas.

VITAMINA D.- Es necesaria para la calcificación de los tejidos óseos y el desarrollo de huesos y dientes.

La deficiencia de esta vitamina es una de las causas de raquitismo en el niño y en el adulto de osteomalicia.

VITAMINA E.- Es importante como antioxidante, así protege a la vitamina A, que se destruye fácilmente por oxidación. Las propiedades antioxidantes de la vitamina E pueden prevenir la hemólisis de los eritrocitos por peróxidos histicos.

Las mejores fuentes de vitamina E son las semillas oleaginosas, como aceite de germen de trigo, las ostras y huevos. (8)

VITAMINA K.- Conocida como vitamina antihemorrágica. En una deficiencia de esta vitamina, la actividad de la protrombina plasmática decrece, con lo cual aumenta el tiempo de coagulación de sangre y producir una seria hemorragia.

Se obtiene naturalmente de varias maneras. La síntesis microbiana en el intestino aporta normalmente una cantidad adecuada en los seres humanos. En los alimentos, se obtiene de los vegetales de hoja verde. El hígado es una fuente excelente.

VITAMINA B₁ (Tiamina).- Su deficiencia produce la enfermedad conocida como beri beri, que se caracteriza por alteraciones degenerativas del sistema nervioso.

Esta vitamina se encuentra presente en la levadura de cerveza, germen de trigo, pan integral, verduras frescas en pequeñas cantidades.

VITAMINA B₂ (Riboflavina).- Se halla en varias coenzimas, en las flavoproteínas, que son esenciales para las reacciones oxidación reducción en el metabolismo intermedio.

La deficiencia de riboflavina produce en el hombre trastornos en el desarrollo del feto (alteraciones del esqueleto), inflamación de la lengua y de los labios, como la queilitis, trastornos de las mucosas y de la piel.

Las fuentes principales de riboflavina son los productos lácteos y carne.

NIACINA.- Su carencia condiciona una enfermedad específica, la pelagra, que se caracteriza por un eritema con descamación de la piel, sobre todo en la parte expuesta a la luz solar, junto con trastornos nerviosos; otros síntomas de

ficitarios incluyen otras erupciones de la piel, pérdida del apetito, inflamación de la mucosa bucal, diarrea, dolores de cabeza, insomnio, depresiones, pérdida de memoria, anemias, etc. (8)

Son fuentes de niacina la carne, pescado, huevos, leche, harinas y cereales.

PIRIDOXINA. Vitamina B₆.- Funciona como coenzima en las reacciones que involucran decarboxilatos y transaminación de aminoácidos. Su deficiencia produce dermatitis seborréica en torno de ojos y comisuras bucales.

ACIDO PANTOTENICO.- Está distribuido entre los alimentos naturales.

El ácido pantoténico es de vital importancia en el metabolismo intermedio donde funciona como parte de la coenzima A. Su deficiencia en animales de experimentación produce degeneración neuromuscular, insuficiencia adrenocortical y --- muerte.

Sus fuentes naturales son la levadura de cerveza, hígado, pescados, cáscara de frutas y arroz, y en pequeñas cantidades en los tomates, leche y verduras. (5)

ACIDO FOLICO.- Es esencial en el metabolismo de las unidades de carbono, en la síntesis intracelular para las purinas, pirimidinas, metionina y serina. La deficiencia de éste produce detención en la maduración de la médula ósea, glositis y trastornos gastrointestinales.

La anemia megalobástica durante el embarazo se produce como consecuencia de la falta de ácido fólico, por absorción insuficiente, vómitos, por la demanda creciente por parte --

del feto o por alguna falla desconocida en la síntesis de --
coenzimas de ácido fólico.

VITAMINA B₁₂ (Cianocobalamina).- Es esencial para la --
función normal de todas las células, en especial para la mé-
dula ósea, sistema nervioso y vía gastrointestinal.

La cianocobalamina está ligada a la proteína en alimen-
tos de origen animal. Hay muy poca en vegetales.

En los vegetarianos pueden aparecer glositis, pareste--
sias, amenorrea y signos de degeneración medular, aunque la
anemia es rara en este caso.

ACIDO ASCORBICO.- Es de vital importancia para los teji-
dos de origen mesenquimatoso: tejido fibroso, dientes, hue--
sos en formación y vasos sanguíneos.

