



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

V. Bo

C. D. Emilio C. Bellin Lora.

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO
DENTAL

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
MARIA ISABEL CORONA AGUILAR



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

INDICE

INTRODUCCION:

CAPITULO I

ODONTOLOGIA INFANTIL

- A. Definición
- B. Nomenclatura
- C. Objetivos

CAPITULO II

EXAMEN CLINICO

- A. Métodos
 - A.1. Apreciación de Conjunto del Paciente
 - A.2. Historia Clínica
 - A.3. Examen de la Cabeza y el Cuello
 - A.4. Revisión de la Cavidad Bucal

CAPITULO III

ASPECTO PSICOLOGICO

- A. Psicología Infantil
 - A.1. Naturaleza del Miedo
 - A.2. Valor del Miedo
 - A.3. Tipos de Miedo
 - A.4. Miedo y Crecimiento

- A.5. A los tres Años
- A.6. De los Cuatro a los Seis Años
- A.7. A los Siete Años
- A.8. De los Ocho a los Catorce Años
- A.9. Los Adolescentes
- B. Influencia de los Padres en la Conducta del Niño y Consejos a los Mismos.
- C. Extremos de Comportamiento en los Padres
 - C.1. Protección Excesiva
 - C.2. Indulgencia
 - C.3. Rechazo
 - C.4. Ansiedad Excesiva
 - C.5. Dominación
 - C.6. Identidad
- D. Comportamiento de los Padres en el Consultorio Odontológico
- E. Instrucciones a los Padres

CAPITULO IV

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

- A. Formas de Tratar al Niño
- B. Técnicas de Reacondicionamiento Odontológico
- C. Técnicas para Reacondicionar las Actitudes del Niño - Paciente
- D. Aspecto del Consultorio Dental.

- E. Personalidad del Odontólogo y su Ayudante Auxiliar
- E.1. Preparación de la Ayudante Dental para el Trato con el Paciente
- E.2. Conversaciones Telefónicas Previas a la Visita
- E.3. Envío por Correo de Material Preparatorio para el Niño
- F. Momento y Duración de la Visita
- G. La Conversación del Dentista
- H. Conocimiento del Paciente
- I. La Importancia del Paciente
- J. Habilidad y Rapidez del Dentista
- K. Uso de Palabras que Inspiran Miedo
- L. Uso de Administración, Halagos Sutiles, Alabanzas y Recompensas
- M. Sobornos y el Paciente
- N. Ordenes Contra Sugerencias
- O. El Odontólogo y la Razón
- P. El Control Propio del Dentista
- Q. El Odontólogo y la Gracia

CAPITULO V

ALIMENTACION Y EDUCACION DENTAL

- A. Alimentación
- B. La bromatología
- C. Educación Dental

Conclusiones.

Bibliografía

INTRODUCCION

La problemática de la salud en América Latina, ha sido poco tratada en el nivel requerido, en términos de la población infantil que, representa más del 40% del total de sus habitantes. A dicha problemática, se le ha dado hasta el momento, una respuesta de tipo curativo, olvidando que la aplicación de tales medidas apenas limita el daño que provoca la caries dental y que los tratamientos preventivos han demostrado por más de 35 años, su efectividad al reducir la caries dental (flúor sistémico, flúor tópicos, reducción de carbohidratos y control profesional de placa).

Es importante para el dentista adentrarse en el origen, desarrollo, consecuencias y tratamiento de la caries dental, principalmente en el niño, en virtud de que al poner en práctica los elementos preventivos contra la caries, también se pone en práctica los conocimientos adecuados y tratamientos idóneos y sobre todo se cumple con el primordial objetivo que es el reducir caries en forma preventiva y no curativa.

La elaboración de este trabajo, es un conjunto de consideraciones básicas que pueden guiar para implementar en la práctica los conocimientos sobre la Odontopediatría, siendo el niño y los padres o quienes se encuentren al tanto de la educación del menor, tener cooperación del paciente, por lo cual resulta importante conocer como motivarlo y tratarlo.

Se analiza la conducta del Dentista y de su Asistente hacia sus pacientes, señalando los conocimientos psicológicos mínimos adecuados, que deberán ponerse en práctica para despertar el interés de los pacientes, tocándose aquellos elementos de relevancia para alcanzar dicho fin, como lo es cuando el paciente ha tenido experiencias desagradables.

Se examinan métodos odontológicos preventivos que ayudan a formar buenos hábitos, a partir de quienes tienen la responsabilidad (los padres y otras personas interesadas) de educar y guiar a los niños, tanto en la higiene dental como en la alimenticia, - ya que es importante par la conservación de la salud del ser humano, tanto el plano preventivo como el curativo.

Debe revestir la labor del Dentista cierta énfasis, en cuanto a - la prevención de la caries en forma general y no hasta que clínica y sintomatológicamente se presente el daño , ocasionando por - la poca importancia que el paciente le dá a esta primera y más - relevante etapa del cuidado dental.

La prevención a tiempo y durante el tiempo necesario dan resultados óptimos, de lo contrario existirá la destrucción de piezas dentarias por caries y será necesario elaborar el "Plan Curativo" que representa un tratamiento más complejo, doloroso y de mayor tiempo.

Esta recopilación de datos sobre la Odontopediatría que fue obtenida de autores especializados, nos da una mínima base para - lograr el éxito que todo profesional del área desea, por lo que se espera que a todo aquel estudioso de la materia pueda servirle bien como obra de consulta, guía, referencia, o ilustración, - y no ser solamente una compilación de elementos inanes, por lo - que de no ser así, oreo que este modesto trabajo tiene razón de ser y cumple con los requisitos mínimos para ser presentado como la obra que culmina mis estudios.

CAPITULO I

ODONTOLOGIA INFANTIL

A.- DEFINICION.

La Odontología Infantil u Odontopediatria, es una " Rama Odontológica cuya especialidad es la atención y cuidado dental del niño ", esta definición se considera incompleta, ya que solo enfoca los problemas de la boca del niño, y la Odontología Infantil es una especialidad más completa, no trata únicamente los problemas que presenta la boca del niño, pues incluso trata de prever los futuros padecimientos de todo su organismo, aún desde la vida intrauterina.

Citaremos las siguientes definiciones que son las más conocidas:

Rhobrtan señala: Es la ciencia de la higiene, profilaxis y todos los cuidados necesarios, para conducir a los niños a la edad adulta - en las mejores condiciones dentales.

Se considera más completa y satisfactoria la de R. Pauley: Es la rama de la Odontología que contempla al niño en su totalidad, tanto - en su aspecto físico como psicológico, enfoca los problemas de su boca, los trata y toma medidas preventivas para evitarle otros similares en el futuro.

B.- NOMENCLATURA.

Se le conoce con diversos nombres a la Odontología Infantil, ya - que ha tenido su origen en varios países y los más comunes son:

- 1.- Pedodoncia o Pedodontia.
- 2.- Odontología para niños.
- 3.- Pediatría dental.
- 4.- Odontopediatria.

El más conocido en nuestro país es Odontopediatria.

C.- OBJETIVOS.

Las principales finalidades de la Odontopediatría son:

La prevención, diagnóstico y corrección de los problemas bucodentales, evitando así gran número de trastornos a nivel general, que por una mala atención se pueden originar.

El tratar las enfermedades a nivel preventivo sería lo más deseable, puesto que la prevención es siempre la meta final de la ciencia-médica en su totalidad. Sin embargo, el valor de un buen servicio que el Odontólogo puede brindar, en cualquier tipo de trastornos, nunca será lo suficiente ponderado, ya que tratamiento Odontológico mal adecuado o insatisfactorio realizado en la niñez, puede dañar permanentemente el aparato masticatorio, dejando al individuo con muchos de los problemas dentales, mismos que hoy en día son tan comunes en la población adulta.

A pesar de los progresos que ha tenido la Odontología Infantil en los últimos años, se considera muy distante todavía, el que éstos puedan llegar a ser realidad, ya que la existencia de prejuicios en muchos padres de familia para con sus pequeños hijos impiden al Odontólogo aplicar los procedimientos preventivos y los tratamientos Odontopediátricos adecuados. Pero a pesar de ello se está luchando por lograr una verdadera educación odontológica por medios publicitarios como la televisión, la radio, prensa, folletos, etc., con el fin de orientar al público.

Se ha logrado que la Odontología Infantil sea una especialidad tangible ya que se han creado Institutos y Clínicas Asistenciales (Clínicas Periféricas U.N.A.M., S.S.A., D.I.F.) y otras a nivel de Seguridad Social como el ISSSTE e IMSS.

Cabe hacer mención que la Odontología Infantil tiene como fines - los siguientes:

I.- Enseñarle al niño hábitos de limpieza, que mantendrán su boca en buenas condiciones de higiene y buen estado de salud.

II.- La conservación de sus dientes primarios cuya importancia es primordial y se resume en cinco puntos:

a) Proporcionar una función satisfactoria eficiente con miras a una mejor digestión y asimilación de los alimentos.

b) Mantener el espacio apropiado para los futuros dientes, contribuyendo con ello a una oclusión normal.

c) Contribuir al desarrollo físico del niño, así como también al intelectual, ya que su instrucción primaria requiere de un gran esfuerzo mental y un niño con mal masticación, así como con dientes enfermos que le ocasionen dolor, de ninguna forma podrá atender debidamente a sus enseñanzas.

d) Ayudar a la formación de su aprendizaje fonético en los años de su vida, evitando así deficiencias en el habla que pueden ser ocasionadas por la pérdida prematura de sus dientes.

e) Evitar traumas psicológicos debido a la estética facial pues es frecuente que entre niños de corta edad, si alguno pierde sus dientes prematuramente, sea objeto de burlas.

III.- Prevenir y corregir cualquier hábito o condición que pueda influir en una futura mala oclusión.

IV.- Con todas las medidas preventivas a nuestro alcance, evitar en lo que sea posible la futura aparición de caries y otras enfermedades indeseables.

V.- Crear en el niño un sentido de cooperación y responsabilidad con respecto al cuidado de su boca, para que él mismo se preocupe por ella.

VI.- Instruir a los padres para obtener su colaboración - en el cuidado del desarrollo de una dentadura sana de sus hijos.

CAPITULO II

EXAMEN CLINICO

Al inicio de este capítulo se dará un bosquejo de los puntos esenciales que comprende un Examen Clínico y con posterioridad, se irá desarrollando por separado cada una de las partes correspondientes, con el propósito de que se esclarezca el motivo de ser un Examen Clínico.

El examen Clínico, tiene por objeto realizar un diagnóstico sobre el cual girará todo el plan de tratamiento.

Para el éxito de la práctica odontológica, así como para evitar dificultad es durante el tratamiento dental, es esencial un examen completo y exhaustivo del paciente y realizar correctamente su interpretación.

El examen clínico de un niño, implica mucho más que la simple búsqueda de alteraciones en la cavidad bucal o de una pieza alterada, ya que no puede excluirse las variables asociadas con la edad, crecimiento y desarrollo y el estado de salud pasado y presente. Aunque en muchas circunstancias el Odontólogo limita su práctica a las estructuras dentales, debe reconocer las complicaciones y las posibilidades de afecciones generales sistémicas y sus posibles efectos sobre los tejidos de la cavidad bucal.

No será posible efectuar una exploración completa, como es lo ideal, si hay una urgencia, por lo que el Odontólogo se limitará a realizar un diagnóstico inmediato que permita a un rápido tratamiento.

A. Métodos

- Cualquier método de examen puede ayudar a efectuar un diagnóstico correcto siempre que comprenda los siguientes pasos:

- A.1.- **Apreciación de conjunto del paciente.**
- A.2.- **Historia Clínica.**
- A.3.- **Examen de cabeza y cuello.**
- A.4.- **Revisión de la cavidad bucal.**

- Inmediatamente después, procedemos a tomar las impresio-
nes dentales, para hacer los modelos de estudio concluyendo con la to-
ma de las radiografías necesarias, consecuentemente se elabora el tra-
tamiento a seguir,

A.1.- APRECIACION DE CONJUNTO DEL PACIENTE.

Esta es una perspectiva rápida y general, desde que el niño entra-
en el consultorio dental y esas observaciones deben ser en el desarro-
llo de la Historia Clínica.

Estas apreciaciones consistirán en la altura, la marcha, el habla y ma-
nos.

A.1.1. Altura

La mayoría de los niños deberá presentar una estatura normal en re-
lación a su edad, sin embargo existen factores que pueden determinar -
que sea más alto o más bajo de los estándares, influidos por efectos -
de herencia, medio, nutrición, enfermedades, anomalías, secreciones en
docrinas u otras. Por lo tanto cuando un Odontólogo ve a un niño con -
estatura normal, tomará nota.

A.1.2. Marcha o locomoción

Para que una persona con caminar normal, tiene los centros cerebra-
les intactos, reflejos normales y un cerebelo en funcionamiento.

Los trastornos importantes que alteran la marcha pueden ser: Into-
xicación arsenical, cretinismo, poliomielitis, leucemia, diabétes, fie-
bre reumática deficiencia de vitamina C, pelagra, acondroplasia.

Será de gran importancia para el Odontólogo ver si el andar es anormal en el paciente ya que la presencia de cualquiera de los trastornos señalados, implica que se varíe el tratamiento bucal.

