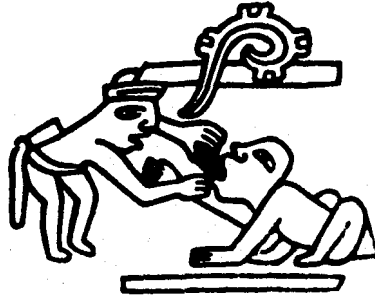




UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**"PSICOLOGIA DEL NIÑO ENFOCADA
A LA ODONTOLOGIA"**

T E S I S
QUE PRESENTAN
Teresa Hurtado Mendoza
Maricela Castillo Aguilar
PARA OBTENER EL TITULO DE :
CIRUJANO DENTISTA

MEXICO, D. F.

1 9 8 5



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.

I N D I C E

INTRODUCCION.....	
CAPITULO I: DESARROLLO PSICOLOGICO.....	
A) EL MILAGRO DE LA VIDA.....	1
B) NEONATO.....	6
C) LACTANCIA.....	8
D) EDAD PRESCOLAR.....	9
E) ADOLESCENCIA.....	16
CAPITULO II: COMPORTAMIENTO DEL NIÑO.....	
A) EL NIÑO Y EL DESARROLLO.....	17
B) EL MEDIO DEL DESARROLLO.....	19
C) LA NATURALEZA DE LA CONDUCTA - PSICOLOGICA PRENATAL.....	23
D) EL NACIMIENTO, ACONTECIMIENTO- AMBIENTAL QUE CONSTITUTE, UNA- ESPECIE DE SALTO.....	23
CAPITULO III: RELACION DENTO-INFANTIL.....	
A) INTRODUCCION DEL NIÑO A LA - ODONTOLOGIA.....	26
B) RELACIONES Y ESPERIENCIAS - ODONTOLOGICAS.....	27
C) DIFERENTES TIPOS DE NIÑOS EN - EL CONSULTORIO DENTAL.....	30
D) CONSEJOS A LOS PADRES Y COMPOR- TAMIENTO DEL NIÑO.....	35

I N D I C E

CAPITULO IV: EL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL.....	
A) ASPECTOS DEL DENTISTA, PARA- NIÑOS, SU CONSULTORIO Y LA - COMUNIDAD QUE LE RODEA.....	40
B) MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSUL- TORIO DENTAL.....	52
C) LA RESPONSABILIDAD DEL DENTIS- TA, HACIA SU PACIENTE.....	59
D) TECNICAS DE REANCONDICIONA- MIENTO.....	61
E) RELACIONES PROFESIONALES.....	82
CONCLUSIONES.....	89
BIBLIOGRAFIA.....	90

PSICOLOGIA DEL NIÑO ENFOCADA A LA
ODONTOLOGIA

CAPITULO I

TEMA: DESARROLLO PSICOLOGICO.

Naturaleza Del Desarrollo, Crecimiento y Milagro de la vida.

- A) Curso del Desarrollo Prenatal.
- B) Nacimiento, Periodo Neonatal
- C) Lactancia (Del 1er. mes de vida a 2 años de edad)
- D) Edad Prescolar (De los 3 años a 10 años de edad)
- E) Adolescencia (Desde los 11 años de edad).

CAPITULO II

TEMA: COMPORTAMIENTO DEL NIÑO.

Interrelaciones Entre el Niño en Desarrollo y el Medio.

- A) El Niño en Desarrollo
- B) El medio del Desarrollo
- C) La Naturaleza de la Conducta Psicológica Prenatal.
- D) El Nacimiento, Acontecimiento Ambiental que Constituye, una Especie de Salto.

CAPITULO III

TEMA: RELACION DENTO-INFANTIL.

- A) Introducción del Niño a la Odontología
- B) Reacciones y Experiencias Odontológicas
- C) Diferentes Tipos de Niños en el Consultorio Dental
- D) Consejos a los Padres y Comportamiento del Niño.

CAPITULO IV

TEMA: EL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL.

- A) Aspectos del Dentista, para Niños, su Consultorio y la comuni
dad que le Rodea
- B) Manejo del Niño en el Consultorio Dental
- C) La Responsabilidad del Dentista, Hacia su Paciente
- D) Técnicas de Reacondicionamiento
- E) Relaciones Profesionales

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

En esta tésis tratamos de realizar un análisis sintetizado del temor de los niños, hacia los Odontólogos, así como una de las formas distintas de eliminar el temor. Por medio del estudio de la Psicología, vamos a empesar por medio del Crecimiento, Desarrollo, a partir de sus primeros meses y años de vida, hasta su adolescencia, Así como estudiando su forma de conducta, factores familiares que influyen en el comportamiento, así tanto como los Sociales y Ambientales, siendo una de las más importantes la de sus (familiares); ya que ellos influyen psicológicamente en su educación y comportamiento con los demás y parte de su vida trivial.

Después de un breve análisis psicológico del niño que influye en su comportamiento pasamos a la situación más importante para cualquier odontólogo. Que va a ser desde un punto de vista psicológico las reacciones más frecuentes que se pueden presentar en un consultorio con los diferentes tipos de niños para su tratamiento dental.

Ya que debemos diferenciar con que tipo de niño estamos tratando, cual es la actitud que vamos a tener hacia ese niño por medio de la psicología. Y que parte de este comportamiento es el que les han influenciado sus padres o el medio ambiente que les rodea, con respecto de un consultorio dental. De gran parte de nosotros y nuestros ayudantes, va a depender gran parte de la cooperación del niño hacia nosotros y algunos otros aspectos que pasan desapercibidos para algunos de nosotros, pero que influyen importantemente e incluso

Psicológicamente en el niño, como es: La decoración ó acondicionamiento del consultorio é inclusive del arreglo personal tanto de nosotros como de nuestros ayudantes que va a ir de acuerdo al medio ambiente y al trato que se le debe dar a cada niño que va a ir de acuerdo a su personalidad, que va a depender mucho que el niño sea cooperador sino incluso que el niño vaya aprendiendo a cuidar su boca y estética y arreglo personal, sin necesidad de decirselo. Y esto nos haña sentirnos que estamos realizado una buena labor como odontólogos, sino también como cooperadores a nuestra comunidad que nos rodea por medio de campañas de higiene bucal y un poco de psicología.

CAPITULO I

A) EL MILAGRO DE LA VIDA:

Se trata de comprender, como el más diminuto fragmento de vida, una sola célula, situada al borde del mundo microscópico, se divide y vuelve a dividirse para formar los brillos de células que constituyen el cuerpo de un recién nacido.

El número incontable de tejidos y órganos que se forman a partir de este punto de vida inicial; el cabello, las uñas, la piel, el cerebro, los ojos, las glándulas de secreción interna. Cada paso representa una serie de elementos intrincados, cada uno adecuado al otro en una sucesión casi increíble.

- NATURALEZA DEL DESARROLLO:

La psicología del desarrollo es una de las principales subdivisiones de la psicología junto, con la psicología social, comparada con fisiológica. Algunas veces se llama psicología genética, de la conducta. Esta trata de los principales que son los principios de la herencia y sus variedades.

La psicología del desarrollo se ha especializado en el estudio de las interacciones entre la conducta y los eventos ambientales.

En las variables históricas que influyen en la conducta es decir, en el efecto de las interacciones pasadas sobre las interacciones presentes.

La conducta es una función de los eventos de la situación presente y en la historia de interacciones previas, la psicología del desarrollo se enfoca, su atención en la historia de las interacciones previas de un organismo.

Para trabajar en la naturaleza de la psicología y del desarrollo del niño se ampliará el análisis en: El Niño en Desarrollo, Los Eventos en los Medios de Desarrollo y La Acción Recíproca entre el Niño y el Médico.

En otras palabras, desde un punto de vista psicológico de la ciencia natural, la interacción entre nosotros, el niño y el medio que lo rodea.

Por lo tanto, el niño posee en sí mismo la capacidad para producir estímulos que pueden afectar positivamente o negativamente su conducta, del mismo modo que lo hacen los estímulos que se originan en el medio externo.

En resumen, la conducta del niño en desarrollo es considerada como un conjunto de conductas respondientes y operantes interrelacionadas, y como una fuente de estímulos que adquieren propiedades funcionales en relación a estas conductas.

O sea que la conducta del niño proporciona interrelación social a otra gente y que la proporción más alta de los estímulos que pueden afectar ó estimular la conducta del niño y que se origina fuera de su cuerpo. Es lo que vamos a aprovechar positivamente para encaminar al niño a la odontología.

- Debemos señalar dos puntos importantes, acerca de las relaciones entre los fenómenos " Biológicos y Psicológicos ".

Ambos casos de eventos tienen lugar al mismo tiempo, y cada una tiene efectos sobre la otra.

Las variables biológicas establecen límites en el nivel de las respuestas en las etapas evolutivas, especialmente durante la inmadurez (infancia y niñez temprana) y la vejez. Por lo tanto, un lactante no puede pararse y caminar hasta que sus huesos, tendones y sistema neuromuscular estén suficientemente desarrollados para combatir la gravedad efectivamente; un niño pequeño no puede hacer

ciertos sonidos del lenguaje hasta que están presentes sus dientes y sean funcionales; una persona de más de 45 años de edad, puede tener que aprender a aumentar la distancia entre sus ojos y el periódico para poder leer, puesto que sus ojos ya no enfocan como antes lo hacían.

A') La Psicología del Desarrollo, especialmente en lo que es al estudio del desarrollo prenatal e infantil, ya que las dos están interrelacionadas y parecen estar más íntimamente relacionadas que en las demás etapas.

- Alrededor del segundo mes en la estructura del feto puede reconocerse la forma humana; la formación inicial de casi todos los afectos biológicos esenciales del nuevo individuo se efectúa alrededor del tercer mes.

Los " comienzos " aproximados de conducta que se efectúan desde la cuarta hasta la vigésima semana del desarrollo fetal, por lo común se denotan los siguientes:

1.- Alrededor de las cuatro semanas el corazón empieza a latir con una tasa regular.

2.- Alrededor de las ocho semanas los movimientos del tronco y la cabeza son provocados por estimulación táctil.

3.- Alrededor de las doce semanas se observan breves movimientos " __
" espontáneos " de sacudida.

4.- Alrededor de las veinte semanas, ocurre el reflejo de succión y _
algunos movimientos respiratorios.

5.- Alrededor de las veintiocho semanas al momento del nacimiento y _
clases de actividades aumenten una tasa acelerada que explicamos _
en la siguiente tabla (3)

* También se estipulan algunas conductas biológicas y psicológicas _
con cambios anatómicos enumerados en la tabla (2)

EDAD	MOTOR	ADAPTATIVO T A B L A (3)	LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL.
Nacimiento 1 mes	<p>Cuando se le levanta, la cabeza, suelta, cae hacia atrás. Sentado, la cabeza cae hacia adelante.</p> <p>Yace de espaldas con la cabeza hacia un lado. Extiende el brazo del mismo lado, dobla el otro y lo mantiene cerca de la cabeza y el pecho (reflejo tónico del cuello).</p>	<p>Sigue un objeto o una luz.</p>	<p>Rostro impassible. Se queda quieto cuando suena un timbre. Hace pequeños ruidos con la garganta cuando está contento.</p>	<p>Mirada indefinida a lo que lo rodea. Escucha los ruidos. Mira la cara de la mamá cuando le da de comer o le habla.</p>
3 a 4 meses (12 a 16 semanas)	<p>Desaparece la posición tónica del cuello. Yace de espaldas con la cabeza sostenida en la línea media (posición simétrica).</p> <p>Cuando está sobre el abdomen, se levanta sobre los antebrazos y mantiene la cabeza a 45°. A los 4 meses alza de la cuna el pecho y la cabeza, ésta levantada a 90°.</p> <p>Al sentarlo, el cuello no cae hacia atrás más que ligeramente. Con el cuerpo apoyado, yergue la cabeza.</p>	<p>Reconoce el biberón. Junta las manos y se las mira cuando juega. Intenta tomar los objetos, pero no los alcanza o extiende la mano demasiado lejos.</p>	<p>Arrulla. Vocaliza cuando se le habla o está contento. Ríe.</p>	<p>Sonrisa espontánea. Junta las manos y se las mira. Se lleva las manos a la cara cuando juega. Reconoce el biberón.</p>

EDAD	MOTOR	ADAPTATIVO TABLA (3)	LENGUAJE	PERSONAL-SOCIAL
5 a 6 meses (20 a 24 semanas)	Estando sobre el estómago, rueda para yacer de espaldas. Sostenido, no le oscila la cabeza, que mantiene erguida. A las 24 semanas se sienta, apoyado, en una silla. Sostenido de pie, apoya el peso en las piernas.	Extiende la mano y toma objetos. Sostiene el biberón. Se toma los pies. Ase un cubo con la palma.	Ríe, grita cuando juega.	Se mete todo en la boca. Juega con los dedos de los pies y se toma los pies. Acaricia el biberón con las dos manos cuando come. Sonríe y habla a la imagen en el espejo.
7 a 8 meses (28 a 36 semanas)	Estando de espaldas, rueda para quedar sobre el estómago. A las 28 semanas, se sienta apoyándose en las manos. A las 32, se sienta unos momentos sin apoyo. A las 36, se sienta 10 minutos sin apoyo.	Le gusta jugar con papel. Le gusta usar una sola mano. Pasa las cosas de una mano a otra. Toma un cubo mientras sostiene otro.	Sílabas BA, DA, GA. Cuatro o más sonidos diferentes.	Acaricia su imagen en el espejo. Sostiene el biberón. Responde a su nombre.
9 a 10 meses (40 a 44 semanas)	Se sienta bien indefinidamente. Es capaz de ponerse en pie. Cuando está de pie, levanta uno de ellos.	Puede tomar objetos pequeños con un dedo y el pulgar. Apoya el índice en las cosas. Comienza a soltar los objetos. Comienza a meter o sacar objetos de una taza o caja.	Grita para llamar la atención. Dice "Ma-má" y "Pa-pá".	Rodea una taza con la mano. Juega a esconder la cara o el cuerpo. Se muestra tímido, temeroso de los extraños, y se aferra a los conocidos. Quizá no quiera apartarse de la madre.
12 meses (48 a 52 semanas)	Se arrastra a gatas. Camina sostenido de las dos manos, y más tarde de una. Puede mantenerse de pie unos minutos.	Toma objetos pequeños muy exactamente con el pulgar y el índice. Arroja objetos de propósito al suelo. Señala los objetos que quiere.	Dos palabras con significado además de "Ma-má" o "Pa-pá". Imita animales.	Dice adiós con la mano y hace tortitas. Cooperar a vestirse. Extiende un brazo o una pierna. Da los juguetes si se le piden. Bebe en una taza sin ayuda.