Metabólicamente tiene muchas funciones. Los sistemas me-
tabólicos en los cuales funciona el ácido ascórbico inclu--
yen: 1) oxidación de fenilalanina y tirosina, 2) hidroxilación
de compuestos aromáticos, 3) conversión del ácido fólico (fo-
lacina) en ácido folínico (forma activa del ácido fólico), -
4) desarrollo de los odontoblastos y otras células especiali-
zadas (colágeno y cartílago), 5) mantenimiento de la resis--
tencia de los vasos sanguíneos. (8)

La cantidad de ácido ascórbico recomendada por día es -
de 3 a 6 veces el nivel mínimo de ingestión para proteger --
contra el escorbuto: para bebés y niños en crecimiento 35 a
60 mg por día, y para adultos 55 a 60 mg. Esto da un márgen-
de seguridad y asegura ácido ascórbico suficiente para promo-
ver una salud óptima por largos periodos o cuando el organis-
mo está sometido a situaciones de stress.

Una fuente excelente de ácido ascórbico son las frutas cítricas, así como los vegetales frescos, entre los cuales tenemos: el brócoli, repollo, repollitos de Bruselas, coliflor, espinacas y tomate.

MINERALES.- Son la quinta clase de nutrientes y algunos como el calcio y fósforo, se necesita en bastantes proporciones, comparados con el yodo, fluor y zinc.

Los minerales tienen varias funciones en el organismo.

El calcio, fósforo, flúor y algunos de los minerales vestigiales son constituyentes de los tejidos osificados; sodio, potasio y cloro mantienen el equilibrio ácido-base y regulan los iones fundamentales. Hierro cobre y cobalto son esenciales en la formación de la sangre. Otros como magnesio, zinc, manganeso, melibdeno, sirven de componentes en sistemas enzimáticos. (4)

CALCIO.- Es el más importante para el desarrollo del esqueleto, coagulación sanguínea, sistema de amortiguación, y el metabolismo de carbohidratos y grasas.

CALCIO.- Es el más importante para el desarrollo del esqueleto, coagulación sanguínea, sistema de amortiguación, y el metabolismo de carbohidratos y grasas.

La composición del mineral óseo es básicamente un hidroxiapatita que varía de composición por otros iones como plomo, estroncio y magnesio, incorporados durante la formación. En la formación ósea o dental, si hay fluor disponible, el cristal resultante es "fluorapatita".

La ingestión de calcio para el adulto debe ser adecuada para mantener las reservas corporales, puesto que en la vida

se incorpora cierta cantidad de calcio a los huesos.

Una mujer embarazada debe mantener niveles de calcio -- que satisfagan las necesidades combinadas de ella y el esqueleto fetal en desarrollo; por tanto, su ingestión debe exceder lo considerado normal para el adulto. De no ser así, se irá el calcio del esqueleto materno al feto. En niños y adolescentes también se debe administrar mayor cantidad que en los adultos por el consumo adicional para su crecimiento y desarrollo.

El calcio es necesario para el equilibrio ácido-base y para ayudar en la regulación de tono muscular. También es -- esencial en la regulación de latidos cardiacos y en el mecanismo normal de coagulación.

Se excreta con las heces y la orina y representa un promedio de 300 mg a 1 g por día. Las fuentes de calcio son productos lácteos, mariscos, yema de huevo y hortalizas verdes.
(8)

FOSFORO.- Este mineral juega un papel importante en las funciones corporales: ayuda al metabolismo de los carbohidratos, proteínas y grasas; provoca la rápida liberación de energía para contracciones musculares; ayuda a estabilizar la química sanguínea; ayuda al crecimiento de los huesos y dientes; y es un medio de transporte de ácidos grasos.

Las dietas que suministran cantidades adecuadas de calcio contienen también cantidades suficientes de fósforo; por lo tanto, no es probable que ocurra una deficiencia de fósforo a menos que la dieta sea notoriamente inadecuada.

Cada 100 ml de sangre humana contiene de 35 a 45 mg de

fósforo, de los cuales 3 a 5 mg son inorgánicos, por tanto, fácilmente disponibles para reacciones químicas.

Se obtiene de fuentes similares a las que suministran calcio. (8)

HIERRO.- Es un mineral esencial en la respiración tisular y el funcionamiento adecuado de los sistemas enzimáticos.