A.1.3. Habla

Siendo la forma de articular correctamente los sonidos, existen - personas con dificultad para emitirlos.

Es importante este punto, ya que si es localizada una anomalía en la fonación se estudiarán Factores Locales (tamaño, número, formas del diente, frenillo labial anormal, pérdida prematura de los desdudos, - retención prolongada de los desdudos, etc.) o Factores Generales (herencia, anchura y longitud de la arcada altura del paladar, grado de sobremordida sagital, etc.)

Hay tres tipos de trastornos en el habla:

a).- Existe una perturbación en el ritmo del discurso, - como tartamudeo.

b).- Fallas en la articulación de las palabras provocadas por cualquier infección intraoral dolorosa.

c).- Fallas en la fonación debidas a enfermedades infecciosas como la escarlatina y la difteria, así como otras infecciones.

Al conversar con el niño, bastarán unas cuantas palabras para dar nos cuenta de su lenguaje.

A.1.4. Manos

Por lo general, son un reflejo útil del estado general del paciente. En ellas se pueden encontrar lesiones cutáneas de enfermedades - exintérmicas, manifestaciones de avitaminosis e indicaciones de infecciones agudas y crónicas de anemias.

Se puede apreciar datos interesantes por la variación de su color, la presencia de moviientos anormales, de su forma, tamaño y número - de dedos, forma y contextura de las uñas, ensanchamiento de las muñecas, etc.

De tal suerte que se pueden descubrir muchos trastornos biológicos, tales como: Sífilis congénita, Endocarditis bacteriana subaguda entre otras.

A.2. HISTORIA CLINICA.

Cuando los padres llevan al niño con el Dentista para ser examinados, éste debe elaborar algunas preguntas de carácter indispensable; - el Dentista deberá anotar las observaciones en una tarjeta previamente formulada para este fin lo que incluye:

A.2.1. Datos Personales:

- a.- Nombre
- b.- Fecha de nacimiento.
- c.- Lugar de nacimiento.
- d.- Grado de escolaridad.
- e.- Apodo o diminutivo.
- f.- Sexo.
- g.- Edad.
- h.- Dirección del paciente.

A.2.2. Antecedentes personales no patológicos:

- a.- Tipo de casa habitación.
- b.- Educación.
- c.- Hábitos personales.
- d.- Tipo de alimentación (cantidad, calidad, frecuencia)
- e.- Inmunizaciones (vacunas).
- f.- Adicciones.

A.2.3. Antecedentes personales patológicos:

Los antecedentes personales patológicos es la información del estado de salud del paciente desde su concepción hasta la iniciación de su enfermedad actual.

Al iniciarse una enfermedad, la edad, el sexo y la etapa del crecimiento del niño, pueden influir en la susceptibilidad de éste, y complicarse con alguna infección, así como aumentar la gravedad de la propia enfermedad. Por ejemplo: la frecuencia de ciertas infecciones es mayor en una edad que en otra.

Esta relación entre frecuencia y edad tienen su origen en varios factores, como la mayor oportunidad de exposición (ingreso a una escuela), provocaría cambios de la inmunidad del paciente o cambios tisulares generales, que son característicos de ciertas edades y ocasionalmente proporcionan condiciones adecuadas para el crecimiento de microorganismos específicos.

Ciertas infecciones bacterianas, aunque no están restringidas a grupos determinados de edades pueden ser graves y de progreso rápido en la lactancia y relativamente inicuos entre los cinco y diez años y ser graves nuevamente en la adolescencia.

El Odontólogo puede ayudarse, elaborando un formulario con las enfermedades más frecuentes en la niñez que a menudo perturban la salud mental, así como antecedentes de tipo alérgico, distésico, fímico, lúctico, hemorrágico, traumático, quirúrgico, psiquiátrico, neoplásico, etc., Vgr:

1.- INFECCIONES ESTREPTOCOCCICAS Y OTRAS INFECCIONES BACTERIANAS.

- a).- Fiebre escarlata (escarlatina).
- b).- Difteria.
- c).- Tuberculosis.
- d).- Tularemia.
- e).- Sífilis.
- f).- Pertusis (tosferina).
- g).- Tétanos.

2.- INFECCIONES VIRALES:

- a).- Sarampión (rubeola).
- b).- Sarampión Alemán (roseola).
- c).- Exanthema Subitum (roseola infantum).
- d).- Erythema Infectiosum (5a. enfermedad).
- e).- Herpes-virus.
- f).- Varicela.
- g).- Herpes.
- h).- Viruela.
- i).- Mononucleosis infecciosa.
- j).- Herpangina (enfermedad de verano).
- k).- Enfermedad de manos, pies y boca.
- l).- Fiebre del arañazo de gato.

3.- ENFERMEDADES MICOTICAS.

- a).- Moniliasis (algodoncillo ó candidiasis).

A.2.4. Antecedentes Heredo-Familiares:

Las preguntas se enfocan para la obtención de datos sobre padecimientos de Hermanos, Padres, Tíos, Abuelos; si viven si son sanos o no sanos, si han padecido enfermedades sistémicas. Los antecedentes pueden transmitirse por vía hereditaria entre otras, las siguientes enfermedades:

- a).- Diabetes.
- b).- Sífilis.
- c).- Leucemia.
- d).- Malformaciones.
- e).- Padecimientos del S.N.C. (epilepsia, enfermedades mentales).
- f).- Alergias. (asma, medicamentos o alimentos).

- g).- Tuberculosis.
- h).- Cáncer.
- i).- Cardiopatías, etc.

A.2.5. Problema Actual.

Es el motivo principal que trae el paciente al consultorio dental.

El niño, si tiene edad suficiente y posibilidades de expresarse, junto con los padres, narrará su problema. Es importante, tratar de que el niño manifieste directamente cual es su problema con sus propias palabras; dolor, duración, síntomas, con que frecuencia se presenta, por que por - un lado es un alivio psicológico, y por otra auxiliar al diagnóstico del paciente.

A.2.6. Repaso de conjunto.

Será necesario que el examinador lleve a cabo un método o rutina en la elaboración de la historia clínica; la forma de sus anotaciones no - tiene importancia, mientras se realice en forma completa y escrupulosamente, así rara vez existirá equivocación en un diagnóstico.

A.3. EXAMEN DE LA CABEZA Y EL CUELLO.

El aspecto individual se concreta a características particulares del paciente como son: la cabeza del niño y particularmente en la cavidad bucal. Para no olvidar ningún síntoma, deberá hacerse un examen sistemático del área.

A.3.1. Tamaño y Forma de la Cabeza.

El tamaño de la cabeza del niño puede ser normal, demasiado grande o demasiado pequeña. La macrocefalia, o cabeza demasiado grande, se debe frecuentemente a trastornos del desarrollo o traumatizantes. La microcefalia, o cabeza pequeña, puede deberse a trastornos del crecimiento, enfermedad o traumas que afecten al sistema nervioso.

Las formas anormales de la cabeza pueden ser causadas por un cierre prematuro de las suturas, interferencia del crecimiento de los huesos craneales o presiones anormales dentro del cráneo. Debe tenerse gran cuidado de evitar un juicio apresurado sobre el tamaño de la cabeza. Deberán considerarse antes de pronunciarse la cabeza de sus padres y de sus hermanos. Para evitar situaciones engorrosas al odontólogo.

De los trastornos más interesantes odontopediátricos que producen alteraciones craneales mencionaremos los siguientes:

- a).- Enfermedades infecciosas (sífilis).
- b).- Perturbaciones hormonales (cretinismo, enfermedad de Albright y enanismo hipofisiario).
- c).- Perturbaciones del Desarrollo (acondroplasia, enfermedad de Cuson y osteogénesis imperfecta).
- d).- Perturbaciones de la Nutrición (requitismo).
- e).- Afecciones Mieléneas (idiocia móglica, hidrocefalia y microcefalia verdadera).

A.3.2. Pelo y Piel.

Se encuentran en íntima relación y es de gran ayuda para el diagnóstico de algunas alteraciones. En la piel de la cara, al igual que en las manos, se pueden detectar señales de enfermedad, como en los casos de afecciones dérmicas. En la piel hay que observar su coloración, calidad, textura y temperatura, también la presencia de máculas, papulas, vesículas, pústulas, púrpura, nódulos, costras, eritemas, edema, ulceraciones y fisuras. Tal sería el caso de una alopecia, o pérdida del cabello, que se observa en pacientes de muy corta edad. Una de las calvicies más comunes es una área pequeña, discreta y redondeada, rodeada de una línea endurecida e inflamada, y que generalmente lleva a diagnosticar espeine.

En el caso raro del niño que tiene displasia ectodérmica congénita, el pelo puede estar ausente o ser muy escaso, delgado y de color claro.

Cuando existe adición de medicamentos hormonales puede causar hirsutismo o crecimiento excesivo del cabello. Existen enfermedades que afectan a la piel y el pelo entre otras. Vgr:

1.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS.

- a).- Escarlatina.
- b).- Sarampión.
- c).- Sífilis.
- d).- Varicela.
- e).- Herpes simple.
- f).- Roseola.
- g).- Impetigo.

2.- TRASTORNOS QUÍMICOS.

- a).- Intoxicación plúmbica y sulfamídica.

3.- NEOPLASMAS.

- a).- Leucemia.
- b).- Hemangioma.

4.- PERTURBACIONES HORMONALES.

- a).- Enfermedad de Albright.
- b).- Pubertad.
- c).- Cretenismo.

5.- PERTURBACIONES DEL DESARROLLO.

- a).- Anemia de Cooley.
- b).- Hemofilia.
- c).- Drepanocitemia.
- d).- Displasia ectodérmica hereditaria.

6.- ALTERACIONES NUTRITIVAS.

- a).- Psilosis.
- b).- Pelagra.
- c).- Raquitismo.
- d).- Deficiencia de vitamina C.
- e).- Arriboflavinosis.

7.- ESTADO DE STRESS.

- a).- Urticaria.
- b).- Eritema polimorfo.
- c).- Fiebre reumática.
- d).- Eritema nudoso.
- e).- Edema angioneurótico.

A.3.3. Inflamación Facial y Asimetría.

La asimetría de la cara puede ser fisiológica o patológica. Los dos lados de una cara normal nunca son exactamente iguales. Está demostrado que los hábitos del lactante en el momento de dormir, especialmente en los niños que nacieron antes de su término normal, afectan a la forma de la cara de manera permanente. También se ha observado asimetría facial patológica por presiones intrauterinas anormales, parálisis de nervios craneales, displasia fibrosa y trastornos del desarrollo familiares. Todo agrandamiento unilateral de la cara que no produce dolor y que crece lentamente sin ningún agente evidente que lo cause merece especial atención por parte del dentista, y se remitirá al paciente a un pediatra. Las infecciones, ya sea de origen bacteriano o viral, y el traumatismo, son en general las causas principales de una inflamación facial en niños. El historial y examen bucal son importantes al hacer el diagnóstico de la etiología de inflamación de la cara.

Mencionaremos algunos trastornos que afectan la asimetría facial.

Ejem:

1.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS.

- a).- Pulpitis.
- b).- Osteomielitis
- c).- Paperas.

2.- TRASTORNOS FISICOS.

- a).- Fracturas.

3.- AFECCIONES MISCELANEAS.

- a).- Hipertrofia maseterina
- b).- Hemiartrofia.
- c).- Hemihipertrofia.

A.3.4. Articulación Temporomandibular.

Son dos métodos valiosos para diagnosticar limitación de movimiento mandibulares:

1) Frente al niño, el odontólogo coloca las manos ligeramente sobre las mejillas del niño en el área de la articulación. Hacer que abra y cierre la boca lentamente, y estando en céntrica cerrada, se indican movimientos en excursiones laterales "mastique lentamente sobre sus dientes posteriores".

2) Con una pieza de hilo dental (35 a 45 cms.) se hará presión contra su cara en la línea media que une la frente, la punta de la nariz y punta de la barbilla. Hará abertura y cierre de boca lentamente y muestre los dientes al realizar el movimiento.

Son dos ayudas sencillas que mostrarán las discrepancias de la unión temporomandibular y también los desequilibrios musculares y desviaciones anatómicas.

Debe palparse suavemente inflamación o enrojecimiento sobre la región de la articulación para determinar el grado de firmeza y extensión.

Los trastornos de la articulación de interés odontopediátrico son:

- a).- Trismos o espasmo de los músculos masticatorios. (infección intraoral aguda):
 - Extracción molar inferior permanente.
 - Erupción molar inferior permante.
 - Pericoronitis.
 - Tétanos.
- b).- Subluxación.
- c).- Fracturas.
- d).- Dislocaciones.
- e).- Contusiones.
- f).- Neoplasmas.
- g).- Cóndilo infradesarrollado.
- h).- Fosa glenoidea infradesarrollada, etc.

A.3.5. Oído.

El Odontólogo en su exploración rutinaria deberá estar conciente de cualquier deficiencia de audición en el paciente infantil.

La queja principal, generalmente será de un dolor en la cavidad bucal que se irradia al oído; esto necesita un examen a conciencia de las piezas. El odontólogo determina si el dolor referido originado en la dentadura es la posible causa del dolor de oídos. Se ayuda de un examen radiológico y no se encuentra problema dental, se envía al niño al Otorrinolaringólogo. Al palpar el oído externo y la apófisis mastoideas y revela sensibilidad indica al dentista que la inflamación existe dentro del oído.