EDAD	MOTOR	ADAPTATIVO TABLA (3)	LENGUAJE	PERSONAL, SOCIAL.
15 meses	Camina. Puede ponerse en pie sin ayuda. Sube la escalera gateando.	Construye una torre de dos cubos. Sostiene dos objetos a la vez en la mano. Garrapatea cuando se le enseña. Muestra preferencia por usar una de las dos manos.	Habla. Dos a seis palabras y reconoce más. Vocaliza deseos y necesidades en la misma. Señala los objetos cuando se le pide.	
18 meses	Camina bien. Lleva un juguete o muñeco mientras camina. Se sienta en la silla. Sube la escalera sostenido de una mano. Baja la escalera arrastrándose hacia atrás.	Hace una torre con 3 ó 4 cubos. Imita un trazo de lápiz en el papel.	Come solo. Usa una cuchara, pero es sucio. Imita a la mamá en los quehaceres domésticos.	Bebe sin derramar mucho líquido. Se quita la ropa.
2 años	Sube y baja la escalera sin ayuda, apoyándose en la pared o el barandal. Tira de un juguete con una cuerda. Arroja la pelota.	Bien desarrollado el uso de las manos. Construye una torre de 6 a 10 cubos. Imita un trazo circular. Quita la envoltura de papel del un dulce.	Une dos o tres palabras. Se refiere a sí mismo por su nombre. Se une a los versos para niños y las canciones.	Ayuda a que lo vistan. Memeo sucio al comer. Hace girar el picaporte y abre la puerta. Se lava y se seca las manos.
2½ años	Salta con los dos pies juntos. Puede ponerse de puntillas si se le pide. Patea una pelota.	Construye una torre de 8 cubos. Sostiene un lápiz en la mano en lugar del puño.	Vocabulario de 200 palabras. Usa los pronombres yo, mí, tú. Conoce su nombre y apellido. Dice algunos versos para niños.	Ayuda a guardar las cosas. Juega a los quehaceres de la casa. Ha aprendido a ir al retrete durante el día.

EDAD	MOTOR	ADAPTATIVO	LENGUAJE	PERSONAL-SOCIAL
3 años	Sube la escalera alternando los pies, y la baja con dos pies por peldaño. Maneja un triángulo. Se sostiene sobre un pie unos segundos.	TABLA (3) Copia un círculo. Aparea 2 ó 3 colores. Construye una torre de 9 a 10 cubos. Corta con las tijeras. Construye un puente.	Vocabulario de mil palabras. Da su nombre completo y dice su sexo. Usa plurales y pronombres. Son conmueve el balbuceo y el tartamudeo. Sabe varios versos para niños.	Come y bebe sin ayuda. Se pone los calcetines. Se desatorocha la ropa. Le gusta ayudar a la madre (a poner la mesa, al aseo). A veces comparte las cosas con otros.
4 años	Baja la escalera, un pie por peldaño. Salta en un pie. Arroja una pelota con todo el movimiento del brazo.	Copia una cruz. Aparea cuatro colores correctamente. Dibuja un hombre con dos partes. Cuenta tres objetos.	Vocabulario de 1500 palabras. Da su domicilio y edad. Escucha cuentos y los cuenta. Hace preguntas: ¿quién? ¿por qué?	Se viste sin ayuda. Puede abotonarse la ropa. Se lava y se seca las manos y se cepilla los dientes sin ayuda. Entiende lo que es esperar su turno.
5 años	Salta con pies alternados sin dificultad. Puede estar sobre un pie de 8 a 10 segundos. Baila acompañado por la música.	Copia un cuadrado y un triángulo. Dibuja un hombre con seis partes (cabeza, cara, tronco, brazos y piernas). Nombra cuatro colores.	Vocabulario de 2000 palabras. Da edad y fecha de nacimiento. Nombra cuatro colores. Repite cuatro dígitos. Pregunta lo que quieren decir las palabras.	Independiente y autosuficiente. Se viste y desviste sin ayuda. Se ata los cordones de los zapatos. Usa cuchillo y tenedor.

Desarrollo psicológico del niño

T A B L A (2)

Edad	Actividad	Desarrollo sensorial y lenguaje
1 mes	Vuelve la cabeza a un lado.	Las percepciones del gusto, del olfato, del tacto y de la vista (estímulos luminosos) están presentes desde el nacimiento. El niño emite vagidos.
2 meses	La cabeza está siempre vuelta hacia un lado, se levanta, se balancea.	El niño vocaliza (ah, uh, eh), emite varios sonidos.
3 meses	Levanta la cabeza de la cama; la cabeza se sostiene mejor, el tronco está más rígido.	Sigue los objetos con la mirada (colaboración video-motriz).
4 meses	Prefiere la postura supina, las piernas están más extendidas.	Ríe en alta voz.
5 meses	Alarga las manos, araña el rellano en que está apoyado.	Grita y se agita para recabar la atención.
6 meses	Si se le ayuda permanece sentado, si se le sujeta por los brazos, le gusta saltar.	Al mirarse al espejo sonríe y vocaliza.
7 meses	Se sostiene sentado por sí solo.	Emite algunas sílabas bien definidas; ma, pa, da, ba.
8 meses	Camina gateando.	Emite una serie de sílabas ma-pa, pa-pa.
9 meses	Aferra los objetos y juega sentado; mueve el tronco manteniendo el equilibrio.	Dice "papa", "mama" "tata".
10 meses	Se tiene en pie.	
11 meses	Camina si se le da la mano. El pulgar y el índice de la mano se diferencian en sus funciones.	
12 meses	Se levanta y se agacha por sí solo.	Dice cuatro o cinco palabras: mamá, caca.
15 meses	Anda bien por sí solo.	Dice siete u ocho palabras.
18 meses	Empieza a tirar una pelota.	Pronuncia de ocho a doce palabras.
20 meses	Dan comienzo las primeras tentativas de carreras.	
24 meses	Se orienta en el espacio.	Pronuncia frases comprensibles de sí mismo en tercera persona. A partir del 24º mes empieza a hacer preguntas ¿qué es esto? etc.
36 meses	Se traslada continuamente, come y se lava las manos por sí solo.	Empieza la edad del por qué; el niño habla de sí mismo en primera persona compone frases, conoce su apellido.

Principales manifestaciones de la actividad psíquica	Sucesión cronológica de la actividad psíquica	Edad
Distingue la forma del rostro humano.	Periodo de indiferenciación (narcisismo primario de Freud, reflejos condicionados).	1 mes
Primeras sonrisas ante el rostro humano.	Manifestaciones expresivas. Principio de la etapa emotiva: placer, disgusto determinados "yo" egocéntrico.	2 meses
Sonríe a los familiares, juega con las manos.		3 meses
Trata de aferrar los objetos. Participa activamente en el ambiente que le rodea. Trata de interesar a los demás.	Reacciones de reclamo y reacciones de miedo. Primeros esbozos de conocimiento. Las emociones se apoyan en la sensibilidad orgánica.	4 meses
		5 meses
Distingue los rostros de los familiares de los extraños. Lloro frente a estos.		6 meses
Empieza a agradarle la música. Comienza a saludar con la manita, por imitación.		7 meses
Comprende algunas palabras.	Paso de la actividad perceptiva al movimiento y viceversa (sincronía ojo-mano; integración audio-vocal en el lenguaje). Primeras manifestaciones de angustia frente al extraño.	8 meses
Se lleva las galletas a la boca y se las come.		9 meses
Se alimenta con la cuchara. Empieza a comprender y a obedecer a las prohibiciones y a los mandatos más sencillos. Expresa algunos sentimientos a través de la mímica facial: afecto, celos, ira, miedo, etc. Tiene miedo a las personas desconocidas.	Aparición de la motilidad intencional y dirigida al objeto.	10 meses
		11 meses
Señala con el dedo lo que quiere.	Edad del No.	12 meses
Observa las estampas en los libros. Conoce el nombre de algunas partes de su cuerpo y las señala cuando se le pide.		15 meses
		18 meses
Tiene miedo del ruido y de los animales. Edad del juego.	Búsqueda de una relación con el ambiente (edad del por qué). Descubrimiento de medios nuevos por "invención propia y verdadera." Comienzo a la edad del juego como relación social del "yo". Evolución del juego (juegos funcionales -juegos de exploración-juegos de imitación -juegos de competición -juegos de cooperación).	20 meses
		24 meses
Trata de ser independiente, pero obedece si se logra convencerle. Pide muchas explicaciones. Gusta del cosquileo.		36 meses

B) .- " NEONATO "

Es el término aplicado al lactante inmediatamente después del nacimiento. En esta etapa del desarrollo se forma un período de ajuste y perfeccionamiento de funciones negativamente recientemente adquiridas. Esta es señalada por el deshueso de estructuras tales como, el cordón umbilical y por la recuperación de los daños causados por la asfixia, las infecciones umbilicales, el tetanos, la parálisis obstétrica de las hemorragias ocurridas durante el proceso del nacimiento.

En neonato es considerado como un organismo biológico con características anatómicas y fisiológicas individuales y especiales, que son moderadas por interacciones de la herencia orgánico-físico que empieza interrelaciones de las interacciones del neonato consisten en un sistema unificado de estímulo-respuesta y en los ambientales.

Algunas de estas interacciones son esencialmente biológicas o neurológicas, es decir son en su mayor parte respuestas específicas a estimulaciones especiales aplicadas al cuerpo.

Los aspectos sociales de las experiencias futuras del neonato son de particular influencia, éstas son:

- 1.- Controlan los reforzadores primarios que establecen las condiciones en que se desarrollan los reforzadores adquiridos.

2.- Establecer y mantener las operaciones generadoras de emoción.

3.- Modelar la conducta, modales, costumbres, habilidades motoras, __
verbales y sus logros ó actividades, que serán aceptables.

4.- Establecer la ocasión y en que forma reforzarán la conducta, o se
castigará la misma.

C).- Las transformaciones evolutivas que se tienen lugar durante el primer año de vida, exceden, con mucho, las de cualquier otro período, si se excluyen las del período de gestación.

En un lapso de tiempo el bebé se ha convertido en un individuo complejo, capaz de emociones diversas, de relámpagos de lucidez y de largos y tenaces esfuerzos.

Al año de edad, su personalidad y sus aptitudes diversificadas son el producto de una época de crecimiento en extremo veloz.

Son tan multiformes estas transformaciones mentales, que resulta difícil apreciarlas en su correcta proporción y perspectiva. Aunque su mente rápida en la primera infancia, el proceso evolutivo no difiere de aquellos años ulteriores. Desde un punto de vista el infante, avanza psicológicamente con el mismo paso con que llegará más tarde a la niñez y a la juventud.

Manifiesta, en esencia, el mismo tipo de impulso, la misma selectiva capacidad para servirse de la experiencia y la misma propensión a la abstracción y a la generalización, en su marcha de lo conocido a lo desconocido, de lo familiar a lo nuevo.

Cuando más minuciosamente se examina su conducta, más minuciosamente se examina su conducta, más se ve asemejar ésta, en su dinámica y a las elaboraciones de la mente madura.

El desarrollo de la conducta se vigila en el incesante entretejer de patrones y componentes de los mismos. El organismo está

continuamente haciendo casos nuevos, pero éste " aprende " a hacerlos de una manera conocida, es decir, reincorporando en un nivel superior lo que antes había recibido en otro inferior, La estructura de la mente se va configurando mediante una especie de punta cruzada en espi--
ral. Este proceso se va a reincorporar en el crecimiento mental. Es--
tos métodos de crecimiento en el infante, anticipan y estimulan, de __
de este modo. los años ulteriores.

El infante es un anticipo de su Yo ulterior. Las características del __
crecimiento mental en el niño de la escuela nuserí y el jardín de __
infantes son las de la primera infancia.

El flujo del desarrollo se profundiza con la edad y también en cierto sentido, se hace más lento. A medida que aumenta la edad se requiere __
un lapso más largo para alcanzar un grado de madurez proporcional. El infante necesita doce semanas para pasar el nivel de madurez de 24 se __
manas. Un niño de nuserí necesita doce meses para pasar del nivel de __
2 años al de 3 años.

D) Tres años es una edad deliciosa. Es la primera infancia que caduca y Dos cede a un estado superior. Es la transición no en busca, pero __
se hace evidente en muchas primorosas anticipaciones de madurez, se--
rias para el niño y divertidos para la mayoría de nosotros. Desde un __
punto de vista psicológico, Tres tiene más afinidad con Cuatro que __
Dos. O sea que con Cuatro ya se ha trascendido los infantilismos de __

Dos, que a veces rememora, aunque más bien a manera de revisión que es parte verdadera del carácter.

Comprensión del niño prescolar, en un sentido biológico, el período de la infancia, humana se extiende desde la hora cero del nacimiento hasta mediar la tercera década de vida. A los años prescolares, son años fundamentales y son los primeros en el ciclo de la vida, que, como tales reclaman cierta prioridad en toda planificación social.

El significado social de la edad prescolar, una de cada ocho personas es un niño de edad prescolar. Las condiciones ambientales que rodean a los prescolares en una nación varía enormemente. Ya que muchos de estos niños vienen al mundo sin ninguna protección médica, y no son pocos los que se desarrollan sin vigilancia médica, al cuidado de los padres que no han recibido de la sociedad, ninguna idea de las normas más elementales para la crianza de los niños. En el otro caso externo está, el cambio, el bebé que nace en un Hospital, salvaguardado por una asistencia médica anterior, incluso, a su nacimiento. Este niño privilegiado es alimentado, pesado y bañado; se le saca a tomar sol y aire; se le vacuna y se le examina y se le vuelve a examinar en intervalos prescritos ó períodos. A los 2 años, un automóvil lo conduce diariamente a la escuela. Y a los 5, ingresa a un jardín de infantes progresivo. Entretanto su madre ha sido preparada para atender tanto a su bienestar psíquico como físico.

En zonas rurales y poco pobladas, los niños en edad prescolar se en-

cuentran faltos de alimentación, ropa, vivienda e instrucciones adecuadas. Dichos niños acuden de emergencia a Centros de Salud Rurales, a merced de las donaciones Federales de ayuda. Acuden a escuelas de jardín de infantes, sólo un niño de cada cuatro en edad apropiada, asiste a dicho jardín infantil costado por el Estado.

En la gran mayoría de los casos, las diferencias mencionadas ya están presentes en el nacimiento ó aparecen durante los primeros 5 años de vida. Dentro de ciertos límites, estas diferencias pueden ser prevenidas, y dentro de los límites mucho más amplios, ya que pueden ser mejorados en la infancia y en los primeros años de la niñez. Ya sea que se clasifiquen estos impedimentos como físicos ó mentales, ellos están involucrados en los inevitables, problemas de comprensión y orientación psicológica.

El grave problema de accidentes físicos también demuestra tener su aspecto psicológico. En los accidentes de la calle, pero sobre todo los accidentes de la casa quemaduras, caídas, intoxicaciones, asfixia heridas ocasionadas en el juego que exigen una cuota, desproporcionadamente elevada durante la edad preescolar. La gran parte de estos accidentes tienen su origen en factores psicológicos controlables en padres y niños, y otros muchos en la natural limitación de la inmadurez infantil. He aquí una razón tanto social como personal, para alcanzar una mejor comprensión del niño preescolar.