Suele absorberse en su forma ferrosa por vía linfática, con la mayor incorporación en el duodeno. La absorción está relacionada con la demanda: aumenta en periodos de mayor necesidad, como crecimiento, embarazo y hemorragias. Esta es favorecida, al igual que la del calcio y fósforo por el pH ácido, y el hierro ferroso se absorbe más fácilmente que el férrico.

La deficiencia de hierro produce anemia microcítica y es más frecuente en niños, bebés y en las mujeres en años de menstruación y embarazo. Los signos clínicos de esta deficiencia pueden ser: palidez de piel y tejidos, debilidad, cansancio y disnea al esfuerzo. Las manifestaciones bucales son: queilosis angular, pérdida de las papilas linguales y palidez de la mucosa.

Las mejores fuentes de hierro son hígado, carne magra, mariscos, hortalizas verdes, yema de huevo. (4)

C A P I T U L O XIV

LOS FLUORUROS EN LA PREVENCIÓN DE LA CARIES

La aplicación de solución de fluoruros en la superficie dentaria, es método valioso en la prevención de la caries. - Para ello se han utilizado principalmente los derivados: -- fluoruros de sodio, de estaño, fluorofosfatos acidulados; se han hecho algunas pruebas aunque no con los mismos resultados satisfactorios con fluoruro de magnesio, de silicato y - de potasio.

Como disolvente de estas sales se emplean agua bidestilada, glicerina anhídrica y algunos geles de alto peso molecular.

La forma de aplicación puede ser: tópica sobre el esmalte, usando enjuatorios, dentríficos y pastas para pulir.

La técnica de aplicación, cualquiera que sea la solución utilizada, es la misma y deben seguirse los siguientes pasos:

1) Debe efectuarse una profilaxis en las estructuras -- dentarias, mediante la utilización de una pasta abrasiva y - cepillo o discos de hule que sirven para pulir o eliminar -- los restos de materia alba, mucina o placa protética que puede haberse formado sobre la superficie dentaria.

Al terminar de hacer la profilaxis, conviene hacer enjuagatorios con algún colorante que nos muestran si todas -- las superficies fueron debidamente limpiadas.

2) Aislar las piezas de la saliva, con el objeto de eliminar totalmente la humedad que pudiera hacer fracasar el -- tratamiento. Este puede efectuarse con dique de hule, pero - es un procedimiento bastante complicado y difícilmente tole-- rado por el niño, sobre todo en los primeros años de vida.

En la práctica podemos aislar mediante rollos de algo-- dón, los que permanecen en su sitio por un portarollos, con_ objeto de que no esté en contacto con el esmalte del diente; esta precaución es muy importante, ya que si el algodón que-- da en contacto con el esmalte dentario, al aplicar la solu-- ción de fluoruro, va a ser absorbida por el algodón y no ten-- drá efecto alguno sobre el esmalte.

Una vez aislado el diente, se procede a secar la super-- ficie del mismo mediante una corriente de aire, utilizando - la jeringa de la unidad. Esto permite facilitar la absorción de la solución de fluoruro que va a ser depositada en el es-- malte.

3) Aplicación de la solución fluorada. Mediante este pa-- so debemos tener la seguridad de que el diente queda total-- mente impregnado de la solución, no es suficiente pasar rápi-- damente la torunda de algodón, sino que debe cubrir efectiva-- mente la corona dentaria con la solución elegida.

Una vez terminada, deben permanecer los rollos de algo-- dón en su sitio por lo menos 30 segundos para permitir la ab-- sorción de la solución por el esmalte, antes que la saliva - vuelva a tomar contacto con la superficie del diente. Debe - recomendarse al paciente no enjuagarse la boca ni ingerir -- ningún líquido o alimento durante 30 minutos. (7)

FLUORACION DEL AGUA DE CONSUMO.- La forma más práctica_

para introducir el fluor al organismo es el agua de consumo. Este método ha sido proclamado como seguro y eficaz para asociaciones dentales y médicas en muchas partes del mundo.

En algunas ciudades o comunidades, el agua contiene --- fluor en forma natural, sin que el hombre tenga que añadirle sustancia alguna. Esta concentración puede no ser la óptima y originar fluorosis en dicha comunidad, lo cual sucede en concentraciones excesivas de fluor y produce el moteado del esmalte dentario y en casos extremos puede quedar completamente manchado. Esto puede verse en regiones como Durango, que tiene una concentración de fluor mayor de 2 a 6 partes por millón. La concentración ideal es de una parte por millón, lo cual es una cantidad inocua para la estética de los dientes y la salud general del individuo. (1)

FLUORACION DE LECHE.- La leche es un vehículo de gran utilidad para adicionar y proporcionar protección contra la actividad cariosa. Entre los límites que impiden su establecimiento como norma a seguirse está la falta de cooperación del paciente para tomar la leche adicionada y los problemas de dosificación, ya que varía notablemente la cantidad de leche que toman los niños y las dosis deben estar de acuerdo con la cantidad ingerida.