A.3.6. Ojos

El odontólogo deberá observar si el niño tiene o no dificultad para ver y si usa lentes o no. La observación de los ojos del niño deberá incluir la acción de los párpados, presencia o ausencia de inflamación, hinchazón o irritación alrededor del ojo, contras o lesiones de párpados, conjuntivitis, defectos del iris o lagrimeo anormal.

Cuando existe inflamación en piezas maxilares puede extenderse a la región orbital, causando inflamación de los párpados y conjuntivitis. Algunas enfermedades generales pueden producir cambios en los tejidos oculares y bucales. Frecuentemente, los niños con infección respiratoria alta, sinusitis crónica y alergia tienen cierta hinchazón en los párpados y en los tejidos periorbitales.

El odontólogo deberá observar y conocer cualquier anomalía en la estructura del ojo y tejidos que rodean. Descartará cualquier afección bucal como factor etiológico y remitirá al paciente con el oculista.

A.3.7. Nariz.

Por su localización prominente, cualquier anomalía de tamaño, forma o color de la nariz atrae automáticamente la atención. En los niños, el odontólogo a menudo se encuentra con drenaje nasal que indica infección respiratoria superior. Evidentes cicatrices de la nariz lo que indica alguna reparación quirúrgica de una anomalía del desarrollo o traumatismo. Algunas enfermedades infecciosas pueden dejar huella en la nariz, como por ejemplo la nariz en silla de montar característica de sífilis congénita. A causa de la gran proximidad de la nariz a la cavidad bucal la extensión de inflamación, a través del maxilar superior puede alterar la forma, tamaño, y el color de la nariz.

Los trastornos infecciosos que pueden manifestarse en la boca tales como, quistes, tumores y abscesos, especialmente en el maxilar superior, pueden hacer intrusión en los conductos nasales.

A.3.8. Cuello.

Es un examen que se hace por observación y palpación. La piel del cuello está sujeta a todas las lesiones epidérmicas primarias y secundarias, y a las cicatrices por operación quirúrgica. El odontólogo deberá pasar de manera natural sus dedos sobre la región parótida, bajo el cuerpo de la mandíbula, hacia las regiones submaxilares y sublinguales, y desde ahí palpar los triángulos del cuello. Es frecuente en el paciente infantil localizar agrandamiento de ganglios linfáticos submaxilares, puede asociarse con amígdalas inflamadas infectadas, y con infección respiratoria crónica. Los ganglios palpables también pueden deberse a drenaje de infección bucal o neoplasmas. Ya que en niños existen enfermedades exantematosas, y es probable que las glándulas salivales se vean afectadas, deberá estar conciente el odontopediatra de cualquier agrandamiento o sensación de hipersensibilidad de estos órganos.

A.4. REVISION DE LA CAVIDAD BUCAL.

La cavidad bucal es la meta del examen para el diagnóstico. La apreciación general y diagnósticos sistemáticos de la cabeza y el cuello — sirven de introducción a la cavidad bucal del niño. El odontólogo deberá evitar cualquier tendencia a enfocar su atención directamente en las piezas dentales, descuidando así otras áreas. Al concentrar sus esfuerzos en examinar los tejidos blandos de la boca y de la faringe bucal — primero, el dentista protegerá su reputación de diagnosticador cuidadoso. Una regla es:

"El odontólogo que realiza un buen diagnóstico, cuenta — la caries que presenta los dientes en último lugar, no primero".

A.4.1. Aliento.

El aliento de un niño sano es particularmente dulce y agradable. Un aliento desagradable o halitosis, puede ser origen general o local. Los factores locales incluyen:

- Higiene bucal inadecuada.
- Presencia de sangre en la boca.
- Aliento volátil de fuerte olor.

Los factores generales:

- Deshidratación.
- Sinusitis.
- hipertrofia o infección del tejido adenoideo.
- Crecimientos malignos.
- Tracto digestivo superior.
- Fiebre tifoidea.
- Otras.

La acidosis generalmente produce olor de acetona en el aliento.

A.4.2. Labios, Mucosa Labial y Bucal.

Los labios son la entrada a la cavidad bucal y el dentista no debe olvidarlos en su interés por examinar las piezas dentales. Después de observar tamaño, forma, color y textura de la superficie, deberá ser palpado usando el pulgar y el índice. Frecuentemente se ven en los labios úlceras, vesículas, fisuras y costras. Cuando se retraen los labios el odontólogo observará la mucosa labial, cualquier lesión, cambio de color o de consistencia de la membrana mucosa debe ser evaluado cuidadosamente. Se prosigue con la mucosa bucal, tomando puntos de referencia anatómicos como la papila en el orificio del conducto de Stensen, desde la glándula parótida. Esta papila puede estar inflamada o agrandada, al comienzo del sarampión puede verse rodeada de pequeños puntos azulados y blanquecinos rodeados de rojo.

Las lesiones más comunes en la mucosa labial o bucal en los niños son las asociadas con virus de herpes simple. Pueden ser benignas con pequeñas úlceras dolorosas o ser generalizadas, extendiéndose al tejido gingival y al paladar, produciendo tejido gingival demasiado sensitivo-doloroso y múltiples úlceras poco profundas, generalmente hay una historia de algún tipo congénito.

La mucosa labial y la bucal, normalmente es de color rosado. Sin embargo, la melamina puede causar una pigmentación fisiológica normal de color pardo, más frecuente en la raza negra. Los trastornos nutritivos y estado de stress también se manifiestan en la mucosa, se observa pigmentación patológica pardusca o negra azulada en el tejido cuando existe enfermedad de Addison y la poliposis intestinal.

A.4.3. Saliva.

El examen dentro de la cavidad bucal generalmente estimulan salivación profusa en los niños. La calidad de la saliva puede ser:

- a).- Muy delgada.
- b).- Normal.
- c).- Viscosa.

La saliva solo podrá producir problemas cuando:

- a).- Su flujo es forma anormal.
- b).- Cuando su flujo decrece en forma significativa.
- c).- Cuando excreta la saliva substancias que alteren su composición y naturaleza, tales como secreciones purulentas.

esto manifiesta la existencia de infecciones generales como parotiditis epidémica, o paperas, se caracteriza por una inflamación muy sensible y algo dolorosa, unilateral o bilateral de las glándulas salivales.

A.4.4. Tejido Gingival o Encía.

El odontólogo debe observar el tejido gingival y uniones gingivales, el frenillo labial situado en línea media del maxilar y mandíbula. El color, tamaño, forma, consistencia, contextura superficial, posición y fragilidad capilar de la encía se considera también.

Practicamente todos los agentes infecciosos que invaden la encía, producen cambios de color rojo, o hinchazón como traumas, estado de stress, trastornos nutricionales, drogas, alteraciones metabólicas, desequilibrios hormonales y la higiene dental inadecuada. Cuando existen fistulas de drenaje en el tejido gingival unido, acompañadas de sensibilidad, dolor y movilidad del diente, es un diagnóstico de piezas en abceso.

A.4.5. Lengua y Espacio Sublingual.

Se pide al niño que extienda la lengua de manera que se pueda observar su forma, tamaño, color y movimiento. Cuando hay agrandamiento patológico de la lengua puede ser por cretinismo, mongolismo o puede asociarse con un quiste o neoplasma.

Localizando descamación de las papilas superficiales asociadas con cambio de color y sensibilidad, puede deberse a ciertas avitaminosis, anemia o trastornos por tensión. Cuando el frenillo lingual es corto, no permite que la punta de la lengua se incline hacia adelante, esta anomalía puede ser la causa de ciertos problemas en la fonación.

Cuando hay sequedad en la lengua puede ser: deshidratación o respiración bucal. En ocasiones el odontólogo descuida el lado inferior de la lengua, es importante examinarlo y localizar cualquier tipo de inflamación pues podrían ser quistes o ulceraciones, ya que una hinchazón en el suelo de la boca puede hacer que la lengua se eleve y afecte la fonación e intervenga en el movimiento lingual del paciente. Cuando existe una rínula o quiste de retención de mucosa, es origen de obstrucción de las glándulas salivales sublinguales, submaxilares y glándulas salivales menores.

A.4.6. Paladar.

El niño deberá inclinar la cabeza ligeramente hacia atrás para observar directamente la forma, color, y presencia de cualquier tipo de lesión en el paladar blando y en duro. Lugar frecuente de afecciones, en el podemos encontrar alteraciones de color, lesiones en la membrana, enfermedades infecciosas y sistemáticas, engrosamiento, traumas, flictemas, ulceraciones, neoplasmas, perforaciones, agentes químicos y cicatrices - de intervenciones quirúrgicas para reparar anomalías del desarrollo.

A.4.7. Faringe y Amígdalas.

Al examinar esta zona faringe y amígdalas, deberá deprimir la lengua con un espejo o espátula, se observa cualquier cambio de color, úlceras o inflamación. La proliferación del tejido de la amígdala laríngea puede ser tan extensa que exista muy poco espacio en la garganta para que pase el aire y los alimentos. Si se advierte que existe infección en las amígdalas se remite al paciente con su médico.

A.4.8. Dientes.

Pueden hacerse ciertas observaciones básicas de la dentadura en general antes de indicar el diagnóstico sobre las piezas individuales. Será el número de piezas, tamaño, color, oclusión y malformaciones.

- Número de piezas. Raramente se ve un niño que sufre ausencia completa de piezas (anodoncia). En algunos trastornos del desarrollo, la anodoncia parcial o oligodoncia es factor diagnóstico. La ausencia de piezas únicas es más importante en dentaduras permanentes que en primarias. A excepción de los terceros molares, el segundo premolar-mandibular y los incisivos laterales superiores son piezas que faltan - más a menudo, esta afección, se llama congénita, frecuentemente hereditaria y el odontólogo puede comprobarlo, interrogando cuidadosamente a los padres. Dientes de más (supernumerarios) se observan en la línea media del maxilar superior, pero pueden aparecer en cualquier parte y en cualquier parte y en cualquier arco.

Puede informarse sobre la posible presencia de un mesiodens por un diagrama entre los incisivos centrales superiores permanentes. Existen trastornos hormonales y del desarrollo que pueden causar una desorganización de los patrones normales de erupción de la dentadura. Dentaduras retrasadas o precoces pueden variar el número de piezas presentes.

- Tamaño de las piezas. Es raro encontrar macrodoncia (dientes demasiado grandes) o microdoncia (dientes demasiado pequeños)-auténtica. Pueden encontrarse piezas separadas o muy pequeñas, por ejemplo, laterales en forma de clavos, también los dientes separados tienden a parecer grandes, como ocurre en la geminación y la fisión. La herencia es principalmente la que predetermina el tamaño de las piezas. Otros factores que interfieren son anomalías hormonales y del desarrollo.

- Color de las piezas. El color anormal de las piezas de los niños son de dos tipos:

a.- Extrínseca. Causada por bacterias cromogénicas, que pueden invadir depósitos de materia alba y cálculo, originando una gasa de colores en las piezas de los niños.

b.- Intrínseca. Tales como discrasia sanguínea, amelogenénesis imperfecta, dentinogénesis imperfecta, resorción interna y drogas como la tetraciclina, causa del cambio de color generalizado del esmalte y dentina.

- Oclusión de las piezas. Se puede comprobar la oclusión del paciente indicando que muerda sobre sus dientes posteriores — cuando el niño cierra, el dentista guía la mandíbula suave, pero firme a la posición más retraída, pero cómoda, de los cóndilos. Si se detecta mala oclusión se debe informar a los padres que más adelante será necesario consultar al ortodontista.

- Malformaciones de los dientes. Las malformaciones de los dientes son causas más comunes de las lesiones físicas e hipoplasia. También las piezas pueden estar dilaceradas, empequeñecidas, geminadas, fusionadas, con entalladuras y forma de clavo, causa de trastornos hereditarios, sistemáticos o de desarrollo (desidente, incisivo de Hutchinson, coronaria bífida, hipoplasia de Turner y molar en forma de frambuesa).

La caries es causa de mayor destrucción del tejido dental que cualquier otro tipo de afección. El deber del odontopediatra es detectar el proceso carioso, por medios clínicos y radiográficos.

CAPITULO III

ASPECTO PSICOLOGICO.

A. PSICOLOGIA INFANTIL.

El desarrollo emocional del niño, especialmente en relación con tratamientos dentales, ofrece al dentista una imagen de las influencias paternas, que pueden producir ansiedades indeseables en el niño.

De cualquier situación, el modelo de comportamiento de un niño estará regido por su herencia física y mental, y a medida que se desarrolla por el acondicionamiento que recibe al entrar en contacto con el medio-físico y social.

La herencia no se puede alterar, excepto dentro de límites estrechos. El comportamiento, consecuencia del medio, puede alterarse en parte, y ejercer cierto control de manera que el niño crezca, se desarrolle y llegue a tener una personalidad equilibrada, acorde con la sociedad en la que se encuentra. El acondicionamiento emocional del niño hacia las experiencias que forman la niñez, así como hacia la odontología se forja primordialmente en casa y bajo guía familiar. El dentista tiene que reconocer, que está vinculado emocionalmente a sus pacientes y que para manejarlos con buen éxito debe estar conciente de los factores psicológicos que han influenciado en la formación de las actitudes y modelos de comportamiento del niño hacia la odontología. El dentista deberá aceptar estas circunstancias como parte sistemática de su práctica.