En la brillante edad preescolar, estas respuestas se hallan profundamente influidas por factores de madurez y rasgos de individualidad. El

examen psicológico formal ha de considerarse, no como una serie de __
Tests, de rendimiento, sino como un eficaz instrumento para liberar __
la conducta significativa que, en todo momento, reclama los mas divers
sificados análisis, más bien registro escueto de exitos y fracasos.

Tales análisis solo pueden ser cumplidos mediante una aplicación deliber
berada de los conceptos y datos evolutivos.

O sea que cada niño posee un modo único de desarrollo, y en la medida
de lo posible, debemos tratar de caracterizar las diferencias indivi-
duales entre los niños de edad preescolar.

De Cinco a Seis años - se refiere principalmente a la calidad de su temperamento, y su carácter ya individual, en esta etapa de mentira y la verdad. Emocionalmente sigue ligado a su madre por lo que obedece dentro de sus posibilidades.

En esta etapa disminuyen sus temores. Ya que les gusta aprender cosas nuevas y se distraen más en sus actividades y les agrada escuchar a los demás ya que se sienten con ciertos privilegios y derechos.

A esta etapa se le denomina del " llorón ", y no se debe insistir con amenazas ó castigos ya que puede ser contraproducente, se debe de tratar de explicar el porque de su conducta correcta.

— A los Seis años mejoran las relaciones con las demás personas, e inclusive suelen ser introvertidos y no les gusta el ruido y ceden el lugar a la calma y aquí es el momento de exigirle más que su razonamiento es más eficiente.

Existe mayor desapego a los padres principalmente a la madre y aprende a comportarse mejor fuera y dentro de casa. Y siente pena que lo regañen e inclusive de llorar y recobra la calma con más facilidad ya que es más reflexivo e inclusive su lenguaje va a ser más amplio, tanto para su escuela como para sus juegos.

Sin embargo aún tiene miedo en determinados sitios o casos riesgosos para él no muy claras. Y empieza a analizar, lo leído a lo contado por los adultos.

__ A los Ocho años existe como una etapa regresiva a los Cuatro años, pero con cierto grado de madurez tanto psicológicamente como físicamente, ya en esta etapa distingue lo bueno de lo malo, y le gusta __ aprender lo interesante para él, le gusta que lo empiecen a tratar como persona adulta, con sugerencias en lugar de órdenes, deja de ser __ un poco dócil, le gusta afrontar sus situaciones y decidir por si solo y cree controlar todo, pero esto debe ser con ayuda de alguien como sus padres ó inclusive por hermanos mayores.

Aquí es esta etapa disminuyen sus temores y sus llantos, e inclusive __ sus arranques de enojo.

__ A los Nueve años, es la etapa de la edad intermedia de la Infancia y la Pubertad.

Le gusta la responsabilidad, que se le proteja, sus temores son menos e inclusive sufre por darse cuenta de sus errores aunque sean mínimos. Aquí es cuando empieza a alejarse gradualmente de sus padres, y prefiere que un adulto le imponga controles ó normas y le gusta escuchar opiniones diversas de adultos, aunque no sean de sus padres. Les agrada a esta edad, los temas de importancia que incluyen principalmente el aprendizaje que por fin lo va a ayudar a ir ó llevarán al día.

Les agrada estar en grupos que vayan al día, pero sin que lo ridiculicen principalmente si lo hacen delante de alguien, o por alguna prótesis e incluso mientras él sea, la excepción dentro del medio en que __ se desenvuelve, siente que los demás compañeros lo pueden ridiculizar para él insoportable para su convivencia diaria, con los demás.

__ A los Diez años se puede considerar su personalidad física y mental, como la entrada a la etapa Pre-adolescente, es cuando él empieza a direr enciar los sexos, ambos niños y niñas se empiezan a interesar por su arreglo personal e incluso con su relación hacia los demás y casi siempre esta alerta a los cambios que sufren los demás con respecto a su medio ambiente e inclusive con su relación para efectuar trabajos con mayor rápidez , su formación de carácter y sus relaciones interpersonales demuestran ya la Pre-adolescencia, principalmente en el sexo femenino y no así en el sexo masculino.

Existe en esta etapa un cambio físico biológico y psicológico que los hace Pre-adolescentes en su desarrollo. Aquí empieza a separarse el sexo femenino del masculino, este es un período de mayor libertad de la sexualidad infantil, la libertad de los impulsos sexuales, con cambios importantes de ser directos a su madre en las niñas, y buscan objetos para identificarse ya sea para amar ó para odiar y buscan niños ó niñas similares a ellos ó a ellas, que les inspiren confianza y fidelidad, surgen descubrimientos relacionados con la esfera sexual pero solo son asuntos de curiosidad intelectual. Les gusta empezar con el arreglo personal como el de los adultos, como son los cosméticos, vestidos etc., e inclusive las actividades de los adultos.

Es muy conveniente encaminar positivamente, todas estas inquietudes propias de su edad, ya que es el inicio a su adolescencia.

E) La adolescencia es uno de los cambios físicos fisiológicos y psicológicos que van asociados a la pubertad, en este momento el adolescente, es cuando se enfrenta a nuestra sociedad de tan variadas demandas en los años que están comprendidos entre una niñez y la edad adulta.

En esta etapa entra un ajuste a la independencia, acompañada simultáneamente del sexo opuesto, la preparación y la orientación y desarrollo de su vocación en un sentido propio del Yo, y fundamentalmente para la vida diaria.

El aspecto físico es muy importante, para ambos sexos, y es preocupación principal en la maduración precoz, ó tardía.

El miedo y el sentido de culpa, el rechazo asociado a nuevos cambios fisiológicos por ejemplo: (la menstruación en el sexo femenino y en el masculino el cambio de su voz).

El adolescente va siendo capaz de generar sistemáticamente sistemas que van a ayudarle, a encontrarse con su Yo, e ir aumentando su capacidad de entender a los demás y el medio ambiente que lo va rodeando en la vida diaria, de su existencia, de tratar de adaptarse ó de mejorar de acuerdo al medio ambiente y sociedad que se va a ir desarrollando.

CAPITULO II

COMPORTAMIENTO DEL NIÑO

Interrelaciones entre el niño en desarrollo y el medio.

Psicología Genética.- Considerando que está interesada en los orígenes y desarrollo natural de la conducta trata de los principios de la herencia y las variedades.

La psicología del desarrollo se especializa en el estudio del curso en las variedades históricas que influyen en la conducta, el afecto de las interrelaciones pasadas sobre las interacciones presentes, la conducta es una función de los eventos de la situación presente y en la historia de interacciones previas la psicología del desarrollo enfoca su atención en la historia de las interacciones previas de un organismo estudiaremos. El Niño y El Medio.

A) EL NIÑO EN DESARROLLO.

El niño en desarrollo puede como un manajo de respuestas interrelacionadas en interacción con estímulos, los estímulos emanan del medio externo y otras de la propia conducta del niño y otras de la estructura y funcionamiento biológico del niño.

El número y tipo de respuestas que un niño es capaz de desplegar en cualquier momento de su vida están determinados por su status, las conductas externas del niño revelan uno u otro proceso mental, tal como desear sentir o pensar ó que muestran el desarrollo e interacciones de las partes de la personalidad: ello, yo y super yo, la conducta del niño formada por partes, motoras, sociales, lingüísticas, emocionales e intelectuales.

La conducta del niño en desarrollo como formada de dos clases básicas de respuestas-respondientes y operantes, las respondientes son aquellas respuestas que son controladas principalmente, fortalecidas o debilitadas por estímulos que las preceden y las operantes son las respuestas que son controladas primordialmente por los estímulos que las siguen, un aspecto importante de la conducta del niño tiene que ver con los estímulos que produce su propia conducta y que son capaces de influenciar su conducta subsecuente, los estímulos producidos por sí mismo provienen fuentes.

Algunos se originan en el funcionamiento de los músculos lisos, el estímulo de la presión de la vejiga conduce la relajación del músculo esfínter otros se inician en la actividad de los músculos estriados finos tal como en el lenguaje los estímulos generados por el niño pueden adquirir propiedades funcionales relacionadas con la propia conducta del niño algunos estímulos pueden evocar ciertos tipos de conducta pueden presentarse después de las respuestas del niño y fortalecer ó debilitar la conducta precedente y otros más pueden ser

vir como una indicación para la conducta posterior del niño.

El niño posee en si mismo la capacidad para producir estímulos __ que pueden afectar su conducta del mismo modo en que lo hacen los estímulos que se originan en el medio externo.

La conducta del niño en desarrollo es considerada como un conjunto de conductas respondientes y operantes interrelacionadas y como una fuente de estímulos que adquieren propiedades funcionales en relación a estas conductas, la conducta del niño proporciona estimulación social a otra gente y que la proporción más alta de los estímulos que __ afectan la conducta del niño se originan fuera de su cuerpo.

B) EL MEDIO DEL DESARROLLO

El concepto del medio de desarrollo.- Elaborando sobre el significado de eventos estímulo específicos y introduciendo una categoría.

ESTIMULOS ESPECIFICOS.

- 1.- Físicos, cosas naturales y cosas hechas por el hombre.
- 2.- Químicos: gases y soluciones que actúan a distancia ó sobre la __ superficie de la piel.
- 3.- Organicistas; la estructura biológica y el funcionamiento fisiológico del organismo por ejemplo la estimulación de los sistemas __ respiratorio, alimenticio, cardiovascular, endocrino, nervioso y muscular, esquelético del cuerpo.
- 4.- Sociales la comparecencia acción e interacción a la gente y de __

los animales ejemplo las madres, padres, hermanos, amigos, empleados, policias ó de uno mismo.

Los estímulos pueden ser analizados en terminos de sus dimensiones ff sicas, un estímulo puede medirse o detectarse con instrumentos de las ciencias ffsicas.

Los eventos ambientales constituidos por eventos estímulos especificos y por eventos disposicionales, funcionan de una manera interrelacionada para causar y controlar la conducta psicológicas.

INTERACCIONES ENTRE EL NIÑO EN DESARROLLO Y EL MEDIO.

Los eventos disposicionales obran reciprocamente con la conducta del organismo desde el momento de la fertilización y continúan haciéndolo sin interrupción hasta la muerte.

La división en etapas de la interacción evolutiva.

- a).- La interacción dentro de cada una de las etapas.
- b).- Las continuidades y discontinuidades de conducta entre las unidades sucesivas.

Los puntos inicial y terminal de las etapas del desarrollo en alguna teoría de la personalidad no es fructífero podemos señalar los puntos inicial y final de cada etapa empleando una mezcla de criterios basada en eventos ambientales, cambio de maduración biológica y manifestaciones de conducta por ejemplo la infancia sería el período que transcurre entre el nacimiento y la aparición del lenguaje verbal, la niñez, el período que incluiría desde el 1er. año en la escuela hasta la aparición de la maduración sexual y la adolescencia el período que tiene lugar desde la madurez sexual hasta la edad de votar, podemos identificar los períodos en términos de los tipos principales de interacciones que se verifican Kantor ha sugerido que después del nacimiento el desarrollo psicológico marcha través de tres fases principales: fundamental, básica y social.

La etapa fundamental empieza en algún momento antes del nacimiento en que el organismo es capaz de conducirse como un sistema unificado unificado y continúa hasta una parte del período llamado comúnmente infancia, este período fundamental se caracteriza principalmente por

movimientos sin coordinación al azar y por conducto exploratoria (ecología)

La última que se inicia después de que los movimientos al azar se han coordinado de algún modo es la primera fase de la conducta.

La Etapa básica empieza al final de la infancia y se proyecta dentro de la niñez se puede describir como el período en el que los contactos con el medio están relativamente libres de limitaciones orgánicas tales como una deficiencia del bagaje personal básico, bajo nivel de energía, necesidad de largas horas de sueño o descanso y cosas semejantes.

La interacción durante este período constituye repertorios característicos del individuo particular. (Personalidad).

El período Social o Cultural principia cuando el niño comienza a tener contactos frecuentes con individuos en grupos aparte de la familia (escuela, iglesia, vecindad y continúa a través de los años adultos.

El niño puede conceptualizarse como un conjunto de interrelaciones de estímulos y respuestas al medio se le concibe como eventos que actúan sobre el niño como algunos estímulos específicos y eventos disposicionales, el niño y su medio interactúan continuamente desde la fertilización hasta la muerte por lo tanto el desarrollo psicológico del niño está constituido de cambios progresivos en las diferentes maneras de interactuar en el medio.

El desarrollo progresivo depende de las oportunidades y las circunstancias en el presente y pasado.

Las circunstancias físicas, químicas, orgánicas y sociales, las influencias de estas pueden analizarse en dimensiones físicas y funcionales.

Hay dos formas básicas en las que las respuestas pueden estar relacionadas con los estímulos, algunas respuestas son controladas por la estimulación consecuente.

c) LA NATURALEZA DE LA CONDUCTA PSICOLÓGICA
PRENATAL.

A partir del momento en que el organismo alcanza cierto grado de movilidad es capaz de estimularse así mismo, los movimientos del tronco y los miembros no solamente causan movimientos del líquido amniótico y estimulación táctil consecuente sino que conducen a estimulación propioceptiva de las regiones vecinas, existen posibilidades de estimulación táctil directa de las partes del cuerpo por las manos y los pies el feto es el útero reacciona con movimientos grueses a los estímulos de sonido de considerable intensidad en los últimos meses de gestación.

D) EL NACIMIENTO ACONTECIMIENTO AMBIENTAL QUE
CONSTITUYE UNA ESPECIE DE SALTO.

El feto es desposeído de su paraíso uterino es liberado de una restricción casi insostenible, nunca se sabrá si el feto considerara su propio nacimiento como una intromisión que perturbe su complacencia ó como un salto largamente esperado, hacia la libertad!

El medio uterino puede analizarse como un conjunto de variables _ que emanan del funcionamiento biológico del feto y del medio físico _ externo que actúa a través del cuerpo de la madre.

El medio externo que está fuera del útero puede considerarse como constituido por condiciones físicas que actúan directamente sobre el organismo como las condiciones sociales especialmente la conducta de los padres y los cuidadores y eventos del funcionamiento biológico _ del individuo.

Consecuencias del nacimiento en el contexto de las posibilidades _ funciones para la conducta del infante.

- 1.- Cambios drásticos que tienen lugar en la interacción biológica.
- 2.- Los cambios en la composición del medio externo.
- 3.- Los probables efectos dañinos que sobre el organismo puede _ tener el proceso del nacimiento.

Cambios en las interacciones biológicas se afirma que el nacimiento trae consigo cambios biológicos drásticos hay cambios de una existencia parasitaria a una existencia independiente.

La existencia parasitaria el feto es dependiente de la madre para la respiración, digestión de la comida y preparación de los materiales nutritivos, funciones excretorias, regulación térmica y protección de estímulos aversivos, durante el nacimiento se terminan todas las _ relaciones circunlaciones con la madre y debe iniciarse la respiración autónoma o el neonato es asfixiaría.