FLUORACION POR MEDIO DE TABLETAS.- La ingestión continua de tabletas o gotas que contienen fluor es de 1 mg diario, lo que produce una inhibición de caries considerable.

En un estudio realizado por Henon con 12 preescolares, se les administró tabletas fluoradas y vitaminas durante tres años y comprobó que administrándose diariamente, hay una notable disminución de las lesiones cariosas en una proporción semejante a la obtenida con la fluoración de agua de consumo. (7)

C A P I T U L O XV

HIGIENE BUCAL

La higiene bucal es un procedimiento que realiza el paciente en su hogar y consiste en la eliminación de la placa dentobacteriana, restos alimenticios, depósitos blandos, con lo cual ayuda a la encía para que sea firme y aumente su cornificación epitelial.

Los hábitos de cepillado dentario no son prácticos en la sociedad moderna. Es raro encontrar una persona que se cepille sus dientes en otro momento que al levantarse antes y de acostarse. El cepillado realizado al comenzar el día, tiene función cosmética, pero guarda poca relación con la prevención de la caries.

Los niños no usan el cepillo dental frecuente o eficazmente y requieren de cuatro visitas de práctica por lo menos antes que pueda aprender a manipularlo correctamente. Es responsabilidad del odontólogo enseñar al niño e instruir a los padres para el cepillado correcto tan pronto como sea posible.

Los objetivos inmediatos de la higiene bucal son:

- a) Reducir las cantidades de microorganismos, tanto en los tejidos blandos como en los dientes.
- b) Favorecer la cornificación del epitelio y hacer con esto que los tejidos gingivales sean más resistentes a la irritación mecánica diaria. (8)

METODOS DE ENSEÑANZA DE LA HIGIENE DENTAL

- 1) En escuelas.
- 2) En comunidades.
- 3) En clínicas odontológicas.
- 4) En el consultorio privado.
- 5) En brigadas.
- 6) En unidades móviles.

1) EN LAS ESCUELAS.- A este nivel se pueden hacer organizaciones de clínicas dentales escolares, que pueden localizarse dentro de la escuela o en algún otro sitio cercano a ésta.

La colaboración de los maestros brinda buenas condiciones para una exitosa profilaxis bucal y la concurrencia a este tipo de clínicas, pero para esto se necesita la educación de los maestros.

Se hizo un experimento en Zurich de este tipo de clínicas escolares y otorgaron magníficos resultados.

Desde hace años son tratados desde el 85 y 87% de todos los escolares en forma permanente, a los que deben agregarse unos 5,000 preescolares; de este modo, la atención odontológica de los niños en Zurich es efectuada casi exclusivamente por la clínica escolar.

En las 13 clínicas distribuidas sobre todo el territorio municipal existen 44 lugares de trabajo que, con pocas interrupciones, están permanentemente ocupados. Cada niño está inscrito en la clínica más cercana y es tratado durante todo su periodo escolar en el mismo lugar, aún en los casos de reemplazo temporario o permanente de su dentista escolar.

Las estadísticas señalan que de 100 alumnos, el 87% fueron tratados en estas clínicas escolares.

El exámen dentario es obligatorio para todos los alumnos, pero no así el tratamiento.

Con el ingreso en el jardín de infantes empieza la atención odontológica escolar de los niños. Desde hace 19 años todos los jardines de infantes son visitados de manera regular por los asistentes sociales odontológicos, especialmente entrenados para ese trabajo, en el Instituto de Odontopediatría de la Universidad de Zurich.

Sus tareas abarcan:

1) Esclarecimiento adecuado a la edad; mediante muñecos; teatro de títeres y dibujos. Se enseñan los puntos más esenciales de la higiene bucal.

2) Ejercicios de cepillado de dientes: primero se explica el método con la ayuda de una gran cabeza de muñeco, antes de emplearlo en los dientes propios.

3) Exámen clínico con espejo bucal, anotando en una ficha el estado actual de cada niño.