Si queremos tener buenos pacientes infantiles, primero tenemos que educar a los padres, con el propósito de tener todos los medios disponibles para el buen manejo del niño. Antes de que se esté en posición de aconsejar a los padres sobre la preparación psicológica de sus hijos, - el dentista debe comprender los elementos que intervienen, y la naturaleza del miedo del niño, así como estar conciente de las actitudes de -

los padres, que pueden modificar los diferentes tipos de comportamiento del infante.

El odontólogo deberá actuar positivamente y una vez conocida la personalidad del niño y de cómo se desarrolla, deberá tener tacto para transmitir esta información a los padres de manera profesional y adecuada, - con el objeto de iniciar la etapa preparatoria de la atención del paciente.

La información de este capítulo, se aplica a los pacientes infantiles y también a los adultos, ya si comprendemos los problemas emocionales del adulto comprenderemos también los del niño. Los traumas que se presentan en la madurez se originan en la infancia. En los adultos el miedo y la ansiedad tienen mayor duración y se encuentran generalmente latentes y escondidos. Además existen fobias marcadas en los adultos hacia los tratamientos dentales, éstas son consecuencia de que un gran sector de nuestra población evite los tratamientos odontológicos.

A.1. NATURALEZA DEL MIEDO.

El miedo, representa para el dentista el principal problema en el manejo, del paciente siendo una importante razón, por la que la gente - descuida el tratamiento dental, aunado a otras como son: los costos del tratamiento, lugar de servicio (no existen en comunidades alejadas en - las urbes) etc.

El miedo y la ira, son respuestas primitivas que se desarrollan mentalmente para proteger al individuo contra daños y la propia destrucción. El estímulo emotivo se descarga por medio del sistema nervioso autónomo, a través del hipotálamo y requiere una limitada integración cortical.

A.2. VALOR DEL MIEDO.

Las causas que producen el miedo, pueden dañar sobre manera al niño, no obstante el miedo se considera un mecanismo protector de preservación,

por lo que el miedo dirigido y controlado de manera adecuada puede ser muy valioso, aunque por lo general se crea lo contrario. La naturaleza misma de esta emoción, puede ser útil para mantener al niño alejado de situaciones peligrosas, ya sea de tipo social o físico.

A.3. TIPOS DE MIEDO.

Generalmente la mayoría de los temores en el niño han sido adquiridos objetivamente y subjetivamente.

A.3.1. Temores objetivos.

Son producidos por estímulos físicos directos a los órganos sensoriales, es decir que se reacciona a estímulos que se sienten, ven, oyen, huelen o saborean, y son de naturaleza desagradable o dolorosa.

A.3.2. Temores subjetivos.

Estos se basan en sentimientos y actitudes que han sido sugeridos al niño por las personas que lo rodean, sin que el niño los haya experimentado personalmente.

Cada niño es individual y reacciona de manera personal. Gran parte de la reacción dependerá de la capacidad física y mental de cada individuo.

A.4. MIEDO Y CRECIMIENTO.

Debe enseñarse a los padres que la edad es un elemento determinante del miedo, y modifica la eficacia del condicionamiento. Los temores de un niño y la manera como éste 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 miedo, es una de las primeras emociones que se experimentan después del nacimiento.

Las respuestas al sobresalto están presentes al nacer y se pueden demostrar aún antes de éste, como en el caso de las reacciones reflejas a ciertos estímulos.

El lactante no está conciente de la naturaleza del estímulo que produce miedo, y en la medida que el niño crece y aumenta su capacidad mental, toma conciencia de los estímulos que le producen miedo y puede identificarlos individualmente.

La edad idónea para llevar al niño con el odontólogo, es cuando éste tiene dos o tres años, a partir de entonces y hasta la adolescencia, es importante tener en cuenta los problemas dentales que se van presentando a efecto de poder atender adecuadamente al paciente.

Los primeros temores que el niño asocia con la odontología, son los producidos por lo inesperado y desconocido, tal es el caso de cualquier estímulo precipitado o intenso de los órganos sensitivos, como los que ocasionan el ruido y vibración de la fresa y la presión que se ejerce al usar instrumentos de mano para preparar las cavidades correspondientes. A menos que el dolor sea intenso, teme más al ruido de los instrumentos dentales, que al dolor mismo que producen dichos instrumentos; también teme caerse del sillón dental o a los movimientos súbitos que se realicen sin avisarle, como subirlo, bajarlo e inclinarlo en el sillón dental.

También le atemorizan, los movimientos de la mano rápidos y enérgicos, la luz muy fuerte de la lámpara operatoria, si se deja que brille en los ojos del niño.

Por otro lado, si el niño todavía no va al colegio y entra al consultorio dental, puede temer separarse de sus padres, cuando ha aprendido a depender de ellos para sentir seguridad y piensa que le han abandonado cuando se queda solo con el odontólogo. El niño al ver la silla o la unidad dental, con sus extrañas proyecciones puede inspirarle miedo por ser poco familiar para él, por lo cual se recomienda que durante la primera visita, el padre o la madre permanezca dentro del consultorio dental.

A.5. A LOS TRES AÑOS.

Se ha observado por lo general que los niños inteligentes muestran más miedo que los demás, tal vez por ser más concientes del peligro y mostrarse más reacios y aceptar seguridad expresada verbalmente, sin presencia de pruebas. A esta edad el niño suele tener espíritu agresivo y aventurero, algunas veces aptitudes amistosas, y las niñas por el contrario, tienden a ser más reservadas.

El miedo al daño físico se asocia a menudo con la odontología porque al niño le han enseñado que el dentista puede causarle dolor, por lo tanto daño.

Con frecuencia el niño asocia la idea del dolor con portarse mal, ya que en alguna ocasión cuando no se portó bien, fue castigado con algo que le dolió y como el dentista puede provocarle dolor, interpreta su visita al consultorio como castigo por haberse portado mal.

A.6. DE LOS CUATRO A LOS SEIS AÑOS.

En esta etapa el niño entra en un período de conflictos muy marcados como inestabilidad emocional. Se encuentra en un estado de inquietud — constante entre su yo en evolución y hacer lo que se le pide. A medida que su ego se desarrolla, se vuelve lo suficiente fuerte para tolerar muchas tensiones internas desagradables y suprimirlas.

Cuando llega a la edad escolar el miedo a la odontología que le fue provocado por sugestión, imitación o experiencias desagradables, se ha vuelto más fácil de manejar. Solo unos cuantos conservan fobias definidas. el niño de esta edad demanda menos protección y se somete mejor.

La disminución de temores puede deberse a los siguientes puntos:

- a.- Se dá cuenta que no hay nada que temer.
- b.- Presiones sociales que le forzan a ocultar su miedo.
- c.- Imitación en general.
- d.- Guía por parte de los adultos.

A.7. A LOS SIETE AÑOS.

El niño ha mejorado su capacidad para resolver temores, aunque puede reaccionar de manera que parezca alternadamente cobarde o valiente. Está en la edad de preocupaciones y se está sobreponiendo a sus miedos o temores reales. El apoyo familiar es de enorme importancia para comprenderlos y superarlos. Es cuando el dentista puede razonar con él y explicarle que es lo que le está realizando. Si se produce dolor, se le instruirá para que muestre su inconformidad, ya sea levantando la mano o con algún otro gesto.

A.8. DE LOS OCHO A LOS CATORCE AÑOS.

El niño ha aprendido a tolerar situaciones desagradables y muestra marcados deseos de ser obediente. Maneja bien sus frustraciones no tiene grandes problemas y se ajusta fácilmente a la situación en que se encuentra, desarrolla considerable control emocional y manifiesta objeciones a la gente que toma a la ligera sus sufrimientos. No le gusta que lo fuerce, que se hagan injusticias o que lo miren, ya sea los amigos o el dentista en su consultorio.

A.9. LOS ADOLESCENTES.

Especialmente las jóvenes empiezan a preocuparse por su aspecto físico, a todas les gustaría ser lo más atractiva posible, este interés -

por los efectos cosméticos puede utilizarlos el dentista para motivar - la atención odontológica. Están dispuestas a cooperar para satisfacer - su ego. Los problemas de manejo ocurren solamente en las personas que - se consideran mal ajustadas.

B. Influencia de los Padres en la Conducta del niño y Consejos a los mismos.

Las actitudes de los padres pueden determinar que un niño sea amigable u hostil, cooperador o rebelde, en la mayoría de los casos, el comportamiento de los niños en el consultorio dental es un excelente indicador de éstas. Nunca se ha dado suficiente importancia a la necesidad que tiene el niño de convivir con adultos emocionalmente maduros y es a través de ellos, como él puede adquirir esta madurez emocional.

Frecuentemente los padres adoptan una actitud hacia sí mismos y otra hacia su hijo, esta falsedad no es positiva. El niño tiene poderes de observación muy agudos y no se le puede engañar fácilmente. No hace falta ser perfecto para ser buen padre, ya que mostrando una conducta irremprochable el niño no tendrá oportunidad de observar equivocaciones y de rectificar.

Todo niño tiene necesidades fundamentales de amor, protección, aceptación, independencia, autoridad, limitaciones, consuelo y apoyo. Todas estas deberán satisfacerse para que cada niño llegue a la madurez como individuo bien centrado. Es necesario darle amor para que se sienta deseado, esto le dará confianza en sí mismo y en su capacidad para hacer frente al medio que le rodea. La disciplina por otro lado indica al niño hasta donde puede llegar, pone límites a su libertad dentro de los cuales será completamente libre. Cuando no hay disciplina, pueden producirse sentimientos de culpabilidad que le vuelven hoco, temeroso y ansioso. El primer contacto del niño con la autoridad es con la de los padres y ésta debe ser ejercida de manera protectora y amorosa, no de manera excesiva.

Todo niño tiene derecho a tener en casa una atmósfera tranquila que le lleve al desarrollo emocional normal, ya que el comportamiento humano se determina más por factores emocionales, que por intelectuales.

C. Extremos de Comportamiento en los Padres.

C.1. Protección excesiva.

Todo niño necesita amor y afecto, sin embargo, a causa de ciertos factores emocionales relacionados con experiencias o dificultades presentes, el impulso protector de los padres puede volverse excesivo e interferir en la educación normal del niño; generalmente el que está sobreprotegido no tiene iniciativa propia, por lo tanto no toma decisiones por sí mismo.

C.2. Indulgencia.

Los padres indulgentes suelen dar demasiados lujos a su hijo y éste presenta dificultad para adaptarse al medio social que lo rodea; a este niño no se le muestra la realidad, ya que siempre está cubierto de atención, afecto y servicio. Como le hacen creer que es superior a los demás, se vuelve egoísta, desconsiderado y tiránico; si no consigue lo que desea se impacienta, tiene ataques de mal genio e incluso trata de golpear a las personas que no acceden a sus órdenes o caprichos.

Con una persona extraña, como el dentista, el niño con las características descritas, puede tratar de usar encanto y persuasión para evitar someterse al tratamiento y hacer lo que él quiere, si esto falla, hará alarde de ira extrema y tal vez se resista, recurriendo a la fuerza física. A un niño muy asado aunque no incorregible, debe aplicársele cierta disciplina como medio para obtener su cooperación, una vez que comprenda el significado de la docilidad se vuelve excelente paciente.

C.3. Rechazo.

Existen varios grados de rechazo; desde la ligera indiferencia de los padres a causa de su trabajo u otros intereses, hasta el rechazo completo a causa de problemas emocionales.

El padre que es un poco indiferente, tendrá un hijo que se sienta inferior y olvidado, no seguro de sí mismo y de su lugar en la sociedad, a consecuencia de ello desarrolla resentimientos, se vuelve poco cooperador, se retrae en sí mismo, sin amar, ni interesarse en nada, no es de extrañar que este niño desarrolle carencias de estimulación propia y sentimiento de incapacidad que lo lleven a ansiedades rotundas; puesto que no tiene seguridad en su casa, se vuelve suspicaz, agresivo, vengativo, desobediente, nervioso, demasiado activo y por lo tanto impopular.

En el consultorio dental este niño puede ser difícil de manejar, pero si su desobediencia se trata amigablemente se pueden obtener resultados positivos, ya que lo que él necesita es atención y bondad.

C.4. Ansiedad Excesiva.

Es una preocupación exagerada por parte de los padres hacia el niño, como resultado de una tragedia familiar anterior debida a alguna enfermedad o accidente; se asocia generalmente con exceso de afecto, protección o mimo.

No se le permite que juegue o trabaje solo, se exagera mucho las enfermedades de poca importancia y se le hace guardar cama sin necesidad; este niño es generalmente tímido, huraño y temeroso, se preocupa cada vez más por su salud y le falta capacidad, para tomar decisiones por sí mismo. Generalmente es buen paciente si se le instruye para lograrlo; sin embargo, es posible que el dentista tenga alguna dificultad para vencer sus temores. Si se le alienta y asegura que nada le ocurrirá, reaccionará de manera satisfactoria.