Cambios en la composición de los eventos ambientales.

El nacimiento la cantidad, magnitud y variedad de estímulos que interactúan con los ojos, oídos, nariz, lengua, piel y mecanismos vestibulares están bastante limitados.

Daños causados por acción física.

El proceso del nacimiento puede afectar a la estructura anatómica y el funcionamiento fisiológico del organismo a través de la acción mecánica directa, las presiones durante el parto dan lugar algunas veces a fracturas de los huesos durante el paso por el canal de nacimiento, las consecuencias más comunes son hemorragias, pueden ser ligeras y absorberse rápidamente pueden comprender centros nerviosos y causar la muerte, pueden afectar permanentemente a partes del sistema nervioso con el consecuente deterioro de la función o pueden tener consecuencias transitorias y permanentes en los órganos de los sentidos como el ojo y el oído.

Existe un daño psíquico, un estado de ansiedad primaria del cual provienen todos los estados de ansiedad subsecuentes tienen origen en el parto.

CAPITULO III

TEMA: RELACION DENTO-INFANTIL.

- A) INTRODUCCION DEL NIÑO A LA ODONTOLOGIA.**
- B) REACCIONES Y EXPERIENCIAS ODONTOLÓGICAS.**
- C) DIFERENTES TIPOS DE NIÑOS EN EL CONSULTORIO DENTAL.**
- D) CONSEJOS A LOS PADRES Y COMPORTAMIENTO DEL NIÑO.**

RELACION DENTO-INFANTIL

A) INTRODUCCION DEL NIÑO A LA ODONTOLOGIA.

El odontólogo que se limita a su ejercicio profesional a los niños o el odontólogo general que incluye muchos niños en su consultorio escucha a menudo la pregunta ¿ porque le interesa tanto esta fase de la odontología, además de tratar con los niños ? puesto que son muy vicios.

El afecto por los niños es sumamente importante para manejarlos con éxito en el consultorio dental y ese amor, simpatía por los niños debe de ser evidente en cada momento.

Es de suma importancia que el odontólogo comprenda la conducta del niño solo con la comprensión y conocimiento activo de la conducta infantil, podrá comprender su propia conducta y sus propias reacciones ante los problemas del consultorio dental.

Al estudiar la conducta del niño se captará que el control del niño o su orientación durante su tratamiento odontológico, se desvía con frecuencia del esquema fijo.

Las reacciones del niño diferirán y por consiguiente el enfoque del odontólogo de vez en cuando.

La introducción del niño a la odontología consiste esencialmente en enseñar al niño a encarar una situación nueva y a seguir las instrucciones del odontólogo.

Uno de los objetivos en el manejo exitoso es establecer la comunicación y hacerle sentir que el odontólogo y sus asistentes están interesados por ayudarlo, debemos tratar al niño en forma global y positiva, porque además de la información física que el niño tiene de lo que pasa en su diente que forma parte de su esquema corporal también piensa en su diente, en el dentista y sus procedimientos.

Otro problema fundamental consiste en solucionar el grado de ansiedad que el niño presenta y que depende de lo que ha vivido en su hogar y el medio que lo rodea.

El Odontólogo puede observar diversas reacciones, principalmente una negativa en el paciente muy pequeño ésta puede reaccionar a cualquier procedimiento porque carece de información, es importante que el odontólogo tenga presente que esta reacción y muchas otras son consideradas normales y que son parte del proceso de aprendizaje y no una reacción provocada por él o su personal con esto en debe trabajar con rapidez, suavidad y aún así con firmeza.

B).- REACCIONES Y EXPERIENCIAS ODONTOLÓGICAS.

Debemos tener en cuenta que se presentan por lo menos cuatro reacciones a la experiencia odontológica: Temor, Ansiedad, Resistencia y Timidez.

El niño no siempre demuestra una reacción definida o única, sino que puede darse una combinación de varias de esas reacciones las cuales se deben conocer.

T E M O R

El temor es una de las emociones que con mayor frecuencia se experimentan en la infancia, su afecto sobre el bienestar físico y mental del niño puede ser extremadamente dañino.

El temor en su mayor parte es cultivado en el hogar, tal como los estallidos de amor o rabieta, a los tres años de edad la vida emocional del niño ha quedado establecida y que se puede determinar si el niño se convertirá en una persona feliz de buen carácter, sin embargo los niños parecen tener ciertos temores naturales, tales como los asociados con la inseguridad.

Un segundo tipo de temor es el experimento por los niños mayores, un temor adquirido, desarrollado por imitación de aquellos que temen, la persona que imita puede temer a las tormentas con truenos, la visita al odontólogo ó a la variedad de situaciones que por supuesto éstos presentarán.

Un tercer temor expresado por el niño es el resultado de experiencias desagradables con un animal, un compañerito o quizá un médico o un odontólogo, no debemos suponer que todos los niños temen al consultorio dental, sin embargo quienes tengan esta reacción pueden estar imitando ó haber adquirido el temor como resultado de una experiencia real.

El manejo del niño temeroso en el consultorio, el odontólogo debe primero procurar determinar el grado de temor y los factores que pueden ser responsables de dicho temor, algunos niños llegan preparados a responder con tensión y temor a causa de la manera en que la odontología les fue presentada en su hogar.

También en menor grado el temor al odontólogo puede ser el resultado de una experiencia odontológica traumática, que dejó sensibilizado al niño y desarrollo en él sus propios temores a partir de influencias familiares y sociales.

Incluyen la postergación de la sesión, intentos de razonar con el niño, ridiculizándolo, retarlo o dejar que observe la atención dental de otro niño, ninguno de estos métodos ha tenido gran éxito para resolver el problema.

La mayor parte de los niños llegan al consultorio dental necesitan de algún tipo de tratamiento, ya sea inmediato o preventivo, por lo tanto es práctico postergar el tratamiento.

Puesto que el miedo es controlado por el sistema nervioso autónomo, es posible razonar con el niño realmente asustado y controlar su

temor.

El ridículo o la comparación sólo podrán complicar la vida emocional del niño asustado y por lo general no conduce a un grado satisfactorio de cooperación.

El abordaje más lógico parece ser el reacondicionamiento del niño temeroso, si el niño es realmente temeroso, el abordaje sin apuros del problema rendirá altos dividendos.

La mitad del problema estará resuelto si el odontólogo conversa con el niño y procura enterarse de la causa del temor.

A N S I E D A D.

La ansiedad está relacionada con el temor, se estima que los niños la rabieta, suele ser una reacción que oculta lo que pasa, un estado de ansiedad, cuando este niño se comporta de manera similar en el consultorio dental, el odontólogo deberá decidir si la reacción es de temor o es una rabieta, si el niño está realmente asustado, el odontólogo debe mostrarse comprensivo, pero si en cambio el niño muestra una rabieta, éste puede mostrar autoridad y dominar la situación.

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

La resistencia es una manifestación de ansiedad o inseguridad y de hecho el niño se rebela contra el miedo, por medio de despliegues de rabietas provoca vómitos cuando no desea adaptarse a otra situación puede seguir mojando la cama, intentar no hablar bien o seguir con sus hábitos de juego más infantiles.

El Odontólogo tiene dificultades para comunicarse con este tipo de paciente, el niño se siente lastimado con frecuencia y llora casi por cualquier cosa, aún así debemos de comprender la situación y quitar la

aprensión que presenta.

TIMIDEZ.

La timidez es otra reacción que se observa y en particular en el caso del paciente por primera vez.

El niño tímido necesita pasar por un período de precalentamiento: permitir que sea acompañado de otro paciente bien adaptado, pero mejor será su preparación inmediata antes de la primera visita.

El odontólogo puede preferir que los padres eviten toda preparación previa del niño para la primera visita, en convicción de que él puede relacionar al niño con la odontología de una manera satisfactoria más que los padres.

C).- DIFERENTES TIPOS DE NIÑOS EN EL CONSULTORIO DENTAL.

El Odontopediatra puede encontrarse con más problemas debido al tipo de paciente, por lo que es de suma importancia reconocer el tipo de paciente que se está tratando y los problemas que presenta.

Observando al niño en la sala de espera cuando aguarda su turno y así obtener algunos datos importantes, después de haber analizado el desarrollo psicológico y los diferentes factores que influyen en la vida del niño, vamos a ver el comportamiento de éste ante el odontólogo o sea los tipos de niños que se nos presentan y la actitud más conveniente hacia el niño.

Niño COOPERADOR Y SOCIABLE.

Este tipo de niño es el más grato y fácil de tratar se nota que es falto de problemas y le gusta comunicarse con todos los que le rodean y muestra bastante curiosidad.

Desde el momento en que llega a la sala de recepción su comportamiento es normal, de acuerdo con su edad; al pasarlo a la sala operatoria obedece indicaciones y pregunta al respecto, participa al mostrarle el in

trumento y en nuestras explicaciones. debemos hacer rápido nuestro tratamiento para no molestarlo innecesariamente, ya que si abusamos de ellos se pueden convertir en pacientes problema, lo cual irá en contra de nuestro profesionalismo.

Niño tímido, asustadizo o vergonzoso.

Son varias las causas por las que un niño puede ser así, generalmente poco afecto paterno, excesiva autoridad y ninguna oportunidad de relacionarse con personas fuera del ambiente del hogar, puede tratarse también de un niño psicológicamente inmaduro, generalmente estos niños se esconden detrás de su madre miran al suelo ó a otras partes, cuando les dirigimos la palabra responden a pocas preguntas, no cooperan con nosotros, este tipo de niños son muy frecuentes entre los que no asisten al jardín de niños y no se relacionan con otros niños.

En estos casos debemos lograr que el niño se sienta lo más cómodo posible llamándole por su nombre ó diminutivo, así como hablarle de su pasatiempo favorito para lograr poco a poco su confianza misma que debemos conservar, siendo durante el tiempo que permanezca con nosotros amables y agradables.

Niño consentido.

Es el resultado de excesivos míos de parte de los padres son hiperactivos generalmente, cuando están en la sala de espera se dedican a tocar todo y muchas veces destruir, tras la mirada de la madre que solo disculpan la conducta de éste.

Esos niños nunca se les han establecido normas de conducta no tienen límites, se sienten y se saben únicos para sus padres y suponen que así deben serlo para el resto de las personas, por lo que tampoco sabe poner límite a su temor y angustia y siempre la presentará.

Cuando le toca pasar, se niega y para evitarlo se vale de cosas que dan resultado con sus padres, como llorar, patear, tirarse al suelo,

etc. con lo que espera sea sacado de ahí y no dejarse tratar, ante estas circunstancias al odontólogo debe mantenerse sereno procurando estar a solas con el niño para convencerlo de que debe portarse correctamente hablandole con autoridad, nunca posponer para la siguiente cita el tratamiento que ha empezado, ya que nada se logrará en esta nueva cita.

Si el niño llora y se niega a responder y cooperar, como último recurso nos veremos precisados a sostener firmemente sus manos y pies colocamos nuestra mano sobre la boca y nariz de cinco a diez segundos explicandole claramente y cerca de su oído, que no es agradable para nosotros hacer eso, pero que se repetirá la maniobra si no deja de llorar, debemos informar a sus padres de la situación y de nuestro manejo, aclarando que no piensen que es agresión y pedir su consentimiento retirándose de la sala de operación.

Niño Desafiante o Sobrepotejado.

Es el tipo de niño protegido por el padre y el que desearía al odontólogo cuando trata de examinarlo, responde generalmente a todo con un "No" rotundo, sino también los que lloran pero tampoco contestan a las preguntas que se les hace, son los que además de no abrir la boca nos lo indican diciendo no abrir la boca, no quiero que me hagan nada o no me importa si están malos mis dientes.

En estos casos lo mejor es quedarnos a solas con el niño, en ocasiones se ha recomendado la fuerza, pero este procedimiento no es recomendable, ya que sus resultados son contraproducentes aún cuando de momento son de utilidad, además un procedimiento como este indica falta de conocimientos psicológicos.

Niño Miedoso.

Las diferentes publicaciones que se hacen del odontólogo en revistas

humorísticas y las vías de información incorrectas, no hacen otra cosa más que aumentar la tensión emotiva del niño cuando asista al consultorio, cuando esto se presente se le debe convencer de que no se le causará daño, sino que por el contrario trataremos de quitarle ese malestar por medio de un tratamiento adecuado.

Niño enfermo.

En el niño enfermo su estado físico no nos permite justificar un esfuerzo adicional por lo que debe recibir el tratamiento necesario para calmar el dolor y eliminar cualquier fuente de infección terminando su tratamiento cuando este en condiciones favorables.

Es siempre muy importante el tener presente que todo niño recibe mucha información sobre el tratamiento odontológico y que generalmente es desfavorable, porque la mayoría de la gente teme al tratamiento odontológico, exagerando las molestias soportadas y en esta forma disculpan su miedo, esto al ser escuchado por los pequeños aún cuando comprenden solo parcialmente, les queda grabado el tono emocional de la descripción de los hechos.

Desde luego ocurre también que el niño oye informaciones importantes y relativamente favorables, ya sea por odontólogos, televisión radio, propaganda, aunque comparativamente esta información jamás tendrá el mismo efecto de sugestión que la anterior información desfavorable, si hacemos la división de los factores particulares y determinantes de la actitud del niño ante el cirujano dentista resulta teóricamente los siguientes:

FACTORES FAVORABLES.

- 1.- Medios educativos sobre la salud.
- 2.- Influencias positivas de los padres u otras personas.
- 3'- Buenas experiencias personales en el consultorio.

FACTORES DESAGRADABLES.

- 1.- Haber escuchado experiencias desfavorables.
- 2.- Manifestaciones de rechazo de los padres u otras personas.
- 3.- Experiencias desfavorables propias en el consultorio.

Por medio de la observación y una vez catalogado el compartamiento del niño y los factores reparatorios, tendremos los datos necesarios para comenzar con la preparación psicológica ante el tratamiento odontológico o de su readiestramiento.

D) CONSEJOS A LOS PADRES Y COMPORTAMIENTO DEL NIÑO.

El modelo de comportamiento del niño está regido por la herencia física y mental y a medida que se va desarrollando por el acondicionamiento que recibe al entrar en contacto con el medio, el comportamiento se puede controlar y desarrollar de manera que el niño crezca y llegue a tener una personalidad adecuada para la sociedad en que se encuentre.

Los Cuidados dentales deben o pueden ser una de sus necesidades físicas el que los niños acepten el tratamiento dental de buen agrado o lo rechacen totalmente dependerá de la manera en que han sido condicionados, el condicionamiento emocional de los niños hacia la odontología al igual que hacia otras experiencias que forman en la niñez se forman primordialmente y casa y bajo guía paterna, el condicionar a los niños hacia el dentista y servicios dentales es responsabilidad de los padres.

La Responsabilidad de los padres en la preparación psicológica del niño para el tratamiento dental principalmente en el problema emocional del medio.

El medio es una de las primeras emociones que se experimentan después del nacimiento aunque la respuesta de sobresalto está presente al nacer y puede demostrar antes del nacimiento reacciones reflejas a estímulos.