4) Asesoramiento e instrucción de las madres, citadas para ese fin en el jardín de infantes. Se suministran informaciones sobre prevención de caries, problemas de alimentación, en especial respecto al hecho de comer fuera del horario, y se exhiben técnicas de cepillado sobre un modelo en el que se hace practicar a la misma madre. Aproximadamente el 80% de ellas concurren con regularidad a estas reuniones.

El alentador aumento del número de niños sin caries se

debe a la colaboración comprensiva de las madres que se interesan por el bienestar físico de sus hijos.

Siempre que una madre lleva a un hijo al dentista, se le pide que traiga también a sus hijos menores para que estos se acostumbren a la presencia del personal y a su ambiente.

5) Con regularidad el niño recibe el tratamiento que sea adecuado para su caso, y las aplicaciones de fluor necesarias, (13, 14)

IMPORTANCIA DEL CEPILLADO.- El uso regular del cepillo dental después de cada comida y antes de acostarse ayudará a mantener la buena salud de los tejidos blandos que rodean los dientes. Este tipo de cuidados debe ser enseñado y alentado en pacientes de poca edad.

La finalidad del cepillado es arrastrar todo tipo de microorganismos que se encuentran en la superficie dentaria y gingival, así como la disminución de la caries y de las enfermedades periodontales.

La frecuencia del cepillado se regulará con la finalidad de prevenir estas enfermedades.

TIPOS DE CEPILLOS.- Al recomendar un cepillo, se tomarán en cuenta:

1) Las necesidades individuales de cada paciente.

2) Tamaño. El mango deberá tener una forma adecuada, lo cual permite una presión firme y cómoda. La parte activa será lo suficientemente grande para abarcar todos los dientes a la vez, pero también lo suficientemente pequeña para permitir la fácil introducción en la boca.

3) Cerdas. Deberán ser de igual longitud; si son blandas, se deben hallar muy cerca una de otra. Si son duras deben estar más espaciadas, en dos o tres hileras. Los extremos deben ser redondeados.

SECUENCIA DEL CEPILLADO.- El cepillado debe ser sistemáticamente, comenzando hasta atrás y avanzando hacia la región anterior en el lado opuesto del mismo arco.

El tiempo de la limpieza variará en cada paciente y dependerá en parte de la frecuencia del cepillado.

El cepillado se hará frente a un espejo, con buena luz para que el paciente vea la colocación del cepillo y las cerdas. (16)

ADITAMENTOS AUXILIARES EN LA HIGIENE DENTAL.

- 1) Cepillo dental.
- 2) Hilo dental.
- 3) Estimulador interdentario.
- 4) Palillos de madera.
- 5) Agentes limpiadores (dentríficos y enjuagatorios)
- 6) Sustancias reveladoras.

CEPILLO DENTAL.- Es de gran importancia en la remoción de la placa dentobacteriana y debe reunir las siguientes características:

- a) Superficie de trabajo plana y recta.
- b) Cerdas redondeadas y pulidas.
- c) Mango recto.
- d) Consistencia (dureza) según la edad.

HILO DENTAL.- Es muy útil y quizá el aditamento más im-

portante después del cepillo dental.

La técnica para la limpieza por medio del hilo dental es la siguiente:

- a) Se extraen de 45 a 60 cm de hilo del tubo que lo contiene y se corta con el dispositivo filoso.
- b) Se envuelve el hilo tres veces en el dedo medio de ambas manos.
- c) Se pasa el hilo por los espacios interproximales con suavidad para no lesionar la encía.
- d) Se tensa el hilo estirándolo. Se presiona contra el diente y se lleva por debajo del margen gingival libre de la papila.
- e) Una vez dentro del surco, el hilo se sujeta con firmeza contra la superficie mesial ejerciendo presión con las manos (hacia distal). Se lleva el hilo hacia apical hasta encontrar resistencia. Después se mueve hacia incisal u oclusal hasta el punto de contacto. Se repite el procedimiento en la superficie proximal vecina (distal).

Existen además mangos portadores de hilo.

ESTIMULADOR INTERDENTARIO.- Se compone de una punta de caucho de forma cónica, lisa o estriada, fija en un mango de plástico o en el extremo del mango de un cepillo dental. Estos aditamentos masajean y estimulan la circulación de la encía interdentaria y aumentan el tono de los tejidos, ayudándolos para que recuperen su tamaño perdido (las papilas), -- ayuda también a quitar residuos de las zonas interproximales. Esta fisioterapia es útil en zonas donde el tejido interdentario fué destruido por enfermedad, como en el caso de la gingivitis ulcerosa necrosante.