C.5. Dominación.

Hay padres dominantes y exigen de sus hijos responsabilidades excesivas, que son incompatibles con la edad cronológica; no aceptan al niño como es, es forzado a competir con niños mayores, al entrenarlo tan estrictamente y éste al no poder complacerlos es rechazado y criticado; esto desarrolla en el niño resentimiento de culpa, evasión, sumisión e inquietud.

Puede ser común el negativismo y como tiene miedo a resistirse abiertamente, obedecerá las órdenes despacio y con el mayor retraso posible.

Si se le trata amablemente y de modo considerado este niño por lo general llega a ser buen paciente.

C.6. Identidad.

"Los padres quieren que sus hijos sean la repetición de ellos mismos"

Al hacerlo quieren dar al niño todas las ventajas que a ellos les fueron negadas, si el niño no reacciona como ellos esperan, los padres muestran abiertamente su decepción, el niño siente esta desaprobación paterna y tiene sentimientos de culpa que se reflejan en timidez, inseguridad y retraimiento, llora con facilidad y no tiene confianza en sí mismo, trata de hacer poco por miedo al fracaso. Este niño reacciona en el consultorio dental de la misma manera que el niño de padres dominantes y deberá ser manejado de forma análoga.

Otro de los aspectos interesantes que puede mencionarse, es el de la influencia que existe en el niño, por el lugar que ocupa al nacer dentro de la familia. Así tenemos los siguientes puntos:

a.- El hijo más joven.- Suele tener más dificultades con las actitudes de los padres, sobre todo si nace con varios años de diferencia, por la tendencia a ser mimados por los progenitores y sus hermanos mayores.

b.- El hijo mayor.- Cuyos padres le destinan una posición de mando, no obstante que estos puedan carecer de experiencia, tienen el entusiasmo y aguante juvenil que resulta a veces tan necesario para administrar una disciplina adecuada y justa. Un niño así, se convierte en un ser — conservador de comportamiento moderado que no presentará dificultad alguna.

b.- El hijo único o adoptado.- Puede recibir demasiada indulgencia por parte de sus padres, tiende a ser antagonista, desobediente, egoísta y dado a ataques de mal genio. Si las actitudes de los padres hacia él son moderadas, el niño se desarrollará bien centrado.

La relación entre hermanos influye en su comportamiento, aunque no es tan importante como la de los padres, la dominación de un hermano mayor, entra a formar parte de la personalidad de éste. La rivalidad entre hermanos por el afecto de sus padres, u otro miembro de la familia, puede también influir en su comportamiento.

Existen además muchos otros factores que forman parte de la personalidad del niño como las cualidades innatas, relación en la familia, juegos, esparcimiento moralidad, etc. Estos tendrán influencia entre el niño feliz y uno confundido. Es el hogar el que gobierna el destino del niño en su medio social.

D. Comportamiento de los Padres en el Consultorio Odontológico.

Se puede hacer comprender a los padres que, una vez en el consultorio, el odontólogo sabe cómo preparar emocionalmente al niño para el — tratamiento necesario y éstos deberán tener confianza total y depositar le el cuidado del niño. Cuando el niño se le lleva a la sala de tratamiento, los padres no deberán hacer ningún gesto, como seguirlo o llevarlo, a menos que el dentista los invite a hacerlo. El niño en edad — escolar se porta mejor en ausencia de sus padres, especialmente si el — trato de éstos hacia él ha sido defectuoso, sin embargo, hay casos en — que la sola presencia de los padres influye en el niño, especialmente — si tiene menos de 4 años.

Si se invita al padre de un niño mayor de 4 años a que pase a la sala de tratamiento éste deberá desempeñar el papel de huésped pasivo y permanecer de pie o sentarse alejado de la unidad, deberá hablarle al dentista o al niño, a menos que aquél se lo pida, ni deberá tomar de la mano al niño, ni mirarle con simpatía o expresión. No hay nada que trascienda más el éxito del manejo del niño, que una situación en la que la madre esté comunicando información falsa, o le esté transmitiendo su simpatía.

E. Instrucciones a los Padres.

- Instruirlos para que nunca utilicen la odontología como amenaza de castigo. En la mente del niño se asociaría castigo con dolor y situaciones desagradables con el dentista.

- Pedir a los padres que no expresen su miedo personal enfrente del niño.

- Que familiaricen a su hijo con la odontología y para lograrlo conviene que lo lleven al consultorio para que se acostumbre y empiece a conocerlo, aún sin que presente problemas bucales de ninguna índole. El odontólogo deberá cooperar con plenitud en esto, para ello saludará al niño de forma cordial y lo llevará a recorrer el consultorio, le hará demostraciones del equipo, dándole además explicaciones sencillas de su funcionamiento, hará que el niño sienta que acaba de hacer del odontólogo, un amigo.

- Explicarles que si muestran valor en asuntos odontológicos, su hijo también lo tendrá en lo mismo. Existe una correlación entre los temores del niño y los padres.

- Aconsejarles que el ambiente en casa debe ser tranquilo y con actitudes moderadas para llegar a formar un niño bien centrado, que generalmente es un buen paciente dental.

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

- Fídale que no sobornen a su hijo para que vaya al dentista. Este método significa que el niño se acostumbre a pensar que tiene que enfrentarse a algún peligro.

- No tratar de vencer el miedo al tratamiento de su hijo por medio de burlas y ridiculizando este servicio. En el mejor de los casos solo crea resentimientos hacia el dentista y dificulta su trabajo.

- Es conveniente que los padres estén bien informados, de la necesidad que existe de combatir todas las impresiones perjudiciales para su hijo, que pueden llegar de fuera sobre odontología.

- El padre no debe prometer al niño sobre las cosas que va a hacer o no el odontólogo, éste no debe ser colocado en situaciones que lo comprometen, o le limitan respecto al tratamiento bucal del niño. Tampoco deberán prometer los padres al niño que el odontólogo no le va a causar dolor. Las mentiras solo llevan a decepción y desconfianza.

- Varios días antes de la cita, debe instruirse a los padres la conveniencia de comunicar al niño de manera natural que han sido invitados a visitar al dentista. Nunca deberán forzar la situación para ello conviene no mostrar al niño exceso de simpatía, miedo o desconfianza.

CAPITULO IV

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

En este capítulo se enfocará hacia el tratamiento y de manejo del niño paciente cuando entra en el consultorio:

A. Formas de Tratar al Niño:

El dentista debe dirigirse al niño por su nombre o por el diminutivo familiar, según esté acostumbrado. Al presentarse con el niño debe dirigirse alguna palabra de elogio, aunque la ayudante ya lo haya hecho. Tampoco debe esperar a que el niño espiece una conversación, ni forzarle a que lo haga. Aunque algunos pequeños exteriorizan su miedo con gritos o patadas, otros disimulan su ansiedad y su temor quedándose quietos y callados. El dentista ha de estimular al niño para que exponga sus temores haciéndole preguntas como las siguientes:

¿Sabes lo que hacen los dentistas? ¿Tienes miedo? o que si alguna cosa le molesta, se la diga.

Se deben evitar las conversaciones prolongadas sobre temas no relacionados con la odontología. Las explicaciones previas de la auxiliar dental pueden complementarse enseñando al niño los instrumentos ruidosos, por ejemplo: el aspirador o la pieza de mano ultrarápida. Hay que evitar los términos dentales como: "Esto es una pieza" o "Esto es una pasta de dientes especial".

Debe darse tiempo al niño para que piense en lo que se le ha dicho y esperar su respuesta. Debe permitírsele que toque los objetos usados en el tratamiento como el espejo, la copa de goma o el aparato para tomar radiografías, y se le puede dejar que ayude durante éste, con algo sencillo como el sostener las pinzas.

Se les enseñará la escupidera y se le dirá como debe enjuagarse la boca, aunque es preferible el uso de la jeringa para agua, porque a veces pretende perder tiempo pidiendo un sorbo de agua cada momento.

Es conveniente explicarle lo que va a hacer y el tiempo que va a durar - el tratamiento y no realizar otro sin su autorización. Si éste puede causarle molestias advertírsele evitando palabras como cortar, fresar, quemar, sangrar, arrancar, etc.

Cuando dice que le duele, no se le debe contradecir, y advertirle - que nunca debe sujetar las manos del dentista. Para avisarnos que hay ma lestar, le podemos enseñar alguna señal, por ejemplo:

Levantar la mano.

No se debe dejar el tratamiento de una cita a otra posterior sólo - porque el niño diga que siente miedo o dolor, ya que psicológicamente, - esto no ayudará en absoluto a eliminar el miedo, el niño teme excesivamente a lo desconocido y estará mal preparado y aprensivo para afrontar nuevas situaciones. Visitar al odontólogo antes del tratamiento puede ayu dar para que lo desconocido se vuelva familiar y tal vez mitigue temores o necesidades futuras de huir. Este método da resultados con niños que - aún no van a la escuela, y en menor medida, con niños mayores.

Una visita preliminar al dentista es valiosa, pero la continua repe tición del procedimiento puede llegar a no ser eficaz, a menos que se - tenga que realizar algún trabajo.

No es conveniente mostrar actitudes sarcásticas y desdeñosas con el niño para lograr que por vergüenza se porte bien en el consultorio, y - aunque muchos odontólogos emplean el ridículo como medio para mejorarle la conducta, esto es una pérdida de tiempo y no tiene valor ético. El mé todo no solo es inadecuado sino que lleva consigo peligros. El niño que - se sienta en el sillón dental, desea ganar la aprobación del dentista,

pero si el miedo es muy fuerte le resultará imposible cooperar, su juicio se pierde y su comportamiento se ve indeseable. El ridículo puede producir frustraciones, resentimientos y aversión a dentistas y tratamientos dentales.

Al niño no le gusta ser diferente y desea conformarse a patrones sociales, le gusta hacer las cosas que realizan otros niños o personas y participar en competencias, así como si se le permite observar cómo se realizan trabajos dentales en otros niños, le servirá de reto.

Ver el comportamiento del hermano mayor o de uno de sus padres en el sillón dental, mientras se efectúa un tratamiento, le dará más confianza que con un ser extraño. Si la intervención va a producir dolor, aunque sea mínimo, se le debe advertir, es mejor prevenirlo para conservar su confianza.

Cuando el niño está en contacto con la situación que le produce miedo, el deseo de huir domina la razón y no es eficaz tratar de convencerlo verbalmente para que lo pierda, es mejor darle evidencias concretas ya que el temor se desarrolla a nivel emocional, el consejo verbal a nivel intelectual no da buenos resultados. Decirle al niño que no debe preocuparse sin darle primero razones para que nos crea, indica carencia de conocimiento sobre la psicología infantil.

B. Técnicas de Recondicionamiento Odontológicos:

A través del reconocimiento realizado con la guía del dentista, el niño aprende a aceptar los procedimientos odontológicos y a gozar de ellos. Pierde el miedo a la odontología, sin embargo algunos pacientes infantiles que se presentan en el consultorio, habrán tenido ya alguna experiencia dental previa que pudo haber sido desagradable, lo cual amerita -

reeducar al niño, como obligación profesional, para que acepte los tratamientos odontológicos y no les tema y enseñarle que lo que causó temor en otras circunstancias no representa un peligro para su seguridad. Se debe establecer una buena interrelación paciente-doctor y las citas subsiguientes se volverán agradables y esperadas con gusto por el niño y el dentista. Para ello debemos tomar en cuenta las técnicas empleadas para reacondicionar las actitudes del niño con la odontología.

C. Técnicas para reacondicionar las Actitudes del niño-Paciente.

C.1. Si el niño teme excesivamente al dentista, descubrir el origen. Esto se puede conseguir preguntando a los padres acerca de sus sentimientos personales hacia la odontología, viendo sus actitudes y observándolos de cerca. Cuando ya se conoce la causa del miedo, controlarlo se vuelve un procedimiento mucho más sencillo.

C.2. Familiarizar al niño con la sala de tratamiento dental y todo su equipo sin pretender producir alarma excesiva. Por este medio se gana la confianza del niño y el miedo se torna en curiosidad y cooperación. Puede uno acercarse a la mayoría de los niños, si se despierta su curiosidad. A todos les encantan los instrumentos nuevos. Cualquier equipo o mecanismo les interesa y los llena de gozo. Puede disminuirse su miedo permitiéndole y alentándolo sutilmente para que pruebe algunas de las piezas del equipo, explicándole cómo funciona cada una, de manera que se familiarice con los sonidos y acciones de los accesorios. Por ejemplo:

Hacer rodar el motor sobre sus uñas, para que pueda sentir la inofensibilidad de una copa pulidora de caucho. También hacerle una demostración con la jeringa de aire y después como por descuido se deja en su regazo para que la pruebe. Se le explica que controlamos el motor con el pie de manera que el niño sepa que la fresa se puede detener cuando sea necesario.

C.3. Si se eligen con cuidado las palabras e ideas de la conversación podrán llegar a comprenderse sin mucho tiempo. Al establecer esta confianza, el dentista debe transmitir al niño que simpatiza con sus problemas y los conoce. Una vez entablada la relación, la conversación deberá alejarse de problemas emocionales y dirigirse a objetos familiares del niño. Hábléndole de parientes, de amigos, de animales o de la escuela. Contarle lo triste que está uno, porque su perro no puede acompañarlo diariamente al consultorio. Si el niño ama a los perros florecerá la comprensión entre ambos.