El lactante no está consciente de la naturaleza del estímulo que produce miedo a medida que va creciendo aumenta su capacidad mental, toma conciencia de los estímulos que le producen miedo y pueden identificarlos individualmente el miedo y la ira son respuestas primitivas que se desarrollan para proteger al individuo contra daños y la destrucción propia, la estimulación emocional se descarga por medio del sistema nervioso autónomo a través del hipotálamo y necesita muy poca integración cortical.

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

Tipos de miedo.

- a).- Temores objetivos
- b).- Temores subjetivos

Los temores objetivos.- son producidos por una estimulación física directa de los órganos sensoriales y generalmente son de origen paterno, son de naturaleza desagradable.

Temores subjetivos.- Son los que están basados en sentimientos y actitudes que han transmitido al niño las personas que lo rodean sin que el niño haya experimentado personalmente, cualquier experiencia que sea nueva o desconocida le producirá miedo hasta que tenga pruebas de que su bienestar no se ve amenazado por ello, el miedo es un intento de ajustarse a una situación que teme sea dolorosa hasta que el niño esté convencido de que no existe razón para asustarse persistirá el miedo, la influencia de los padres es de importancia vital en la actitud del niño, es de gran importancia que los padres informen a sus hijos sobre lo que pueden esperar del consultorio dental, la gran parte de las reacciones dependerán de las capacidades innatas, físicas y mentales del individuo.

Miedo y Crecimiento.

Se puede enseñar a los padres que la edad es una determinante importante del miedo y modifica la eficacia del condicionamiento, los temores de un niño y la manera en que los maneja cambian con la edad, el comportamiento emocional sufre un proceso de maduración que depende del crecimiento total del individuo, es conocido el papel de la madre en

la superación de temores tempranos.

Los primeros temores que el niño asocia con la odontología son los producidos por lo inesperado y lo desconocido cualquier estimulación precipitada o intensa de los órganos sensitivos producen miedo en el niño porque es inesperado el ruido y vibración de la fresa y la presión que se ejerce al usar instrumentos de mano, al preparar cavidades producen miedo en el niño de corta edad, cuando el dolor es intenso teme más al miedo de los procedimientos dentales que al dolor que lo acompaña, el niño de corta edad teme caerse o movimientos súbitos e inesperados, sentir que sin avisarle lo están bajando o inclinando en la silla dental puede causarle miedo, movimientos de la mano rápidos y energéticos también le atemorizan, las luces fuertes especialmente la luz intensa de la unidad operatoria produce miedo si se deja que brille en los ojos del niño.

Cuando el niño llega a la edad escolar la mayoría de los miedos a la odontología que fueron provocados por sugestión o imitación o experiencias desagradables se han vuelto fáciles de manejar.

El niño de siete años de edad puede generalmente resolver sus problemas a los procedimientos operatorios-dentales, porque el odontólogo puede razonar con él y explicarle lo que está realizando.

Los adolescentes, especialmente las jóvenes empiezan a preocuparse por su aspecto, a todas les gustaría ser lo más atractivas posible.

RELACIONES INTERPERSOLES

Las relaciones entre padres e hijos se encuentran entre las principales relaciones interpersonales, en la mayoría de los casos el comportamiento del niño en el consultorio odontológico es un excelente indicador de las actitudes que tienen sus padres hacia él.

Los niños adquieren madurez emocional de sus padres.

El niño en crecimiento y desarrollo aprende a través de ejemplos y si los padres no le proporcionan éstos modelos necesarios pueden adquirir otros menos convenientes por otro lado.

EXTREMOS DEL COMPORTAMIENTO EN LOS PADRES

Protección excesiva, rechazo, ansiedad excesiva e identidad

Comportamiento de los padres en el consultorio odontológico.

Los padres deberán tener confianza total en el odontólogo y confiar a su hijo a su cuidado, cuando el niño es llevado a la sala de tratamiento, los padres no deberán hacer ningún intento por seguirlo o para llevar al niño, a menos que el odontólogo lo indique el padre debe desempeñar un papel pasivo, cuando se le invite a pasar a la sala no deberá hablarle al niño.

INSTRUCCIONES A LOS PADRES.

- 1.- Que no expresen sus miedos personales enfrente del niño.
- 2.- Que nunca utilicen la odontología como amenaza de castigo.
- 3.- Que familiaricen a su hijo con la odontología llevándolo al odontólogo.
- 4.- Que si los padres muestran valor en asuntos odontológicos esto ayudará a dar valor a su hijo.
- 5.- Si hay un ambiente familiar en casa esto tiene gran importancia para formar niños bien centrados porque el niño bien centrado es un paciente dental bueno.
- 6.- No llevar al niño al consultorio dental solamente cuando presente dolor
- 7.- No sobornar a sus hijos para que visiten al odontólogo
- 8.- No vencer el miedo de sus hijos por medio de burlas
- 9.- Los padres son los encargados de corregir las malas impresiones

sobre la atención dental que transmiten personas fuera del núcleo familiar.

- 10.- El padre no debe engañar a su hijo sobre lo que tiene que hacer el odontólogo sobre su tratamiento dental.
- 11.- Los padres deben informar a su hijo que tiene una cita con el odontólogo pero no les deben infundir miedo o desconfianza
- 12.- Los padres deben dejar que el niño tenga la confianza de pasar a la sala de tratamiento solo.
- 13.- Cuando el odontólogo invite a los padres a pasar con su hijo solo_ deberán actuar como espectadores.

CAPITULO IV

TEMA: EL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL.

- A) ASPECTOS DEL DENTISTA, PARA NIÑOS, SU CONSULTORIO Y LA COMUNIDAD QUE LE RODEA.**
- B) MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL.**
- C) LA RESPONSABILIDAD DEL DENTISTA HACIA SU PACIENTE.**
- D) TECNICAS DE REACONDICIONAMIENTO.**
- E) RELACIONES PROFESIONALES.**

CAPITULO IV

TEMA: EL Niño en un Consultorio Dental.

A) ASPECTOS DEL DENTISTA, PARA NIÑOS, SU CONSULTORIO Y LA COMUNIDAD QUE LE RODEA.

En la odontología Infantil, él odontólogo tiene un papel muy importante, ya que es el servicio más necesario, y sin embargo, el más olvidado entre los servicios que prestamos los dentistas.

Esto es de suma importancia ya que casi todo odontólogo tiende a disminuir su valor, ya sea por la ignorancia, o por indiferencia hacia los conceptos más recientes de la odontología actual y las metas finales que se han de lograrse.

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

Todo dentista debemos asumir la responsabilidad de trabajar con niños, debemos prever que la tarea que nos hemos impuesto voluntariamente no nos resultará muy fácil, ya que para practicar una odontología modelo para niños, no es una tarea muy fácil, ya que requerimos de la adquisición y la utilización de amplios conocimientos odontológicos, de los cuales la gran parte es común a los que utilizamos para los adultos, pero la otra parte es única y conveniente solo para los niños.

Todo odontólogo consiente puede hacer un esfuerzo adicional que se requiere casi siempre para dominar dicha práctica para con los niños, ya que se una de las experiencias más satisfactorias que podamos experimentar dentro de la odontología.

La odontología para los niños requiere algo más que conocimientos dentales comunes, puesto que se va a tratar con un organismo en un período de formación. Ya que tan solo en los niños vamos a encontrar este tipo de crecimiento y desarrollo rápidos donde los individuos se encuentran en constantes cambios. Su modelo de desarrollo que es considerado normal para cualquier niño, ya que aún no ha sido fijado y puede sufrir modificaciones.

Un odontopediatra que puede encontrar en posición de alterar el patrón de crecimiento y la resistencia a las enfermedades de los tejidos en dicho paciente, pudiendo producir estructuras bucales más perfectas desde el punto de vista patológico, funcional y estético.

La odontología para niños, trata por lo general de la prevención. Ya que en realidad, no hay ninguna fase importante de este campo que no sea preventivo, en su perspectiva más amplia. Desde este punto de vista, la odontología pediátrica es en verdad un servicio de dedicación, ya que la prevención es siempre la meta final de toda ciencia médica en su totalidad.

El dentista que trabaja con niños tiene tres responsabilidades.

- 1).- Para con su paciente como ya hablamos anteriormente,
- 2).- Para con su comunidad, como hablaremos como siguiente punto y
- 3).- Para consigo mismo. Aquí consideramos la responsabilidad del dentista para consigo mismo, ya que al ser exigentes con nosotros mismos y al igual que en los requisitos fijados por nosotros, serviremos simultáneamente mejor como odontólogos al paciente y a la comunidad.

El manejo en el consultorio, requiere de un adecuado manejo financiero para toda profesión, en este caso en nuestra profesión, o en cualquiera otra empresa. Un odontólogo con personalidad y con habilidad no tiene razón alguna para encontrarse con dificultades en el manejo de su consultorio.

La decoración del consultorio es uno de los muchos factores que hay que tener en cuenta. Al buscar un lugar de tipo práctico que se desee establecer, debemos tomar en cuenta varios factores: El nivel económico y social del área, las facilidades de estacionar los vehículos, transportes públicos, así como acceso fácil a las escuelas y áreas residenciales.

Cuando ya hayamos seleccionado el lugar, debemos considerar el tipo de decoración del consultorio de acuerdo más ó menos a la zona de residencia que se eligiera. Si nos vamos a dedicar enteramente a los niños, el consultorio completo, desde la sala de recepción hasta la sa-

la de tratamiento, puede tener un tema definido. La decoración accesorios que describan por ejemplo situaciones de un circo, oeste, espacio, o inclusive de estaciones del año, de cuna, que nos puede dar un toque cálido y a la vez de fantasía a nuestro consultorio, y esto tiende a _ desvanecer el miedo. Una pecera siempre va a ser una fuente de entretenimiento que puede ser colocada en la sala de recepción, en la del tratamiento, o en un lugar en donde el niño pueda verla. La música apenas audible y relajante en la sala de recepción tiene efectos reconfortantes en los padres, e incluso en el niño, y esto nos ayuda a hacer desaparecer la frialdad que a menudo se siente en una habitación silenciosa.

Si los adultos nos van a llevar a los niños al consultorio dental, debemos tener lecturas adecuadas para ellos, además de las infantiles. Los libros de cocina suelen proporcionar lecturas muy interesantes a _ las madres ocupadas.

Inclusive podemos poner una libreta y un lápiz con la inscripción que diga en la carátula de la libreta.

" Copie una receta y prepare algo nuevo para su hijo o esposo ". De _ manera, le podemos proporcionar a la madre un período de espera productivo mientras, el niño esta en la sala de tratamiento. También podemos utilizar la sala de espera para presentar material sobre la salud dental.

Si nuestro consultorio no lo vamos a dedicar exclusivamente a los niños, debemos reservar para ellos una área en la sala de recepción, _

con alguna de las alusiones que se mencionaron anteriormente.

Nuestro personal Auxiliar debe de estar consciente de las limitaciones de sus horas de trabajo, y cuando sea posible, deberá estar preparado el personal para permitirle dedicarse a tareas que no pueden ser delegadas a otros. Es conveniente seleccionar la persona indicada para tal ayuda adecuada, ya sea un higienista, un ayudante o una secretaria. Es conveniente poner a nuestro ayudante primero a prueba. Ya que aunque un higienista o un ayudante tenga las calificaciones mas elevadas, solo nos servirá si encaja satisfactoriamente en el consultorio. Incluso el personal más competente tenemos que adiestrarlo para hacer las cosas como nos gusta o se requiera en nuestro consultorio. Esto va a adquirir mayor importancia a medida que se nos aumentan los deberes de estos.

Es mucho muy importante en un consultorio de Odontopediatría la utilización y la eficiencia de nuestro ayudante, ya que:

- 1).- Nos disminuye el período de tiempo de la visita dental y esto nos ayuda al manejo del niño.
- 2).- Los estudios de tiempo y movimiento nos muestra que un ayudante hace que disminuya el número necesario de pasos y movimientos, lo que nos va ayudar a reducir el cansancio y
- 3).- Esto nos va a llevar a la práctica con más eficiencia y rapidez,

con los que se nos va a volver más productivo y esto va a ser que aumente nuestros ingresos.

La cantidad de trabajo que se lleve a cabo, va a estar compensado ampliamente con el gasto del sueldo de nuestro ayudante dental.

Para que podamos obtener el máximo rendimiento de este tipo situacional es importante elegir un equipo adecuado y moderno. Uno de ellos son las unidades giratorias que resultan ser más eficaces en un consultorio de niños.

Nuestro paciente va a descansar en posición inclinada, con el acuerdo paralelo al suelo y los pies ligeramente elevados. Los brazos de nuestro ayudante van a permanecer en posición ligeramente superior al pecho del niño, dándole una sensación de seguridad. Como no escupidera disponible, no se puede utilizar la técnica de expectoraciones frecuentes. La saliva la eliminamos por aspiración.

Si vamos a operar en posición sentada, en un taburete giratorio. Nuestro ayudante se tiene que sentar frente a nosotros, para evitar que la unidad le estorbe. Nuestro equipo debe de estar junto a nuestro ayudante. Debemos de montar las piezas de mano de alta y de baja velocidad, en una bandeja que tenemos parcialmente sobre nuestra bandeja en la unidad junto con las jeringas de aspiración de aire y del agua. Si la instrucción es integrada, los instrumentos nos podrán ser entregados cuando los necesitemos.

Es importante que nuestro ayudante tenga al alcance todo lo necesario para un procedimiento determinado, sin que tenga que abandonar su silla. Es conveniente tener un armario portátil junto a él o ella (por ejemplo el amalgamador, materiales, drogas etc.)

En cada operación podemos colocar en una charola lo que vamos a utilizar en dicha intervención. Debemos seleccionar cajones sobre todas las superiores de nuestro armario para colocar ó cubrir las necesidades de una operación.

Nuestro ayudante nos va a servir, para tomar de nuestra mano todos los instrumentos, y a esto se le puede denominar intercambio fluido, sin necesidad de que tengamos que distraer nuestra atención, mientras el ayudante hace los otros procedimientos dentales por ejemplo, la aspiración o utilizar el rociador de agua o aire.

A este concepto se le llama de " Odontología a cuatro manos ", va a implicar que constantemente se van a emplear las manos de nuestro ayudante en el tratamiento del niño.

Esto nos va a ayudar, para evitar el desvío de nuestras manos ó nuestra atención de la tarea que estamos realizando, de esta manera va a disminuir la cantidad de movimientos innecesarios, esto nos va a ayudar a realizar mayor cantidad de trabajo. Esto se está usando en la actualidad en las prácticas modernas de la odontopediatría.