Se indica al paciente que precise estimulación interdentaria, que use el estimulador interdentario por lo menos una vez al día, colocando la punta del mismo en el espacio interproximal, en dirección levemente coronaria. Se ejerce presión sobre la encía con movimientos horizontales y se efectúa la estimulación desde vestibular y desde lingual.

PALILLOS DE MADERA.- Son útiles como complemento del cepillado para desprender residuos retenidos en espacios interproximales, que suelen pasar por alto durante el mismo, y para masajear la encía interproximal subyacente. Se moja el palillo para que no sea tan quebradizo y se coloca en la zona interdientaria. Se introduce en dirección coronaria para no lesionar la encía, se acuña el palillo en el espacio interdentario y luego se retira; se repite este movimiento hacia adentro y afuera varias veces, sin sacar el palillo del todo de la zona.

AGENTES LIMPIADORES.- (dentríficos y enjuagatorios). El dentrífico se usa porque contiene abrasivos muy finos y detergentes mezclados con agentes aromáticos.

Los detergentes ayudan a pulir los dientes porque hacen espuma y movilizan los residuos. Los agentes aromáticos hacen más placentero el cepillado y dejan una sensación fresca en la boca; sin embargo, el trabajo real es realizado por el cepillo.

Los agentes terapéuticos que se incorporan al dentrífico son varios, tales como agentes cariostáticos (fluor), enzimas proteolíticas (caroid), agentes desensibilizantes (termodent), agentes quelantes (xtar).

SUSTANCIAS REVELADORAS.- Nos sirven para detectar donde se forma con mayor frecuencia la placa dentobacteriana. (16)

TIPOS DE REVELADORES:

Soluciones:

- a) Fuscina básica al 2%.
- b) Beta-Rose de Chayes.
- c) Two-tone de Butler.

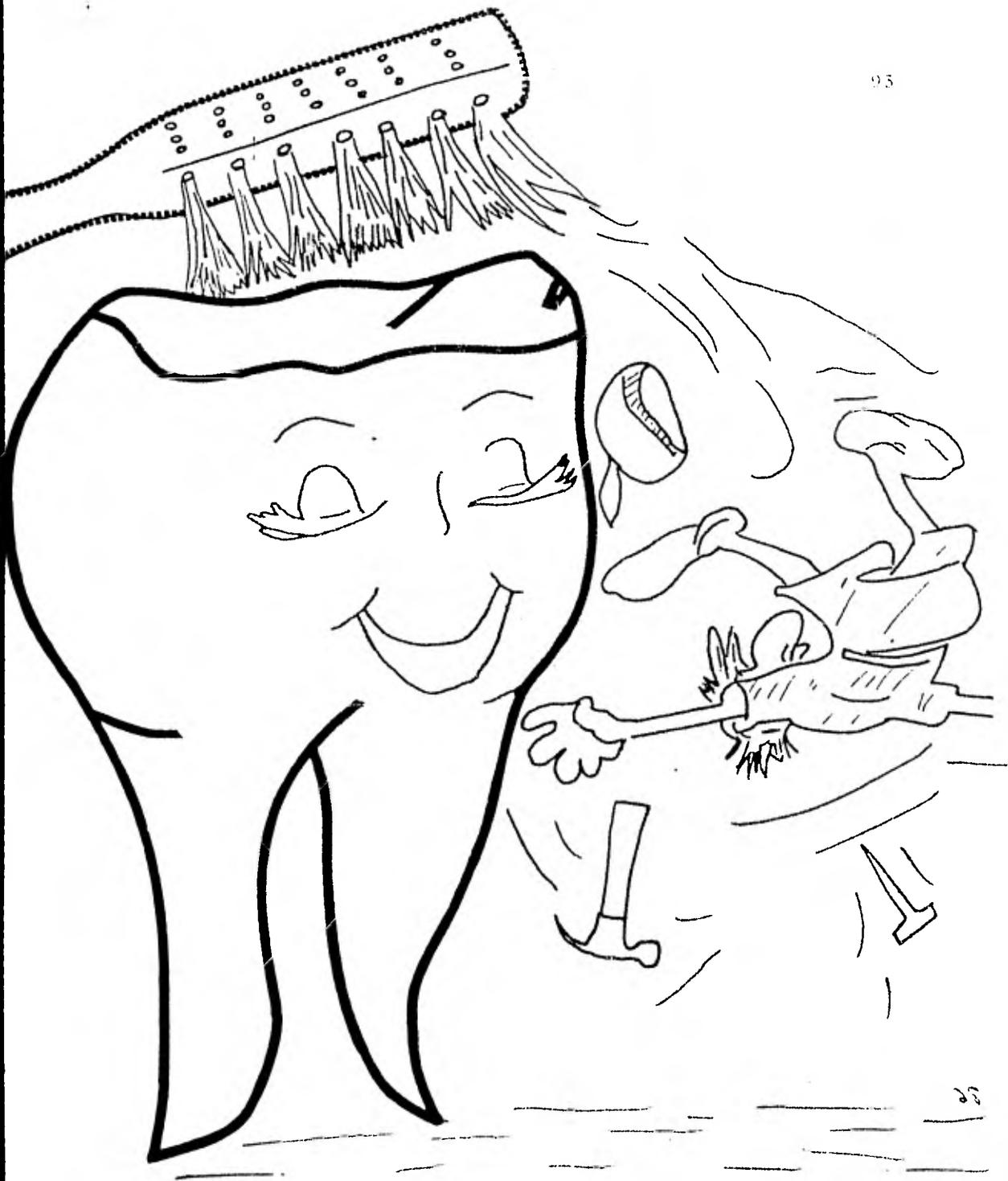
Tabletas.