Si el niño tiene problemas con alguna asignatura de la escuela, decirle que también uno encontró ese tema difícil y también lo tuvo cuando iba a la escuela. El odontólogo tiene que humanizar sus relaciones con los niños, no puede salirse de la escena si quiere seguir siendo su amigo. El odontólogo puede platicarle que cuando era niño también tuvo que ir al dentista porque fue necesario "componer" sus dientes, y que descubrió que la mejor manera de terminar pronto su tratamiento, era siguiendo las instrucciones que se le daban. En este momento, el niño estará generalmente-receptivo para su nueva adoctrinación de tratamiento dental.

C.4. Si en la primera visita, una vez hecha la historia clínica y dada la instrucción sobre el cepillado, el niño se muestra poco cooperador, solo deberán realizarse procedimientos menores e indoloros.

Se le puede hacer el cepillado mecánico de sus dientes y la aplicación tópica de fluor, así como la toma de radiografías, describiendo la unidad de rayos X como una enorme cámara fotográfica y la película como el lugar por donde aparecerá la fotografía. Cuando el niño vea las radiografías reveladas, se enorgullecerá de lo que logro.

C.5. Se dice que es buena técnica pasar de las operaciones más sencillas a las más complejas, a menos que sea necesario un tratamiento de urgencia. Generalmente se invita a los padres en la primera visita para que puedan comprender el papel tan importante que tiene en la adquisición de hábitos de su hijo y de conocimientos de control dietético para prevenir enfermedades dentales. Se podrá dar al niño y a sus padres un período de adiestramiento más extenso, si se dispone para este efecto de una sala de educación con ayuda visual y material de lectura.

C.6. Desafortunadamente los niños llegan con frecuencia para su primera visita sufriendo dolores y con necesidad de un tratamiento de urgencia. En esta situación, como en todas las demás, la veracidad del dentista es esencial. Franqueza y honestidad serán necesarias con el niño debiendo decirle de manera natural, que a veces, lo que hay que realizar produce algo de dolor. También puede explicársele que si avisa cuando le duele demasiado, el dentista parará o lo arreglará de manera que no duela tanto, o lo hará con más cuidado. Esta comunicación deberá permanecer constante a través de todas las visitas dentales futuras y recordarle éstas indicaciones antes de cada sesión.

C.7. Cuando se manejan niños demasiado pequeños para que comprendan cosas difíciles, debe intentarse llegar a relacionarse con ellos por medio de conversaciones sobre objetos o acontecimientos de la experiencia personal del niño. Hable en voz agradable y natural, muestre una actitud natural y comprensiva. Sin embargo, es probable que tenga que trabajar con el niño llorando.

Un niño en edad preescolar que grita con fuerza y largamente en el sillón dental, es muy difícil que nos pueda comprender, la amenaza de sacar a los padres de la sala puede ser suficiente para que se calle. En otras ocasiones puede resultar el darle tiempo para que se desahogue, sin embargo, en los casos en que la actitud de los padres ha sido defectuosa o -

cuando le han inducido miedos indebidos, estos métodos no sirven y el niño gradualmente va llegando a la histeria. Puede que la admonición surta efecto, aunque se perciba que el paciente no lo oye. En este momento hay que usar medios físicos para calmar al paciente lo suficiente para que pueda escuchar lo que se le tiene que decir. La manera más sencilla de hacer esto, es colocar la mano sobre la boca del niño, e indicándole que esto no es un castigo. No debe intentarse bloquear la respiración bucal mientras que el niño llora deberá hablarle al oído en voz normal y suave, diciéndole que se quitará la mano cuando pare de gritar, no deberá haber malicia en la voz. Colocar la mano sobre la boca del paciente es medida extrema y solo deberá usarse como último recurso en un paciente histérico, cuando se ha fallado con los demás medios. Cuando ha dejado de llorar, hay que quitar la mano y hablarle sobre alguna experiencia sin relación alguna con la odontología. Es sorprendente lo eficaz que esto puede ser y como, estos niños, se vuelven pacientes ideales.

Paciencia y consideración ayudan enormemente a acreditar el consultorio. Esta no es la única técnica ni la mejor, tan solo presentamos un procedimiento que resultará satisfactorio y servirá de guía para que los dentistas formulen sus propios procedimientos, ya que cada niño reacciona de manera diferente.

D. Aspecto del Consultorio Dental.

Cuando la práctica no está limitada a los niños, una manera eficaz de inspirar confianza en este tipo de pacientes es hacer que la sala de espera sea similar en varios aspectos al medio familiar, cómoda y cálida y que dé la sensación de que los niños frecuentan el lugar y no les resulte desconocido, al hacer esto, superará gran parte de las sospechas que siente cada niño.

Una de las maneras más sencillas de lograrlo, es apartar un rincón de la sala de espera especialmente para ellos. Tenga disponible sillas y mesas donde puedan sentarse a leer. Es conveniente tener una pequeña biblioteca con libros para niños de todas las edades.

Existen muy buenas revistas infantiles, una de las suscripciones del odontólogo siempre deberá ser a alguna de éstas. Ponga una lámpara pequeña en la mesa con la pantalla interesante, también se puede conservar algunos juguetes sencillos y resistentes para los muy pequeños. Un tocadiscos o una grabadora con sistema de amplificación dará consuelo a los niños asustados.

Las tarjetas que recuerden la visita y las notificaciones deberán ser llamativas, para que el niño sienta que le son enviadas a él. Un dibujo de algún personaje de cuentos en la tarjeta ayudará en este sentido.

La sala de operaciones o de trabajo, puede hacerse más atractiva al niño, si algunos dibujos en las paredes muestran niños jugando. El dibujo de un niño alegre y riendo es siempre bueno. Si la ayudante aprende a hacer animalitos u otros objetos con bolsas de algodón, estos resultan muy divertidos para los niños.

Hay que evitar que el niño vea sangre a los adultos con dolor, las personas con ojos enrojecidos por llorar o perturbadas emocionalmente enervan a los niños. Evítelo, haciendo que estos pacientes salgan por otra puerta o programando las visitas infantiles en horario distinto al de los mayores.

E. Personalidad del Odontólogo y su Ayudante Auxiliar

Es muy importante que el niño sienta que las personas del consultorio le infunde confianza, normalmente es muy sensible a emociones ocultas, e identificará rápidamente cualquier falta de entusiasmo hacia él y esto lo desalentará aún más. Si un odontólogo va a tener pacientes infantiles, deberá asegurarse de tener suficientes conocimientos para manejarlos sin producirle traumas, deberá asegurarse de que el personal que emplea ama a los niños, los trata bien y sabe como manejarlos. Si los auxiliares tratan de forma inadecuada al niño, las oportunidades de éxito que tiene el odontólogo disminuyen enormemente.

Si el dentista recibe al niño en la sala de espera, el día de la primera visita, es de gran ayuda siempre llamándolo por su nombre de pila, - si no se conoce hay que preguntárselo, nunca se llama al niño con palabras como: muchachito, niñito u otro nombre poco familiar. Nunca deberá demostrarse exceso de entusiasmo, ni demasiada insistencia, no se le de la mano a la fuerza, ni se le salude con voz demasiado elevada. Trate al niño-paciente de manera natural y cálida. La actitud amistosa, con voz natural dan mucha seguridad porque no sugieren nada desagradable en el futuro.

Cuando se elabore el historial, hay que preguntarle algo al niño de - cuando en cuando para que éste conteste y se sienta en un ambiente cordial.

En ocasiones un niño de corta edad, se negará ir con el dentista a la sala de tratamiento y se aferrará al brazo de su madre. Si no se puede vencer con palabras, el odontólogo deberá acercarse al niño de manera amigosa y rodearle los brazos como si fuera a abrazarlo. De esta manera se - tiene control del niño y se le puede recoger para llevarlo a la sala de - tratamiento sin temor de que sus pies o manos dañen a nadie. Hay que hacer sentir al niño que se es lo suficiente fuerte para llevarlo a protegerlo, pero no tanto como para herirlo. Si el dentista tiene confianza en sí mismo, es seguro que de este sentimiento se tramita al paciente. Si no tiene seguridad, se reflejará en el comportamiento del niño. No existen para su manejo fórmulas misteriosas o secretos para entablar contacto, el manejo-correcto se basa en conocimientos, sentido común y experiencia.

E.1. Preparación de la Ayudante Dental para el Trato con el Paciente.

La ayudante dental es una figura decisiva en el éxito del trato con el paciente. El dentista debe dar instrucciones específicas sobre la conducta adecuada a seguir con el niño y en como debe llevar las conversaciones con el acompañante, pues ella puede ejercer una gran influencia para que el niño-paciente reaccione en forma favorable y acepte el ambiente del consultorio.

También forma parte de su tarea, la obtención de información esencial acerca del niño, solicitándola a los padres y pondrá en conocimiento de cualquiera de ellos las normas que rigen en el consultorio.

E.2. Conversaciones Telefónicas Previas a la Visita:

Cuando se recibe un telefonema al consultorio solicitando una cita para un niño, la ayudante ha de averiguar en primer lugar si se trata de una visita urgente o de una visita de rutina que puede concentrarse para una fecha posterior. Debe preguntar a sus padres cuanto sabe de su hijo sobre dentistas, sus tratamientos y si les teme, si es nervioso, si ha estado hospitalizado en alguna ocasión. Este tipo de preguntas servirán para darnos una idea sobre el comportamiento futuro del niño en el consultorio.

E.3. Envío por Correo de Material Preparatorio para el niño:

Después de la conversación telefónica con los padres, la ayudante de la encargada de enviar por correo al hogar del paciente una carta especial impresa que sea utilizada para la preparación del niño en su primera visita a nuestro consultorio.

La ventaja de enviarla dirigida al propio niño es obviamente para su estimulación. No es raro que el pequeño demuestre su satisfacción llevándose la a la cama o enseñandosela a los compañeros de juegos. Los padres se mostrarán agradablemente sorprendidos de la actitud positiva del niño en su primer encuentro con el dentista.

A continuación se presenta un esquema de carta destinada a la preparación del paciente infantil para su primer visita al consultorio.

Estimada señora
Su niño tiene cita con el Dr. Ruíz el día
mes hora

Cuando traiga a (nombre del niño) al consultorio, el Dr. Ruíz le
ruega que permanezca en la sala de espera mientras el entabla -
amistad con su hijo y gana su confianza. Después del examen el Dr.
Ruíz la invitará a entrar en la sala de consulta, donde le expli-
cará el estado de salud dental de (su hijo(a)).

Antes de la primera visita, tenga la bondad de leer a su hijo(a) -
la narración adjunta, repitiéndola por lo menos dos o tres veces -
en ocasiones distintas.

A t e n t a m e n t e .

Consultorio del Dr. Ruíz.

NARRACION:

"Los dentistas son médicos de los dientes y cuidan que estén sanos. El Dr. Ruiz tiene para tí un consultorio especial para vigilar tu salud.

Hay una enfermera que tú conocerás primero, su nombre es:

Srita.
ella te presentará al Dr. Ruiz y él te llevará a una silla de colores, -
en su consultorio, que ajustará a tu tamaño para que estés cómodo.
Te pondrá una servilleta alrededor de tu cuello para que no se te manche
la ropa cuando esté trabajando, usará un espejito que te colocará en la-
boca para ver tus dientes por todos lados, también tiene un cepillo y -
una pasta para dientes muy sabrosa, con la cual te los limpiará uno por-
uno y con una cámara fotográfica especial te los retratará.

Al Dr. Ruiz le gustan los niños por eso les explica exactamente lo que-
les va a hacer, procurará no causarte daño y muy pronto tendrás muy sa-
nos todos tus dientes.

Mientras el Dr. revisa tus dientes, tu mamá estará en la sala esperándo-
te muy entretenida leyendo revistas.

Cuando regreses a tu casa le podrás contar a papá la experiencia que pa-
saste en el consultorio del dentista".

F. Momento y Duración de la Visita.

Cuando se trata a niños, es importante tanto la hora, como la duración de la visita, pues ambas pueden afectar su comportamiento. El niño no puede permanecer en el sillón más de media hora y si el tratamiento tiene que prolongarse difícilmente lograremos su cooperación hacia el final pues pierde su paciencia y compostura por muy tranquilo que sea, empezará a llorar y difícilmente podrá recuperarse.

Recientes estudios han indicado que la hora de la cita no tiene importancia crítica en el comportamiento del niño, sin embargo, a niños de edad preescolar no deberá atenderseles durante el período dedicado a la siesta.

Tampoco deberán ser traídos al dentista poco tiempo después de una experiencia emocional, sería como puede ser el nacimiento de un hermano o hermana, o la muerte de alguien cercano a ellos. El niño está experimentando en este momento traumas emocionales y la visita al dentista solo añadirá más ansiedad y desconcierto, en estos momentos será muy difícil lograr su cooperación y pueden encontrarse dificultades para su manejo.