La habitación para la educación sobre salud:

Debemos asignar un espacio en nuestra oficina dental, en donde el niño y sus padres puedan recibir instrucción adecuada sobre los procedimientos preventivos. Aunque esta información la podemos dar en cualquier parte de nuestro consultorio, es muy conveniente tener una habitación aparte, separada de áreas que puedan causar tensión a nuestro paciente. La instrucción de higiene bucal deberá ser totalmente explicada, y los padres procurar que el niño participe totalmente hasta que el niño cepille sus dientes y aprenda a usar el hilo dental adecuadamente, hasta que el niño se le pueda volver una rutina necesaria para él. Esto puede necesitar de nuestra ayuda por medio de la observación de nuestro paciente, que lo pueda realizar esta labor cierto número de veces.

Actualmente existe la ayuda de estuches, para enseñar a los niños e inclusive a sus padres si asisten. Es muy conveniente recomendar a sus padres, el aducar al niño por medio de la supervisión cuando el niño este realizando su cepillado en casa.

También nos podemos ayudar por medio de transparencias, películas, esquemas y modelos de varias fuentes que existen actualmente.

Es conveniente y de gran ayuda un espejo bien iluminado frente al cual puedan practicar los niños e incluso los adultos, y así poco a poco pueden ir perfeccionando su técnica de cepillado y el uso del hilo dental.

La información Previa:

Se recalcará lo suficiente en la importancia de obtener la información completa sobre las características de la identidad del paciente y su Historia Clínica, durante la primera visita al consultorio que por lo general, el niño va a ir en compañía de sus padres.

Es posible que las siguientes visitas las haga el niño solo, y por lo tanto, no nos podría dar la información requerida.

Debemos tener disponibles formularios impresos para poder registrar sus datos, que deben incluir: el nombre completo del paciente y su (apodo), edad, nombre del padre y madre, su dirección y su número telefónico, la persona responsable de nuestros honorarios, su dirección, número de teléfono, ocupación y su entidad para la que esta trabajando. Es conveniente también registrar el nombre de la persona que lo recomienda al paciente, acudir a nuestro consultorio ó a los padres de este. Es muy conveniente enviar una nota de agradecimiento a la persona que lo recomienda.

La Historia Clínica del Paciente:

Para evitarnos dificultades durante el transcurso del tratamiento dental, es esencial obtener un historial Clínico del paciente, lo más completo y significativo posible.

Las principales preguntas que vayamos ha formular las podemos tener ya impresas en formularios especiales, para estos casos. Es conveniente tener un registro completo de la historia del paciente y anotar qué es lo que aqueja principalmente a nuestro paciente. Si este acude de urgencia, debe recibir un tratamiento de naturaleza paleativo o corrector, durante su primera visita.

Nuestra técnica de evaluar al paciente y una historia clínica completa para que nos pueda ayudar en su tratamiento sin riesgo alguno, tanto para él paciente como para nosotros.

Debemos investigar si el niño recibe un examen médico regularmente, el nombre y dirección de su médico tratante. Si él niño a sido recomendado por un pediatra o médico general, es conveniente antes de empezar cualquier tratamiento en caso de tener dudas con respecto a su estado de salud debemos consultar a su médico tratante. Debemos enviarle una carta personal, donde expresemos nuestro agradecimiento.

Es conveniente y de gran ayuda, que averiguemos si el niño teme las visitas dentales y el por qué.

Esta información la podemos obtener de sus padres. Nuestro registro _ debe completarse con la fecha y la firma de la persona que da la información, así como su relación con nuestro paciente.

Exámen Preliminar y Consulta:

Después de que hemos obtenido esta información preliminar, - tomamos el historial al paciente y al padre o la madre e incluso al familiar que lo acompañe, a nuestro paciente lo pasamos al consultorio donde se encuentra nuestra unidad, y a sus familiares los conducimos a la sala de espera. Después de sentar a nuestro paciente en la unidad dental, estudiaremos con cuidado las tarjetas del historial y empesamos a examinar con cuidado y a fondo la cavidad bucal. Hacemos una valoración cuidadosa de la estructura física general del niño. Podemos sugerir al progenitor que esta visita debemos limpiar los dientes, aplicar a estos un fluoruroy dar instrucciones de como cepillarse los dientes. Debemos de tomar una radiografía completa de la boca, así como impresiones para hacer estudios sobre la misma.

Después de que reunamos toda esta información, podemos ir a hacer una valoración más completa de la boca y podemos ya sugerir el plan de tratamiento a seguir, ya que esto nos va a tomar tiempo y estudio, vamos a hacer otra cita para los padres, en la que vamos a presentar el diagnóstico completo del caso, para que ellos sepan qué tipo de problema se presenta y también el costo aproximado del tratamiento. Vamos a tomar en cuenta la capacidad económica de la familia, ya que

podemos sugerir planes alternos de tratamiento.

Al hacer presupuestos, debemos de evitar dar cifras exactas ó, un número determinado de cavidades, si nombramos un número definido, el padre puede decepcionarse más tarde si se encuentra otra cavidad o si necesita procedimientos más complicados de lo que se había pensado al principio.

Nunca debemos discutir honorarios con un niño. Nos vamos a asegurar siempre de que uno de los padres o la persona responsable del pago nos apruebe el presupuesto.

La ayuda audiovisual nos va a ser muy convenientes al presentar el plan del tratamiento a los padres. Con cierta cantidad de modelos diversos, de cuadros y dibujos que nos van a ayudar a esclarecer hechos poco conocidos por ellos.

Recordatorios:

Una de las parte fundamentales de un buen consultorio odontopediátrico va a ser un apropiado sistema de recordatorios. Los padres van a apreciar que se les recuerde.

Otro servicio dental que muy a menudo se descuida es el de los niños retrasados ó con malformaciones, sin embargo, estos niños necesitan cuidados dentales mucho más que otros, a causa de su problema. El niño con paladar hendido o el epiléptico puede ser manejado en el consultorio como el espástico. El niño con parálisis cerebral puede tratarse mejor con anestesia general.

Cualquiera que sea el tipo de programa que considera la comunidad, ya sea preventivo o correctivo, el Odontólogo o el Odontopediátrico deberá dejar que su experiencia y capacidad sean utilizados en la medida que dicte su altruismo.

B).- MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL.

Es agradable observar que la gran mayoría de los niños que llegan al consultorio para trabajos de corrección pueden clasificarse como buenos pacientes. Pero también es cierto que la gran mayoría de los niños llegan al consultorio con algo de aprensión y miedo, pero como muestra la experiencia clínica, se pueden controlar estos temores si los racionalizamos.

Un número relativamente pequeño de niños de cualquier edad, por medio provocado en casa o por actitudes defectuosas de sus padres no se adaptarán fácilmente a la rutina y a las molestias que acompañan a los tratamientos dentales. " Los niños problema son niños con problema ". Tendremos mejor éxito más duraderos al manejar al paciente si se trata de reconocer estos problemas y ajusta su enfoque psicológico de acuerdo con estos conocimientos.

Es muy interesante observar que el comportamiento del niño puede fluctuar en períodos, de tiempo muy pequeños. Puede que a los 2 años el niño coopere y sea bien educado, mientras que a los dos años y medio se vuelva difícil y contradictorio.

A los tres años es amigable y tiene buen dominio de sí mismo, mientras que a los 4 ó 4 años y medio pueden volver atrás en su comportamiento y ser dogmático y difícil de controlar.

El comportamiento poco cooperativo de un niño es el consultorio odontológico está generalmente motivado por deseos de evitar lo desagradable y doloroso y lo que él pueda interpretar como una amenaza para su bienestar, puesto que los niños actúan por impulsos, el miedo al dolor puede manifestarse en conducta desagradable, sin que ésta tenga relación con la razón o con saber que existen pocas razones para asustarse.

A pesar del deseo que tiene el niño de agrader, se le hace imposible ser complaciente en presencia de un miedo insoportable al dolor. A veces nosotros tenemos dificultades para comprender la actitud, a veces es difícil para el niño darse cuenta de su comportamiento, puesto que el miedo proviene de un nivel cerebral inferior que la razón, por eso se comprende que se manifieste con base más emocional que intelectual y por lo tanto no se puede interpretar basándose en la razón tan solo. Aunque el comportamiento del niño parezca poco razonable y no se comprenda bien, es totalmente intencional y no se basa en experiencias subjetivas y objetivas, adquiridas durante la vida entera del niño.

Su lógica se basa totalmente en sus sentimientos, el condicionamiento total del niño registrará su comportamiento emocional en el consultorio dental.

El niño seguirá por esta línea de comportamiento en el consultorio dental de alguna manera que en el pasado le sirvió para liberarse de algo desagradable, si en su casa puede evitar lo desagradable para él con negativismos y ataques de mal genio, tratará de hacer lo mismo en el consultorio dental. Si, cuando reiste con fuerza a sus padres logra que se satisfagan sus deseos, trata de evitar los trabajos dentales del mismo modo. Sin embargo, el comportamiento de un niño puede a veces ser modificado.

Si nosotros hacemos que no le resulten sus ataques emocionales, cambiará su comportamiento, cuando el niño aprenda que en el consultorio no va a lograr con su mala conducta, perderá motivación para seguir comportándose así, ya que no se pueden hacer tratos con un niño de corta edad acerca de su comportamiento, en esta situación, es mejor ser autoridad benévola que darle al niño a elegir sobre su acción.

Es de suma importancia traer al niño al dentista desde temprana edad para que se familiarice con el Doctor y con el miedo al Consultorio Dental, cuando el niño para que se le haga alguna corrección dental su comportamiento dependerá no tan sólo de su condicionamiento anterior, sino también de la capacidad de llenar el dentista de manejarlo, si manejamos al niño adecuadamente, es muy raro que no podamos obtener cooperación.

Mucho va a depender de como impresionaremos al niño y como nos va-

mos a ganar su confianza, cuando hemos establecido una relación, debemos realizar los trabajos correctivos sin retraso.

Los sentimientos de un niño no pueden ser ambivalentes si se encuentra asustado, realmente tiene miedo no puede el niño tener a alguien y a la vez sentir afecto por nosotros. El niño no puede estar enfadado con alguien y sentir cariño por la persona, por lo tanto si tratamos con un niño asustado y temeroso debemos eliminar primero el miedo y tratar de substituirlo por sensaciones agradable y afecto para nosotros, incluso si nosotros sólo queremos eliminar el miedo hasta un punto en que quede algo de escepticismo y reservas, puede que sienta suficiente afecto por nosotros hasta confiar, cuando llegemos a esta etapa podemos decir que la batalla del manejo con el niño casi está ganada.

De preferencia nosotros debemos establecer buenas relaciones con el paciente, antes de separar al niño de su madre, ya quede otra manera el niño sentir que lo estamos forzando a abandonarla. Ya que un niño de corta edad el miedo y el abandono son muy críticos, existen enfoques adecuados al manejo psicológico de los niños en el consultorio dental, no debemos de dar el tratamiento para después ya que esto no nos ayudará en absoluto a eliminar el miedo, por ejemplo en este caso hipotético " Se trae al niño al consultorio cuando es muy joven y necesita que se le hagan algunos trabajos dentales, empieza a llorar a veces con fuerza cuando lo sentamos en el sillón dental, y nosotros desconcertados y sin saber qué hacer en esta situación despedimos al niño y nos excusamos con su madre sugiriéndole que traiga a su hijo cuando sea algo mayor, seis meses después el niño regresa y se repite la escena

con igual patrón de comportamiento" . Ya que los miedos subjetivos en los niños pequeños no disminuyen por voluntad propia, los temores del niño y por consiguiente su comportamiento no superado. Incluso pudo haberse multiplicado el miedo a la Odontología ya que en imaginación muy activa exagera la necesidad de huir.

Posponer situaciones pueden seguir indefinidamente, y esto puede ser funesto para su tratamiento dental, cuando existen dolorosos, el dolor puede causar que se creen auténticas fobias a la Odontología, si nosotros utilizamos un enfoque más positivo durante la primera visita, se evitará un retraso y descuido de sus dientes, en este caso el miedo de nuestro paciente aumenta, con el miedo que tiene a cualquier odontólogo a manejarlo porque el niño piensa previamente que si el Odontólogo no realiza el trabajo, es porque debe haber una razón para retrasarlo.

Cualquier razón no explicada inspira miedo a los niños, no tenemos que esperar que un niño venza actitudes inadecuadas con la edad ya que puede tardar años. Surmiar no es conveniente para después, sí es bueno que el niño venga de visita al consultorio antes de que vaya a empezar su tratamiento puesto que todo niño tiene excesivamente a lo desconocido, ya que se sienten mal preparados y aprensivos para afrontar nuevas situaciones, el visitar a un Odontólogo antes del tratamiento puede hacer que lo desconocido se vuelva más 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,

Aunque una visita preliminar al dentista es valiosa, la continua repetición de procedimientos puede no ser eficaz, a menos que se tenga que realizar algún trabajo dental en alguna de las visitas siguientes.

Muchas actitudes sarcásticas y desdefiosas con el niño, para que por vergüenza se porte bien en el consultorio, no es conveniente aunque muchos de nosotros empleamos el ridículo como medio de manejar la conducta del niño en el consultorio. Es una pérdida de tiempo y tiene poco valor, este método no sólo es inadecuado, sino que lleva consigo peligro cuando se aplica a los niños. El niño que se sienta a la silla dental desea ganar la aprobación de nosotros, sin embargo si el mecanismo del miedo es tan fuerte que la resulta imposible cooperar, su buen juicio pierde toda fuerza y su comportamiento se vuelve indeseable, el ridículo puede producir frustraciones y resentimientos al niño, y de ello puede resultar un aumento de aversión a los Odontólogos y tratamientos dentales.

El producto final del ridículo no es disminución del miedo sino aumento del resentimiento.

A los niños que no les gusta ser diferentes y desean conformarse a patrones sociales, hacen las cosas que hacen otros niños, aman participar en competiciones, si se permite ver que el niño observe como se realizan trabajos dentales en otros, le servirá de reto, observar a un hermano mayor a uno de sus padres en la silla dental le dará más confianza que observar a un extraño, pero como se ha observado que es poco eficaz este sistema en niños menores de tres años, si el niño ve que se realiza el trabajo sin dolor evidente y frecuentemente querrá e incluso deseará intensamente que realicen en él los mismos procedi-

mientos, muy a menudo saltará de la silla sin que se lo hayan pedido, en este estusismo existen peligros.

Si no observa expresiones de molestia en la persona que le presidió, pero puede descubrir con sorpresa que a él le están haciendo daño, puede que su entusiasmo se convierta en desilución y tal vez pierda completamente la confianza en nosotros, es difícil volver a ganar la confianza de un niño afectado de esta manera si el procedimiento tiene que producir dolores, aunque sean mínimos es mejor prevenir al niño y conservar su confianza, que dejarle creer que ha sido engañado.

Tratar de convencer verbalmente al niño para que pierda su miedo, sin darle evidencias concretas de porqué no es muy eficaz; puesto que los temores de desarrollan a nivel emocional, las llamadas verbales a nivel intelectual son generalmente ineficaces cuando el niño esté en contacto con la situación que produce miedo, la ayuda verbal es inútil, decirle al niño que no debe sentirse como se siente, indica carencia de conocimientos sobre problemas emocionales, porque el niño no puede evitar sentirse así. En situaciones atemorizantes el deseo de huir domina la razón y las seguridades verbales caen en oídos sordos, no hay que gastar energía diciendo a nuestros pacientes que no deben tener miedo sin darle primero razones para creerse.