- a) X-pose.
- b) Red-Cote.

Este es alguno de
los métodos de enseñanza
POR ROTAFOLIO

92





C A P I T U L O XVI

TECNICAS DE CEPILLADO

METODO DE CEPILLADO PARA LA PRIMERA DENTICION.

Kinnelman y Lassman señalaron que la acción de fregado desaloja mejor los residuos de las superficies dentarias en la primera dentición.

Los dientes primarios y la anatomía de la arcada, en particular con la presencia de las prominencias cervicales de las caras vestibulares, permiten una limpieza mucho mejor si se emplean movimientos horizontales. Además la presencia de esos rebordes cervicales protege el tejido gingival y proporciona seguridad desde este punto de vista. También en la primera dentición se puede utilizar la técnica de Stilman modificada. (5)

METODO DE STILMAN MODIFICADO.

Es una acción vibratoria combinada de las cerdas con el movimiento del cepillo en sentido del eje mayor del diente. El cepillo se coloca en la línea mucogingival, con las cerdas dirigidas hacia afuera de la corona, y se activa con movimientos de frotamiento en la encía insertada, en el margen gingival y en la superficie dentaria. Se gira el mango hacia la corona y se vibra mientras se mueve el cepillo. (12)

METODO DE CEPILLADO PARA LA DENTICION MIXTA Y ADULTA - JOVEN.

La técnica de barrido o giro es muy aceptable para esta dentición.

Se colocan las cerdas del cepillo lo más altas que sea posible en el vestíbulo, con los lados de las cerdas tocando los tejidos gingivales. El paciente ejerce tanta presión lateral como los tejidos puedan soportar y mueve el cepillo hacia oclusal. Los tejidos se isquémian bajo la presión y esto causa que la sangre se retire de los capilares. A medida que el cepillo se aproxima al plano de oclusión, se va haciendo girar lentamente, de manera que ahora son los extremos de las cerdas las que toquen el diente en su esmalte. Al liberar la presión sobre la encía, la sangre vuelve a fluir a los capilares; entonces se vuelve a colocar el cepillo alto en el vestíbulo y se repite el movimiento de giro. Se indica al paciente que en cada zona hagan seis claros movimientos de barrido hacia oclusal.

Si en dentición mixta hubiera periodontitis, se puede enseñar la técnica vibratoria de Stilman.

Existen otros métodos de cepillado para las diferentes personas (según la edad y tamaño de la boca), y sus diferentes problemas odontológicos. Analizando esto se seleccionará el método adecuado de cepillado.

Hall y Conroy apoyaron las observaciones de Mc Clurede que los padres cepillan a sus hijos mucho mejor que los niños mismos (esto se refiere a niños preescolares). Por lo tanto hay que enseñar a los padres del preescolar a que cepille los dientes y que emplee la técnica de fregado horizontal.