G. La Conversación del Dentista.

Cuando el odontólogo le hable al niño deberá ponerse a su mismo nivel en posición y conversación, en palabras e ideas. No tiene ningún sentido usar palabras demasiado difíciles de comprender. Hablar demasiado confundirá al niño y le producirá desconfianza y aprehensión. Se recomienda seleccionar o elegir temas de conversación, sobre situaciones que le sean familiares, al niño, por ejemplo, de butboul, sin discutir las reglas complicadas del juego, se puede hablar de las experiencias personales — que él haya tenido.

Déjelo llevar la conversación y es muy pequeño es conveniente añadir algo de fantasía a la plática para interesarlo. También debe evitarse hablar al niño como si fuera más pequeño de lo que en realidad es.

Nunca se subestime la inteligencia del niño, a casi todos les gusta hablar de algo interesante. Aleje su mente de los procedimientos dentales ya que al interesarse en lo que está diciendo, no dificultarán nuestro trabajo.

Hay adultos que prefieren silencio cuando se está trabajando en ellos. Sin embargo, a la mayoría de los niños les gusta oír hablar al dentista, se sienten menos ignorados y olvidados.

A veces, por medio de un monólogo sobre algo interesante, a base de una repetición constante y sin cambiar la inflexión de la voz, se puede inducir a un niño temeroso a someterse al proceso de la inyección. Si el niño hace preguntas trate de responderlas con la mayor exactitud posible, y no lo deje que las use como técnica dilatoria.

H. Conocimiento del Paciente.

Se puede aprender mucho sobre el comportamiento emocional del paciente observándolo en la sala de recepción. Si está sentado en el regazo de su madre o abrazado a ella, se pueden anticipar dificultades en el primer encuentro. Si se sienta solo y lee un libro o juega alejado de la madre, se puede suponer que es emocionalmente maduro y está bien centrado para recibir algún tratamiento odontológico en la primera visita.

Con estos conocimientos acerca del paciente se puede prever, en cierta forma, su reacción al tratamiento dental.

I. La Importancia del Paciente.

Cada niño deberá recibir toda atención, siempre hay que tratarlo como el más importante. Nunca deje a un paciente muy pequeño sentado solo en la silla ya que sus temores, aún no disipados por completo, pueden agrandarse si tiene que abandonar el cubículo, aún cuando sea por un momento, asegúrese de que está presente su ayudante, sin embargo si está atemorizado, es mejor que el dentista no lo abandone en absoluto. También es malo transferir al paciente infantil de un cubículo a otro para realizar un tratamiento distinto, como puede ser la cirugía. Esto desubicará al niño y le causará ansiedad, si le es posible realice todo el trabajo necesario en el mismo lugar.

J. Habilidad y Rapidez del Dentista.

Aquí el Odontólogo deberá realizar su trabajo con destreza, rapidez y mínimo dolor, siendo conveniente para ello, tener un ayudante cuando trabaja. Es importante trabajar suave y cuidadosamente y no perder el tiempo con movimientos innecesarios, el niño puede soportar molestias si sabe que pronto acabarán.

Un ejemplo, si nuestro ayudante coloca el instrumental adecuadamente, no será necesario buscarlo y perder el tiempo una vez iniciado el tratamiento.

Un niño puede ver claramente cuando no hay eficiencia, aún después de pocas visitas al consultorio, pues es mucho más observador que el adulto, tal vez por ser inquieto e interesarse por lo que le rodea. Pronto sabrá cuando el dentista es capaz, o no lo es, el paciente perderá la confianza en éste.

K. Uso de Palabras que Inspiran Miedo

El odontólogo deberá evitar utilizar palabras que inspiren miedo al niño. Muchos de los temores en el niño son causa del tratamiento en sí, sino por el significado atemorizante de alguna palabra.

Algunos se estremecerán de miedo al oír "aguja o jeringa" y sin embargo, no se opondrán demasiado a la curación o al tratamiento si los llamamos de otra manera. Debemos evitar los engaños, pero cuando se realice algún tratamiento molesto o que cause dolor, deberán usarse términos conocidos por el niño, con los que esté familiarizado y no le causen temor. La sustitución exacta de palabras seleccionárlas según su criterio, por ejemplo, en vez de decir, "picar, inyección aguja", podríamos decir "vamos a poner algo en tus encías que se sentirá como el piquete de un mosquito". Saben que los piquetes de mosquito son molestos, pero el dolor no es suficientemente grande o duradero para producir ansiedades definidas.

L. Uso de la Administración, Halagos Sutiles, Alabanzas y Recompensas.

En los procesos de aprendizaje, el castigo y la recompensa son básicos, incluso animales de laboratorio aprenden a caminar a través de laberintos complicados para encontrar recompensas de alimentos en el otro extremo.

Existen muchos tipos de recompensas para los pacientes que se portan bien. "Una de las recompensas que más busca el niño es la aprobación del dentista". Cuando el niño sea buen paciente hay que decirselo, esto impondrá una meta en su comportamiento futuro, hará todo lo posible por conservar el nivel que él mismo estableció. Hay que alabar su comportamiento, no su persona, por ejemplo: En vez de decir es un niño bueno, digale que hoy se portó muy bien en la silla.

Los regalos son buenas recompensas, darle algún regalo cuando se ha portado bien forma parte de un manejo adecuado. Existen muchas variedades de regalos según la edad. Algunos dentistas dan pequeños objetos o juguetes, otros dan cupones para comprar helados en alguna tienda cercana. Dar a los niños estrellas doradas para que las pegue en una cartulina que está en la sala de recepción es muy eficaz. La variedad de recompensas puede ser desde paseos en caballito a modelos de yeso, etc. Lo que impresiona favorablemente al niño, más que el regalo, es que se reconozca su mérito.

M. Sobornos y el Paciente.

Podemos decir categóricamente: "Nunca soborne a un niño", pues raras veces se obtienen resultados positivos y generalmente éste seguirá portándose mal para obtener más sobornos y concesiones. El soborno es admitir que el dentista no puede manejar la situación.

Un niño perceptivo pronto se aprovechará de la mala situación del dentista. Es conveniente saber distinguir entre soborno y recompensa, aunque la línea divisora es muy tenue.

Si se dá una recompensa al terminar la visita, aún cuando no haya - cooperado durante el tratamiento, puede servir de soborno para que regrese a la siguiente cita, pero esto de ninguna manera va a garantizar que él se porte bien en lo subsecuente. En la recompensa se reconoce su buen comportamiento, después que se terminó la operación. Los sobornos no tienen lugar en la odontología.

N. Ordenes Contra Sugerencias.

Debemos de asegurar la cooperación del paciente durante el curso de un tratamiento dental. Para obtener las relaciones deseadas nunca se pida al niño que se someta a una sugerencia. Al pedir que haga algo, el odontólogo en realidad le está dando a elegir entre aceptar o rechazar. Si el niño se le da a elegir, no se puede considerar mal comportamiento cuando haga un rechazo si se le dice que obedezca una orden, no hay más elección que aceptar. Si se niega, su comportamiento se vuelve automáticamente inaceptable.

Cuando ordene a un niño que cumpla sus deseos, hágalo de manera agradable, pero decidida. No dude en sonreír y gozar con su paciente, sin embargo, sea firme si la situación lo requiere.

O. El Odontólogo y la Razón.

Cuando trate con niños, sea realista y razonable. No condene a un niño porque esté asustado, trate de ponerse en su lugar y comprender porqué actúa de esa manera. Respete sus emociones, dele al niño oportunidad de participar en los procedimientos dentales sosteniendo el algodón, ayudando en otra cosa, aunque de poca importancia, haga que él se sienta parte del servicio que está realizando, así se interesará y cooperará más. Tráelo como individuo y no como objeto.

P. El Control Propio del Dentista.

El odontólogo nunca deberá perder su dominio y enfadarse, la ira es una reacción emocional primitiva e inmadura, señal de derrota con lo cual

el paciente lo pondrá en gran desventaja, porque la ira disminuye su capacidad de razonar claramente y de tener un comportamiento adecuado que indica al niño que ha tenido éxito sobre el dentista.

Si el dentista pierde su control y eleva la voz solo asustará al niño y se le dificultará aún más manejar el comportamiento del niño.

Si ha tratado de hacer todo lo mejor posible por entablar una relación— con el niño y no lo ha conseguido, es mejor admitir la derrota, que arruinar un tratamiento dental futuro. Si no puede evitar enfadarse, es mejor despedir al niño y dejar que otro dentista pruebe suerte, tal vez él pueda tener éxito donde a usted le derrota el temperamento.

Q. El Odontólogo y la Gracia.

Es conveniente recordar que llevar a cabo procedimientos dentales que los niños de corta edad se asustan con lo desconocido. Todos sus movimientos, ya sean al manejar al paciente o pasos operatorios, deberán mostrar naturalidad y suavidad con lo cual se evitará gran parte del miedo innecesario.

La odontología es una profesión llena de "gracia", utilícela para ventaja suya. Si hubiera que definir los requisitos de buen odontopediatra serían: gracia, habilidad, conocimientos e inteligencia.

Cuando se someta al niño a tratamientos odontológicos, es necesario evitar cualquier trauma psicológico, no obstante, en algunas ocasiones — esto no es posible, pues muchas veces, es más importante la realización de un tratamiento, que el trauma que pueda ocasionarle, procurando que éste sea mínimo. Por ejemplo: la reducción de un abceso.

Entre todos los problemas asociados a la odontopediatría, el manejo del niño es sin duda el más importante, ya que si no existe cooperación adecuada del paciente, los procedimientos dentales se vuelven muy difíciles y a veces imposibles.

Existen varios métodos para aumentar la cooperación del paciente y disminuir las molestias tales como: sedantes, analgésicos, hipnosis, tranquilizantes y anestesia general.

CAPITULO V

ALIMENTACION Y EDUCACION DENTAL

A. ALIMENTACION:

Durante los primeros meses de la vida, el niño deberá alimentarse con la leche del pecho materno, que es el alimento proporcionado por la naturaleza y por lo tanto el más adecuado, únicamente que existiera enfermedad o una mala nutrición de la madre, deberán emplearse otros medios.

Al mamar, succionar el niño hace un esfuerzo que agota y le provoca sueño, un niño que duerme y se alimenta bien, será sano y no tendrá problemas de ninguna índole. Este ejercicio le sirve además para desarrollar sus músculos favoreciendo al adecuado crecimiento de el maxilar y mandíbula, así como el aprender más pronto a masticar.

También otra ventaja más de ser alimentado en forma natural, es la inmunidad natural que puede adquirir de la madre contra diversas enfermedades.

Los alimentos de consistencia blanda o "preparados especiales" que dicen contienen complementos vitamínicos necesarios para "el buen desarrollo del infante", muchas veces son perjudiciales, porque además de contener sustancias sintéticas, impiden que el niño se acostumbre a masticar.

Es necesario hacer notar a los padres de familia las comodidades que en ocasiones brindan los alimentos artificiales, como en el caso de que exista alguna afección o enfermedades que no permita un metabolismo normal. Son útiles, pero en un niño sano produce un decaimiento de salud, ya que todas las sustancias necesarias para mantener en equilibrio el metabolismo de su organismo se encuentran en diversos alimentos naturales, que son más fácilmente asimilados por el aparato digestivo.

B. LA BROMATOLOGIA:

Es la ciencia encargada del estudio de los alimentos y su clasificación, con respecto a la cantidad de proteínas, glúcidos, lípidos, vitaminas, minerales y además sustancias con las que cuenta cada uno de ellos.

El cirujano dentista dedicado a la Odontología Infantil, debe tener conocimientos entre otras muchas ciencias, de la Bromatología con el fin de seleccionar el alimento que reúna cualidades nutritivas para el organismo, a la vez que sean estimulados para el desarrollo correcto en función del aparato masticatorio, para que con el consejo y colaboración del Pediatra, se le puede instruir al niño una dieta apropiada.

En contraste con los elementos químicos y nutricios del alimento, que son asimilados y distribuidos por el torrente sanguíneo, está el carácter físico de los alimentos que concierne a los efectos tópicos sobre los dientes y las estructuras periodontales, que actúan localmente en la cavidad bucal. Los alimentos duros, fibrosos, gruesos y secos que requieren una correcta masticación para poder ser deglutidos, no solo producen una acción natural de limpieza en la superficie de los dientes, sino que además, promueven mayor secreción salival que ayuda a la buena digestión, - corneificación de la encía y estimulación a las estructuras periodontal y ósea necesaria para conservar saludable la cavidad oral.

C. EDUCACION DENTAL

La educación dental debe iniciarse primeramente en los padres del niño, explicándoles el funcionamiento de cada una de las partes que se encuentran en la boca y forman el aparato masticatorio, y los medios con los que se cuenta para su limpieza y conservación.

En el niño ésta educación se encuentra supeditada a su edad y capacidad de razonamiento. Como se mencionó en el Capítulo III, la educación dental se debe empezar a la edad de dos años, para que el vaya familiarizándose con el dentista y su consultorio mediante visitas más o menos —

frecuentes, en las cuales se les irá enseñando el material con que se cuenta, en forma didáctica y accesible y con la práctica de ligeras revisiones y limpieza dental, se logrará su confianza para intervenciones posteriores.

Es a los padres en casa a quienes les corresponde supervisar esta educación dental, insistiendo de manera especial en que se efectúe la función masticatoria correctamente y la higiene dental adecuada hasta donde sea posible, teniendo en cuenta que en un principio, el niño solo jugará con el cepillo y la pasta dental, pero servirá para que se acostumbre a éstos.