C) LA RESPONSABILIDAD DEL DENTISTA HACIA SU PACIENTE

La responsabilidad de todo Odontólogo hacia su paciente requiere que sepamos usar un buen juicio al placer de llevar a cabo cualquier tratamiento.

El ejercicio de nuestro servicio debe realizarse con lo máximo de nuestra capacidad, y siempre debemos cobrar un honorario justo por ello.

Uno de los principales requisitos del manejo satisfactorio del consultorio es el manejo de nuestro paciente, y para cumplir con nuestra responsabilidad hacia nuestro paciente, cada odontólogo debemos ser capaces de manejar bien tanto a un adulto como a un niño.

La falta de capacidad para manejarlos nos puede frustrar todo el intento de realizar Odontología de gran calidad.

Debemos dar énfasis a la prevención, lo que va a requerir no solo del conocimiento de técnicas preventivas, sino también el conocimiento científico y psicológico, para saber con qué tipo de paciente estamos tratando y como lo vamos a tratar.

Un dentista competente debe ser capaz de contestar inteligentemente las preguntas de sus pacientes y sus padres, con conocimiento correctos y de modo que ellos los entiendan.

Tanto en la Odontología Adulta, pero más en la infancil vamos a requerir el uso de ayuda para diagnosticar, así como una interpretación correcta de los resultados en situaciones como lo puede ser una urgencia o un problema rutinario.

Si todos los dentistas podemos llevar a la práctica todos los principios que hemos mencionado, quiere decir que estamos bien encaminados en el cumplimiento de nuestra responsabilidad, con nuestros pacientes. Además de esto, debemos transmitir a nuestros pacientes el valor de __ cuidados dentales adecuados.

Debemos convencer al adulto de que los cuidados dentales adecuados en la niñez son una inversión para la salud futura de sus hijos.

Una buena Odontología no empieza en una silla dental, va a empezar con la higiene bucal adecuada, una dieta sensata con restricciones de __ carbohidratos, la participación en los esfuerzos de la comunidad para __ fluorizar el agua, con el establecimiento de programas dentales para __ los indiferentes.

El impacto en el público es tan necesario como el esfuerzo que __ hacemos en la silla dental a diario. En otras palabras la odontología in fantil afecta a la educación y servicio.

D) TECNICAS DE REACONDICIONAMIENTO:

A través del reacondicionamiento realizado con la guía de nosotros, el niño aprende a aceptar los procedimientos odontológicos y a gozar de ellos. Pierde su miedo a la odontología, porque aprende que lo desconocido no representa un peligro para su seguridad. Con simpatía y tacto se establece la relación, y los procedimientos operatorios se vuelven interludios agradables esperados con placer por el dentista y por el niño.

Este método es de gran éxito, en este tema las técnicas empleadas para reacondicionamiento las actitudes del niño, hacia la odontología.

El primer paso en el reacondicionamiento es sobre si el niño teme excesivamente la odontología y por qué. Esto se puede descubrir preguntando a los padres acerca de sus sentimientos personales hacia la odontología, viendo sus actitudes y observando al niño de cerca. Cuando ya se conoce la causa del miedo, controlarlo se vuelve un procedimiento mucho más sencillo.

El siguiente paso a seguir es familiarizar al niño con la sala de tratamiento dental y con todo su equipo sin que produzca alarma excesiva.

Por este medio se gana la confianza del niño y el miedo se vuelve en curiosidad y cooperación. Podemos acercarnos la mayoría de los niños si se despierta su curiosidad. A todos les encanta los instrumentos nuevos. Ya que cualquier equipo ó mecanismo les interesa y los llena de gozo. Y ¿qué mejor lugar que la sala de tratamiento para encontrar instrumentos que estimulan el interés del niño ?

Con este método puede disminuirse el miedo permitiendo y alentando al niño sutilmente para que pruebe cada pieza del equipo. Nosotros debemos explicar cómo funciona cada pieza de manera que el niño se familiarice con los sonidos y acciones de cada accesorio. Podemos hacer rodar el motor sobre sus uñas, para que pueda sentir la inofenidad de una copa pulidora de caucho. Podemos hacerles demostración con la jeringa de aire, y después, como por descuido, se deja en el regazo del niño para que la pruebe. Se le explica el control a pie del motor, de manera que el niño sepa que la fresa no está descontrolada, sino que, cuando sea necesario, puede ser detenida en cualquier momento. Después de familiarizar al paciente con el equipo, la siguiente meta será ganar completamente su confianza. Si se eligen con cuidado las palabras e ideas de la conversación, podemos llegar a comprendernos sin perder mucho tiempo.

Al establecer esta confianza, nosotros debemos transmitir al niño que simpatizamos con sus problemas y los conocemos.

Cuando ya hemos establecido la relación, la conversación deberá alejarse de problemas emocionales y dirigirse a objetos familiares al niño. Hablemos de amigos, de animales o de la escuela. Le debemos contar lo triste que estamos porque su perro no puede acompañarlo diariamente al consultorio. Si el niño ama a los perros, pronto florecerá entre nosotros una comprensión compasiva. Si el niño tiene problemas con alguna asignatura de la escuela, debemos observar que también nosotros pasamos ese tema tan difícil.

Podemos explicar que podemos comprender su problema porque también los tuvimos cuando íbamos como él a la escuela.

De esta manera, empezará a haber comprensión y confianza.

Nosotros tenemos que humanizar las relaciones con los niños.

No podemos salir de la escena y seguir siendo su amigo.

Llegado el momento de esbozar el tema del tratamiento dental. Nosotros podemos observar que cuando eramos niños tuvimos que ir al dentista porque era necesario. " Componer " los dientes. Y que descubrimos que la mejor manera de hacerlo es, por lo general saber cuál era la manera más fácil a menos que el dentista se lo dijera. En este momento, el niño generalmente está receptivo para su primera adocctrinación de su tratamiento dental.

En la primera visita debemos realizar solo procedimientos menores e in doloros. Se obtiene la historia. Se le instruye sobre el cepillado de dientes. Se le informa al paciente que van a cepillarle los dientes con la copita de caucho con la que jugó antes. Se limpian los dientes y se los recubrimos de fluoruro. Podemos tomar radiografías. Se le permitimos al niño que tocara y sintiera el motor, no deberá haber grandes dificultades.

Podemos explicar que la unidad de rayos X es como una enorme cámara fotográfica, y la película el lugar donde aparecerá la fotografía. Para que cuando el niño vea las radiografías reveladas, se sienta orgulloso de los que con su ayuda se logró.

Es buena táctica pasar de operaciones más sencillas a las más complejas, a menos que sea necesario tratamiento de urgencia. Nosotros podemos trabajar con el padre o la madre en la sala de operaciones. o podemos pedir que no este en ella, según se prefiera.

Generalmente, se invita a los padres en la primera visita a que pasen a la sala de operaciones para comprender el papel tan importante que tienen en la adquisición de hábitos de higiene de su hijo y de conocimientos de control dietético para prevenir enfermedades dentales. Se puede demostrar en este momento cómo se tiñen los dientes con critrosina y otros agentes reveladores de placa antes y después del cepillado. Se le podrá dar al niño y a sus padres un período de adoctrinación más extenso si se dispone a este efecto una sala de educación con ayudas visuales y material de lectura.

Desafortunadamente, cuando los niños llegan a nosotros la gran mayoría llegan al consultorio dental para su primera visita sufriendo dolores y con necesidad de tratamiento más extenso. En esta situación, como en todas las demás, la veracidad de nosotros es esencial. La franqueza y la honestidad serán rentables con los niños. Al niño le debemos de decir de manera natural, que a veces lo que hay que realizarle le va a producir algo de dolor. También le podemos explicar que si nos avisa cuando le duela demasiado, nosotros pararemos de inmediato, o lo arreglaremos de manera que no le duela tanto, o que lo haremos con más cuidado o más suavidad.

Esta sinceridad debe de permanecer constante a través de todas las visitas dentales futuras, y debemos recordarle esto al niño antes de cada operación dental.

Si manejamos niños demasiado pequeños para que puedan comprender explicaciones difíciles, debemos intentar llegar a relacionarnos con ellos

por medio de conversaciones sobre abjetos o acontecimientos de la experiencia personal del niño. Debemos hablarle con voz agradable y natural.

También mostrar una actitud natural y comprensiva. Sin embargo, es posible que tengamos que trabajar con el niño llorando.

A veces, los niños de edad preescolar gritan con fuerza y largamente en la silla dental. Es muy difícil hacerse comprender cuando el niño grita continuamente. La amenaza de sacar a los padres fuera de la sala puede ser suficiente para que se calle. En otros casos, puede dar resultado y dar tiempo al niño para que se desahogue. Sin embargo, nosotros experimentamos ciertos casos, cuando la actitud de los padres ha inducido miedos indebidos, en los que estos métodos no sirven y el niño gradualmente va llegando a la histeria. En ese momento, hay que usar medios físicos para calmar al paciente lo suficiente para que pueda escuchar lo que usted tiene que decirle.

La manera más sencilla de hacer esto es colocar suavemente la mano sobre la boca del niño., indicando que esto no es un castigo, sino un medio para que el niño oiga lo que uno le va a decir. No debemos bloquear la respiración bucal. Mientras que el niño llora, debemos hablarle al oído con voz normal y suave, diciéndole que le quitaremos la mano cuando pare de gritar. No debe haber malicia en nuestra voz. Puede ser que la admonición surta efecto, aunque creamos que el paciente no nos oye. Cuando ha dejado de llorar, debemos quitar la mano y hablar con el niño sobre alguna experiencia sin relación alguna con la odontología. Es sorprendente lo eficaz que esto puede ser y cómo estos niños se vuelven pacientes ideales.

No debemos guardar resentimiento ya que ellos se dan cuenta de que lo que hicimos fué para su propio bien. Generalmente, se convierten en los pacientes más cooperadores, e incluso en sus amigos. Colocar la mano sobre la boca del paciente es medida extrema y solo lo debemos hacer, cuando no se pueda controlar al niño, y como último recurso en un paciente ya histérico, cuando nos hayan fallado todos los demás medios. Puede ser necesario usar esta técnica con niños demasiado mimados.

Estos procedimientos disciplinarios como este pueden requerir mucho tiempo. Nosotros muchas veces no tenemos mucho tiempo para adiestrar a los niños. Si utilizamos una hora para adiestrar al niño a ser buen paciente nos va a asegurar que ese niño será paciente nuestro para toda la vida, y a la larga esa hora nos será o resultará muy productiva. La paciencia y consideración ayudan enormemente a establecer nuestro consultorio.

ASPECTOS DEL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO:

Como es probable que el niño entre al consultorio con miedo, nuestro primer objetivo que debemos alcanzar como odontólogos será infundir confianza al niño, y hacer que se dé cuenta de que no es el único que pasa por esa experiencia.

Si la práctica no está limitada a los niños, una manera eficaz de inspirar esta sensación es hacer que la sala de espera sea similar en varios aspectos al medio familiar.

Hay que hacerla más cómoda y cálida y que dé la sensación de que los niños frecuentemente visitan ese lugar, de manera que no les resulte desconocido. Al hacer esto, superará gran parte de las sospechas que siente cada niño. Una de las maneras más sencillas de lograr esto es apartar un rincón de la sala de espera especialmente para ellos. Es conveniente tener disponibles sillas y mesas de niños donde puedan sentarse y leer.

Debemos tener a la mano una pequeña biblioteca con libros para niños de todas las edades. Existen muy buenas revistas infantiles; como uno de los detalles importantes es colocar una lámpara pequeña en la mesa con una pantalla interesante. También se pueden conservar en la sala algunos juguetes sencillos y resistentes para los muy pequeños. Un tocadiscos o una grabadora con sistema de amplificación que dará consuelo a los niños asustados. Las tarjetas que usamos para recordar la visita a las de notificaciones deberán ser atractivas, para que el niño sienta que le son enviadas a él.

Un dibujo de algún personaje de cuentos en la tarjeta ayudará en este sentido.

debemos sugerir a la madre de nuestro paciente que tenga un hermano de 2 años de edad, que haga cita ahora para el futuro próximo ya que ahora es el momento para inspección bucal, instrucción en higiene bucal, profilaxia a aplicaciones tópicas de solución de fluoruro en los dientes. Cuando tratemos con los padres, recalquemos la necesidad de que halle contactos tempranos con el dentista, y el valor que tienen los servicios dentales para preservar los dientes del niño.

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

tratar de evitar que los niños pacientes vean sangre o a adultos con dolores. Las personas con ojos enrojecidos de llorar o perturbadas emocionalmente enervarán a los niños.

Evitar que los niños vean a estos pacientes, debemos procurar que salgan por otra puerta o programar todas las visitas infantiles tengan un mismo horario diariamente.

PERSONALIDAD DEL ODONTÓLOGO Y SU AYUDA AUXILIAR:

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

Los niños son muy sensibles a emociones ocultas, e identificarán cual

quier falta de entusiasmo hacia pacientes infantiles, y esto les desalentará aún mas. Si nosotros nos vamos a dedicar a atender pacientes infantiles, debemos asegurarnos de tener los suficientes conocimientos para manejar a niños sin producirles traumas. Nosotros debemos asegurarnos de que nuestro personal que empleemos ame a los niños y que los trate bien, y que sepa como manejarlos si los auxiliares tratan de forma inadecuada al niño, las oportunidades de éxito que tenemos como odontólogos disminuyen enormemente.

Nosotros debemos recibir al niño en la sala de espera el día de su primer visita, ya que es de gran ayuda.

Cuando tratamos por primera vez a un niño infantil, siempre lo debemos llamar por su nombre de pila. Si no lo sabemos, debemos preguntarlo. Nunca debemos llamar "muchachito" u otro nombre poco familiar. Cuando sea posible, debemos dirigir la conversación hacia el niño. Cuando hagamos su historia clínica, debemos preguntar en cuando algo para que el niño nos conteste.

Si forzamos al niño a permanecer callado en una conversación que no le interesa, pensará naturalmente en lo que le va a pasar en la silla dental. Si el niño no ha tenido experiencias dentales, lo que le va a pasar puede resultarle siniestro. El trato con el niño deberá hacerse de manera normal y familiar.

No demostrar nunca exceso de entusiasmo ni demasiada insistencia. No debemos darle nunca la mano a la fuerza ni saludarlo con voz demasiado elevada. Debemos tratar al niño con confianza en la voz y en los actos, pero de manera natural y cálida. Debemos recordar que los niños temen a las caras desconocidas, especialmente si parecen surgir

de repente.

Actitudes y voces amistosas y naturales dan mucha seguridad, ya que no sugieren nada desagradable en el futuro.

A menudo, un niño de muy corta edad se negará a ir con nosotros a la sala de tratamiento y por lo tanto se aserrará al brazo de su madre.