El niño se colocará de espaldas a su madre al tiempo que se reclina en ella, se tomará la cabeza del niño con el brazo izquierdo de la mamá; los dedos de la mano izquierda -

de la madre separan los labios al tiempo que la derecha cepilla. Para cenillar perfectamente las caras linguales de los dientes inferiores, la madre con la mano izquierda separa -- los carrillos mientras el dorso del cepillo separa la lengua.

Cuando se quieran cenillar los dientes superiores, el niño debe inclinar la cabeza hacia atrás para tener mejor visibilidad.

El cepillo del niño deberá ser ajustado, midiéndolo por medio de la cara lingual de los centrales y laterales inferiores y eliminando las cerdas sobrantes. (8)

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

Después de las investigaciones realizadas, podemos considerar que la odontología infantil es el servicio más necesario y sin embargo, el más olvidado entre los servicios que presta el odontólogo. Tal vez por ignorancia o indiferencia hacia los conceptos más recientes de la odontología actual. El valor de este servicio nunca será suficientemente ponderado, ya que un tratamiento odontológico poco adecuado e insatisfactorio realizado en la niñez puede dañar permanentemente el aparato masticatorio, dejando al individuo con muchos de los problemas dentales tan comunes en la población adulta hoy en día.

No hay que olvidar que el comportamiento de cualquier niño asistente a un consultorio dental va de acuerdo al medio ambiente en el que se desarrolla. Esto es, el comportamiento de los padres hacia los hijos y el contacto que tiene el niño con otro tipo de personas aparte de su familia (como son otros niños).

Cabe destacar el cuidado que debe tener una mujer embarazada, como es una dieta adecuada provista de proteínas, vitaminas A, C y D, calcio y fósforo. Evitar las radiaciones, tener una buena higiene dental, pues se ha visto que durante este periodo existe un cambio de pH muy marcado. Es preciso indicar a las madres que es muy importante dar al niño una buena alimentación durante los primeros 8 años de vida, enseñarles una buena higiene bucal a sus hijos, y hacer de esto un hábito.

La educación sobre higiene bucal debe ser por métodos eficientes. Una serie de dibujos pueden reproducirse en diapositivas y registrarse las narraciones apropiadas.

El control de la caries se enfoca investigando las causas, corrigiendo hábitos y realizando buenas restauraciones. Una consulta privada con los padres, puede revelar ansiedades y posibles conflictos familiares que contribuyen a hábitos alimenticios incorrectos o a un flujo salival disminuido.

La fluoración del agua es una medida preventiva eficaz, segura y fácil de aplicar. La formación de los dientes, su resistencia a la caries y a su aspecto mejoran cuando el agua de consumo contiene concentraciones óptimas de fluoruro.

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

- 1) Bernier, Joseph L. Medidas preventivas para mejorar la práctica dental. Editorial Mundi (1977), 3a. Edición.
- 2) Brauer, Charles Odontología para niños. Editorial Mundi (1959) 4a. Edición.
- 3) Finn, Dr. Sidney B. Odontología pediátrica. Editorial Interamericana (1977), 4a. Edición.
- 4) Finn, Sidney B. Clinical Pedodontics. W.B. Saunders -- Company Third Edición.
- 5) Glickman, Dr. Irving Periodontología clínica. Editorial Interamericana (1974), 4a. Edición.
- 6) Hotz, Rudolf P. Odontología para niños y adolescentes. Editorial médica Panamericana (1977).
- 7) Katz, Simón Odontología preventiva en acción. Editorial Panamericana (1972).
- 8) Mc Donald, Ralph E. Odontología para el niño y el adolescente. Editorial Mundi (1975), 2a. Edición.
- 9) Morris, Alvin L.; Harey M. Bohannon Las enfermedades odontológicas en la práctica general. Editorial Labor, S.A. (1978) 3a. Edición.
- (10) Shafer, William G. Tratado de Patología Bucal. Editorial Interamericana, 3a. Edición.
- 11) San Martín, Hernán Salud y enfermedad. Editorial Four--nier, S.A. (1977), 3a. Edición.

- 12) Vaughan Mc Kay, Nelson Tratado de pediatría. Salvat -- Editores, S.A. (1971), 6a. Edición.
- 13) Journal of Dentistry for children. V. 45, No. 1-6, 1978
- 14) Journal of Dentistry for Children. V. 46, No. 1-6, 1979
- 15) Apuntes de Operatoria Dental F.O. UNAM.
- 16) Apuntes de Parodoncia F.O. UNAM.