La enseñanza del cepillado debe iniciarse por medio de la imitación de los padres cuando ellos lo practiquen.

Mientras el niño no pueda por sí mismo efectuar su higiene dental, se le dará al pequeño después de cada comida una naranja, manzana o zanahoria, que por ser alimentos duros y detergentes efectuarán una limpieza natural en su boca, resultando en cierto modo tan eficaz como el cepillado. También se ha comprobado que bebidas calientes posteriores a las comidas contribuyen a su limpieza.

Se les pedirá a los padres de familia una severa restricción de los azúcares en todas sus formas, ya que representan una agresión para su dentadura en los primeros años de su vida, por su deficiente higiene bucal, substituyéndolos en forma por demás ventajosa con frutas. En el caso de que el niño sea muy afecto a la ingestión de golosinas, deberá procurarse que lo haga después de las comidas y no entre ellas y dar posteriormente una adecuada higiene dental. En ésta forma el gusto por los azúcares se irá reduciendo ayudando así a la conservación de sus dientes y salud en general.

CONCLUSIONES

La Odontopediatría es la parte de la Odontología que se encarga del cuidado dental del niño teniendo como principio y fin la prevención, no solo de afecciones que causen problemas en el aparato masticatorio, sino también en la variedad de problemas psicológicos, que junto con aquellos se presentan en el paciente.

Para mantener la boca en buen estado se esta realizando por medios publicitarios (la radio, televisión, etc.) orientación y educación odontológica hacia el público en general a fin de enseñar al niño entre otros procedimientos hábitos de limpieza y conservación de sus dientes temporales.

El odontólogo no solo debe buscar alteraciones en la cavidad bucal o piezas dañadas, debe también reconocer las complicaciones y posibles afecciones sistémicas en la cavidad bucal y para - ello, debe elaborar un examen clínico completo y exhaustivo que contendrá :

- a) Apreciación de conjunto del paciente.
Vgrs: altura, andar o marcha, etc.
- b) Historia clínica que incluya preguntas indispensables. (antecedentes psicosmáticos, fisiológicos, - patológicos etc.).

Posteriormente los movimientos mandibulares o de masticación ya que, es importante la Articulación-temporo-mandibular pues pug de existir fracturas, o chasquidos, o bien se localizan trastornos neoplasmas o infecciones en el cuello por origen de infección es nasales.

Todo lo anterior debe considerarse al elaborar una revisión de la cavidad bucal en la cual se aprecia primeramente el aliento del paciente si es agradable o desagradable, - en los labios.- si hay ulceraciones, vesículas, etc, - en la mucosa.- si existen lesiones como pigmentación, hemorragias, etc, - la calidad de saliva del niño.- delgada, normal, o viscosa, - la encía .- su tamaño forma, color, etc, - las alteraciones linguales.- que son por lo general inicio de un proceso patológico, deben observarse con - mucho cuidado en su tamaño, color, textura, ulceraciones, etc. - en el paladar.- afecciones como: úlceras, engrosamiento, per-
foraciones, etc.

Ya que se han considerado los tejidos blandos, nos dirigim-
os ahora a los dientes:

Considerandose características normales de su color, forma, erupción, número, para ayudar a la existencia de mal formaciones pigmentaciones, caries dental, depósitos de sarro, etc.

Atento a lo anterior el dentista podrá programar el tratami-
ento adecuado: preventivo o curativo.

Desde el punto psicológico: El odontólogo observará el desa-
rrollo emocional del paciente en relación con los tratamientos -
dentales; debiera llegar a conocer la personalidad del niño y su -
desarrollo y ayudará a comprender los problemas emocionales
del adulto, ya que los traumas que se presentan de niño y la mane-
ra de manejarlos cambian con la edad, (un proceso de maduración de-
pende del crecimiento del individuo).

Se puede concluir que la edad perfecta para llevar al niño -
al odontólogo, es cuando tiene dos o tres años de edad y efectuar
visitas cada seis meses, si fuere necesario antes, así debe se -
guir hasta la edad adulta.

Los niños temen a la Odontología, por lo desconocido e inesperado (ruido, vibración de la fresa, temor de caer del sillón dental, etc.). La influencia de los padres en la conducta del niño, puede determinar que éste sea amable u hostil, cooperador o ser rebelde y así se seguirá generalizando cada comportamiento en las diferentes edades del menor, niñez, pubertad, adolescencia, juventud, madurez.

Lo anterior es importante ya que si el niño convive con los adultos emocionalmente maduros, podrá a través de ellos también adquirir la madurez emocional necesaria que le ayude en sus vicisitudes diarias.

Dentro de las necesidades fundamentales de todo niño debe brindarsele amor, para que se sienta deseado; apoyo, para que sienta respaldo y protección; enseñarle autoridad para que comprenda el respeto que debe a los demás y saber distinguir entre premio y castigo; aceptación, para brindarle confianza en sí mismo y desarrolle su capacidad para enfrentarse al miedo que le rodea.

Otros factores existentes que van definiendo la personalidad del niño son: la relación familiar, los juegos, la moralidad, etc.

El comportamiento de los padres hacia sus hijos en relación con la odontología, puede ubicarse: antes y durante un tratamiento odontológico con anterioridad a este es recomendable familiarizar al niño con la Odontología, llevándolo al consultorio para que lo conozca y se acostumbre a él. Aún sin presentar problemas bucales, es de gran valor hacer revisiones y servicios dentales regulares, no esperar llevarlo cuando se presente un cuadro que le este afectando. (dolor de dientes entre otros). Vgr.

Si se le permite observar, como se realizan trabajos dental es en otros niños, servirá de reto, pues a los infantes no les gusta ser diferentes. Si es un familiar le dará mayor confianza, que con un extraño.

Durante o en el momento de la atención en particular se informa y trata de hacer comprender a los padres, que el dentista preparará al niño emocionalmente para el tratamiento. Los padres deben brindar confianza, pero permanecerán fuera de la sala de tratamiento, a menos que el dentista sugiera lo contrario. Si esto sucede, se le darán algunas instrucciones a los padres por ejemplar no deberán hablar al dentista ni al niño, no expresaran su miedo personal frente al niño.

El manejo del niño en el consultorio dental: el odontólogo debe ganar la confianza del niño, se dirigirá a él por su nombre o diminutivo. Algunos infantes pueden expresar su miedo con gritos, patadas, quedarse quietos o callados; pues bien, cuando se maneja niños pequeños debe intentarse llegar a conocer la experiencia personal del niño, hablándole con voz natural, agradable y comprensiva, estimulandosele para que exponga sus temores y se pueda llegar a la causa del miedo, o saber lo que le molesta. Por otra parte, a efecto de darle confianza, se le permitirá que participe en cosas sencillas como: sostener las pinzas, tomar el eyector del aire, del agua o similares.

Una buena técnica es avanzar poco a poco pero seguro, se puede empezar explicándole su tratamiento, que tiempo se tardará, no realizar otro sin su consentimiento o previo aviso, evitándose palabras agresivas o antiscénicas como fresar, sangrar, etc. O bien efectuar operaciones sencillas, a menos que sea una urgencia en cuyo caso, hay que tratar de dar a entender al imber la necesidad de la medida, precisamente para evitar las futuras conductas negativas.

En la primera cita es necesario conocer si el paciente ha tenido experiencias dentales (tratamientos, hospitalizaciones, etc.), si está pasando por emociones afectivas (nacimiento de un hermanito, traumas, etc.), para ello el odontólogo al conversar con el niño, debe ponerse al nivel de éste (palabras, ideas, etc.). Al enfocar la práctica al interés del niño haciéndolo sentir alagado y tratándolo como si fuera el más importante, de esta manera facilita el tratamiento al conseguir la cooperación del paciente. Pudiendo recompensarlo por medio del reconocimiento de su comportamiento. Si se recurre al soborno cuando no haya cooperado durante el tratamiento, tal vez regrese el menor, pero no garantizará su cooperación, la cual debe asegurarse para obtener las relaciones deseadas.

El dejar a un pequeño solo en el sillón dental le llenará de temores, por lo que se recomienda realizar el trabajo con destreza, rápidos y mínimo dolor, si es necesario se deberá contar con un ayudante. El odontólogo debe conservar la ecuanimidad de lo contrario disminuye su capacidad de razonar y de mantener un comportamiento adecuado ante el niño, situación importante para poder efectuar odontología de calidad y responsabilidad.

Si se somete a un niño a tratamientos odontológicos, es necesario evitar traumas psicológicos, el paciente aumentará su cooperación al disminuir sus molestias, lo que se puede lograr mediante la aplicación de métodos tales como: sedantes, analgésicos, hipnosis, tranquilizantes y anestesia general.

La educación dental, se inicia en los padres de familia. Por lo que si no la tienen, es indispensable que ya sea a nivel gubernamental (Público) por medio de programas, brigadas etc. o particular cuando los padres vayan al consultorio dental se les explique cuáles son las partes que forman el aparato masticatorio su conservación su limpieza alimentos que le dañan, los que benefi-

cian, consecuencia de su mal manejo, falta de cuidado, la forma como deben transmitirse estos conocimientos al niño, indicaciones para que se identifique con el dentista y el consultorio.

Lo anterior es importante desde la leche materna, pues al succionar el niño hará el esfuerzo (ejercicio), que permite el desarrollo de sus músculos, favoreciendo el crecimiento del maxilar y de la mandíbula, así también aprenderá a masticar.

Los alimentos naturales son fácilmente asimilados por el aparato digestivo y mantienen en equilibrio el metabolismo del organismo. Los alimentos duros, fibrosos, gruesos, secos, producen una acción natural de limpieza en la superficie de los dientes motivan mayor secreción salival que ayuda a la digestión y estimulan las estructuras periodontales y ósea.

El odontopediatra debe tener conocimientos de la Bromatología que es parte de la medicina que se encarga del estudio de los alimentos, en relación con su contenido y cantidad de proteínas, glúcidos, lípidos, etc, con el propósito de que en colaboración del Pediatra elabore una dieta apropiada para el niño, que reúna cualidades nutritivas para el organismo y desarrolle las funciones del aparato masticatorio.

Los padres deberán participar activamente en la educación dental, chequeando la dieta, si realiza correctamente la masticación, la higiene dental, el cepillado (el cual se aprehende regularmente imitando a los padres). Cuando el niño no puede efectuar su higiene dental se le dará después de cada comida una manzana, naranja o zanahoria, ya que al ser alimentos duros y detergentes, efectúan la limpieza natural en su boca, como si fuese el cepillado, así también las bebidas calientes posteriores a la comida, contribuyen a la limpieza. Los padres vigilarán que sus

hijos no hagan consumo excesivo de azúcares pues hace deficitaria la higiene dental de los niños y perjudicará su dentadura. Si un niño es afecto a las golocinas, es recomendable proporcionarlas después de las comidas y no entre ellas, acompañadas posteriormente de una adecuada higiene dental o bien sustituir las por frutas, de esta manera el gusto de los azúcares se irá reduciendo y ayudará a la conservación de los dientes y de la salud en general.

El odontólogo juega un papel muy importante en la sociedad debido a que se observa la gran receptibilidad que todo niño posee y que por una mala influencia, ya sea de profesionales mal preparados, con poca ética, de medios publicitarios con intereses mercantilistas, o bien de tradicionales ideas familiares erróneas, confunden la mente del niño y le plantean problemas inexistentes hacia su persona con respecto a la odontología; de alcances sumamente peligrosos para su edad adulta.

Observamos y se debe remarcar que la Odontología como toda ciencia médica, debe enfocar sus objetivos hacia la prevención de las enfermedades y no como erróneamente se viene haciendo desde la antigüedad hasta nuestros días es decir, tratando de sanar o curar las afecciones en pleno desarrollo. Las vacunas son una forma de poder percatarnos que la medicina preventiva evita males mayores y si bien en la odontología no se pueden aplicar vacunas, si se pueden practicar conductas que permitan adelantarnos a las molestias que causa el mal estado del aparato masticatorio.

No debemos olvidar que el hombre es un ente lleno de emociones y sentimientos, no un objeto. Es alguien que busca un guía, ayuda y motivación para mantener su salud y, no como en ocasiones nos lo hace pensar la práctica de nuestra profesión.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Charles Brauer John. Odontología para niños.
Editorial Mundi. 1959.
Pags. 21 - 31.
- 2.- Finn Sidney B. Odontología Pediátrica
Editorial Interamericana
4a. Edición 1982.
Pags. 1-39, 452-468
- 3.- Law B. David. Atlas de Odontopediatría
Editorial Mundi 1972
Pags. 319-324
- 4.- Leyt Samuel Odontología Pediátrica.
Editorial Mundi
Buenos Aires, Argentina. 1980
Pags. 17-61
- 5.- Mac Donal Odontología para el niño y el
adolescente.
Editorial Mundi
2a. Edición
Pags. 25-66
- 6.- Morris L. Alvin Las especialidades Odontológicas
en la práctica general.
Editorial Labor, S.A.
Barcelona 1974
Pags. 167-198
- 7.- Raymond Pauly S. Odontología Infantil
Departamento de Publicaciones
San José, Costa Rica.
1957