Si no lo podemos convencer con palabras, nos debemos acercar al niño de manera amistosa y rodearlo con los brazos como si fuéramos a abrazarlo. De esta manera vamos a tener control del niño y se le puede recoger y llevar a la sala de tratamiento sin temor a que sus pies o manos dañen a nadie.

Debemos hacer sentir al niño que nosotros tenemos la suficiente fuerza para llevarlo y protegerlo, pero no lo suficiente para herirlo. Cuando tenemos en la sala de tratamiento podemos tratarlo de la manera que antes describimos.

Si nosotros tenemos confianza en sí mismos, es seguro que algo de este sentimiento se transmita a nuestro paciente.

Si nosotros no tenemos seguridad, se reflejará en el comportamiento del niño. No existe en el manejo del niño fórmulas misteriosas o secretos para entablar contacto. El manejo correcto se basa en los conocimientos, sentido común y la experiencia.

MOMENTO Y DURACION DE LA VISITA:

Cuando se trata a niños, es muy importante la hora y duración de la visita. Ambas pueden afectar el comportamiento del niño. Cuando nos sea

posible, los niños no deben permanecer en la silla más de media hora. Ya que si la visita tarda más, los niños pueden volverse menos cooperadores al final. Los pacientes muy cooperadores, si se cansan con visitas demasiado largas, pueden llegar a un punto de saturación en el que empiecen a llorar. Una vez que el niño pierde su compostura, por muy tranquilo y deseoso de cooperar que esté, difícilmente podrá volver a hacerlo.

También la hora de la visita del niño tiene relación con un comportamiento.

En estudios recientes han indicado que ni la hora ni la duración tienen importancia crítica en el comportamiento del niño. Sin embargo, no deben darse horas de visita a los niños que todavía no van a la escuela durante el período normalmente dedicado a la siesta. Los niños que vienen a la hora de la siesta están generalmente adormilados, irritables y son difíciles de manejar.

Lloran con facilidad y tienen reducidas sus capacidades de soportar molestias. Un niño que niega totalmente su cooperación cuando viene a la hora de su siesta, y puede cambiar radicalmente su actitud si se trae a otra hora. Es muy conveniente que cuando los padres llaman pidiendo una cita, se especifique la hora de siesta del niño o no se le dé cita a esa hora.

Los niños no deben ser traídos con nosotros poco tiempo después de una experiencia emocional seria, como puede ser el nacimiento de un hermanito ó hermanita, o la muerte de alguien cercano a ellos. El niño está experimentando en este momento traumas emocionales, y la visita con nosotros solo le añadiría más ansiedades y desconcierto.

En estos momentos, sería muy difícil lograr la cooperación, ya que nos podemos encontrar con dificultades emocionales.

LA CONVERSACION DEL DENTISTA:

Cuando hablamos con los niños, debemos de ponernos a su mismo nivel en posición y conversación, en palabras e ideas. Ya que no tiene ningún valor usar palabras demasiado difíciles que el niño no pueda entender o comprender.

El que hablemos demasiado puede confundir al niño, y le producirá desconfianza y aprensión, como cualquier cosa que no comprende. Debemos utilizar palabras sencillas y cotidianas que usen los niños de la edad de nuestro paciente. A la hora que seleccionamos temas de conversación, debemos elegir temas y situaciones que le sean familiares. Si por ejemplo hablamos de fútbol con un niño pequeño, no debemos discutir las reglas complicadas del juego, sino únicamente hablar de las experiencias personales del niño en el campo de juego. Debemos dejar que el niño lleve la conversación. Si el niño es muy pequeño, es conveniente añadir algo de fantasía para dar más interés.

También debemos evitar hablar a los niños como si fueran más pequeños de lo que en realidad son.

Esto para ellos es una ofensa mayor que si les hablamos como si fueran mayores. No debemos utilizar palabras de bebé con niños de 4 ó 5 años. Los niños se sienten alagados si los adultos les consideramos como mayores, de lo que son. Debemos hablarles como si fueran ligeramente mayores. Nunca subestimar la inteligencia del niño. A casi todos les gust

ta que nosotros de algo que les resulte interesante, Debemos alejar _ de sus mentes los procedimientos dentales, ya que están interesados en lo que se está diciendo.

Siempre que estemos trabajando con un niño, no le debemos preguntar lo que requiere respuestas si tenemos y algunos instrumentos en su boca.

Ya que los niños tienden a utilizar su pregunta como excusa para interrumpir por unos cuantos minutos su tratamiento.

Hay adultos que prefieren silencio cuando se está trabajando en ellos.

Sin embargo, a la mayoría de los niños les gusta oír hablarnos. Se ___ sienten menos ignorados y olvidados.

A veces, en tono monótono y repetición constante inducirán a un niño _ temeroso a someterse a inyecciones si no cambiamos tono de voz al pasar de un monólogo sobre algo interesante al proceso de la inyección. La _ técnica tendrá especial éxito si se continúa el tono monótono cuando _ administramos la inyección. Si los niños hacen preguntas, tratemos de responderlas con la mayor exactitud posible.

Sin embargo no hay que dejar que los niños usen las preguntas como técnica dilatoria.

CONOCIMIENTO DEL PACIENTE.

Es muy buena política conocer al paciente infantil antes de que llegue a la silla dental.

Cuando sus padres llaman por primera vez para pedir cita, podemos obtener información sobre el niño. Debemos preguntar a los padres cuánto _ sabe el niño sobre dentistas y procedimientos dentales.

¿ Teme el niño venir al dentista ? ¿ Es nervioso ? ¿ Se lleva bien con adultos ? ¿ ha estado en el Hospital ? ¿ tiene miedo a su médico ? ____ hacer estas preguntas nos pueden dar idea del comportamiento futuro ____ del niño. Podemos aprender mucho sobre el comportamiento emocional del niño observándolo en la sala de recepción. Si está sentado en el regazo de su madre o abrazado a ella, se le pueden anticipar dificultades en el primer encuentro. Sin embargo si el niño se siente solo y lee un libro o juega alejado de su madre, si podemos suponer que es emocionalmente maduro y está bien centrado para recibir tratamiento odontológico.

En la primera visita, podemos obtener información completa de la historia. En esta etapa podemos conocer también a la familia del niño. Con estos conocimientos sobre nuestro paciente se puede prever su reacción al tratamiento dental. El manejo de nuestro paciente resulta mucho más sencillo si podemos predecir, aunque sea remotamente, cómo va a reaccionar cuando lo empecemos a tratar. Conocer a nuestro paciente significa ya media victoria. Saber cómo actúa nos guiará a su manejo. Y esto nos es valioso para poder proceder con su tratamiento.

ATENCIONES AL PACIENTE:

Cada niño debe recibir la atención completa de nosotros.

Siempre debemos de tratar al niño como si fuera el único paciente que vamos en ese día. Nunca debemos de dejar a nuestro paciente muy pequeño sentado solo en la silla, ya que sus temores, aún no disipados por completo, pueden agravarse. Si tenemos que abandonar la sala de operaciones,

aunque sea por un minuto, debemos asegurarnos de que está presente ___ nuestro ayudante. Sin embargo si vemos que el niño está claramente ___ atemorizado, es mejor que nosotros no abandonemos en absoluto la sala. También es mala política transferir al paciente infantil de una sala a otra para realizar otro tipo de tratamiento, como puede ser la cirugía. Esto presentará una situación nueva al niño y causará ansiedad. Si nos es posible, realicemos todo el trabajo necesario al niño en la misma ___ sala.

HABILIDAD Y RAPIDEZ DEL DENTISTA:

Nosotros debemos realizar nuestros deberes con destreza, rapidez y mínimo de dolor. Nuestro ayudante es muy conveniente cuando se trabaja ___ con niños. Puede ser muy valioso para ayudarnos a controlar al niño, y para facilitarnos los procedimientos operatorios.

Quando hacemos trabajos operatorios, la manera correcta es generalmente la más sencilla y fácil. Esto no implica técnicas descuidadas o ___ trabajo de calidad inferior. Sin embargo es posible hacer que las técnicas operatorias vayan bien. Si arreglamos los instrumentos adecuadamente, no será necesario buscarlos y perder tiempo cuando ya hemos empezado la operación.

Un niño puede ver claramente cuando hay ineficiencia de nuestra parte, aun después de pocas visitas al consultorio. Los niños son más observadores que los adultos, tal vez porque son más inquisitivos y se interesan por lo que les rodea. Pronto sabrán que nosotros somos poco eficientes, y esto nos perderá la confianza. Debemos trabajar suave y cuidadosamente y no perder el tiempo en movimientos innecesarios.

El niño puede soportar molestias si sabe que pronto acabaremos.

Podemos sacar partido de nuestros conocimientos, ya que es sorprendente la cantidad de movimientos innecesarios que se realizan en el transcurso de un día de trabajo.

USO DE PALABRAS QUE INSPIRAN MIEDO:

Nosotros debemos evitar utilizar palabras que inspiren miedo al niño.

Muchos de los temores sugestivos no los produce el procedimiento en sí, sino el significado atemorizante de alguna palabra. Algunos niños se estremecerán de miedo al oír palabras como " aguja " o " fresa ", y sin embargo, no se oponen demasiado a la experiencia si se llama de otra manera al procedimiento.

Cuando tratemos con niños debemos evitar engaños, pero cuando sea posible, debemos usar palabras que no despierten miedo, palabras que ellos conocen diariamente. La substitución exacta de palabras deberán guiarse por la edad del paciente.

Cada uno de nosotros podemos utilizar la selección que prefieramos. En vez de palabras como " inyección ". " aguja ", " pincho " podríamos decir " Vamos a poner algo en tus encías que se sentirá como el piquete de un mosquito ". A todos los niños les pican los mosquitos. Saben que los piquetes de mosquito son molestos, pero el dolor no es suficientemente grande o duradero para producir ansiedades definidas, En vez de la palabra " fresa ", que para un niño significa hacer hoyos en su diente, podemos decirle que vamos a cepillar sus dientes malos y sacarlos de sus dientes. Al mismo tiempo, hagamos correr sobre la uña del niño una broca de cono invertido, explicando que la broca es llena, y

no puede prenetar en el diente. De este modo nosotros, hemos informado al niño de lo que le vamos a hacer sin que se produzca miedo. Si nosotros consideramos que se va a infligir un dolor considerable, podemos explicárselo de la manera que mencionamos anteriormente cuando tratamos a un niño. es siempre buena política informarles de lo que se les va hacer, pero evitándo asustarlos utilizando palabras mal seleccionadas que le sugieran dolor.

USO DE ADMIRACION, HALAGOS SUTILES, ALABANZAS Y RECOMPENSA:

En el proceso de aprendizaje, el castigo y la recompensa son básicos. Incluso animales de laboratorio aprenden a caminar a través de laberintos complicados para encontrar recompensas de alimentos en la otra punta.

Existen muchos tipos de recompensas para nuestros paciente que se portan bien. Una de las recompensas que más busca el niño es la aprobación de nosotros, por lo tanto, que nosotros reconozcamos la conducta ejemplar del niño influye para que este se porte bien.

Cuando el niño sea buen paciente, debemos decírselo, esto le va a imponer una meta a su comportamiento futuro. hará todo lo posible por conservar el nivel que él mismo estableció.

Cuando alavamos al niño, alavamos su comportamiento y no al individuo en si. Por ejemplo, en vez de decirle que ha sido un niño muy bueno, digámosle que hoy se portó muy bien en la silla.

Los regalos son muy buenas recompensas. Darle al niño algún regalo

cuando se ha portado bien forma parte de un manejo adecuado. Existen muchas variedades de regalos. Algunos de nosotros damos pequeños objetos o juguetes. Muchos damos cupones para comprar helados en alguna tienda cercana.

Dar a los niños estrellas doradas para que las peguen en una cartulina que está en la sala de recepción es muy eficaz.

La variedad de recompensas se extiende de paseos de caballito a modelos de yeso. Lo que impresiona favorablemente al niño, más que el regalo, es que se reconozca su mérito.

SOBORNOS Y EL PACIENTE:

Podemos decir categóricamente: nunca sobornemos a un niño. Raras veces da resultados positivos el soborno. El resultado será sencillamente que el niño seguirá portándose mal para obtener más sobornos y concesiones. Sobornar es admitir que nosotros no podemos manejar la situación. Y un niño perceptivo pronto se aprovechará de la mala situación de nosotros. Es conveniente distinguir entre soborno y recompensa. La línea divisoria es en realidad muy tenue. Una recompensa después de la visita puede servir de soborno para que el niño vuelva la próxima vez. Sin embargo, en general se promete o da el soborno para inducir buen comportamiento. Recompensar es reconocer que hubo buen comportamiento después que se terminó la operación, sin que anteriormente se hubiera prometido. Los sobornos no tienen lugar en la odontología.

ORDENES CONTRA SUGERENCIAS:

En el curso del tratamiento dental es necesario asegurarse de la cooperación del paciente. Para producir las reacciones deseadas, nunca se pide al niño que se someta a una petición. Al pedirle que haga algo, nosotros en realidad le estamos dando a elegir entre aceptar o rechazar. Si le damos elección al niño, no podemos considerar mal comportamiento el que rechace. Si le decimos que obedezca una orden, no hay más elección que aceptar. Si se niega, su comportamiento se vuelve automáticamente inaceptable.

Cuando ordenemos a un niño que cumpla sus deseos, decláremoslo de manera agradable, pero decidida. No dudemos en sonreír y gozar con nuestro paciente; sin embargo, hay que ser firme si la situación lo requiere.

EL ODONTOLOGO Y LO RAZONABLE:

Cuando tratemos con niños, debemos ser realistas y razonables. No condenemos a un niño porque esté asustado. Tratemos de ponerle en su lugar y comprenderlo por qué actúa de esa manera.

Respetemos sus emociones, pero si no estamos con el patrón deseado para trabajos dentales. El ego del niño le permitirá ajustarse a la tensión. Demos al niño la oportunidad de participar en los procedimientos. Si puede sostener el algodón, o ayudar en otra cosa poco importante, el niño sentirá que es parte del servicio que se está realizando, y se interesará y cooperará más.

Tratémoslo como individuo con sentimientos y emociones y no como objeto inanimado en la silla.

EL CONTROL PROPIO DEL DENTISTA:

Nosotros nunca debemos de perder el dominio y enfadarnos, La ira, como el miedo, es una reacción emocional primitiva e irmadura. Ya que es una señal de derrota e indica al niño que ha tenido éxito y ha disminuido nuestra dignidad. El paciente nos pone en situaciones de gran desventaja, porque la ira disminuye la capacidad de razonar claramente y de tener la reacción adecuada. Si nosotros perdemos el control y elevamos la voz, solo asustaremos más al paciente, y se nos dificultará aún más su cooperación. Si no podemos evitar enfadarnos, es mejor despedir al niño y dejar que otro odontólogo pruebe suerte. Ya que tal vez él pueda tener éxito donde nosotros tenemos la derrota por nuestro temperamento. Si nosotros hemos tratado lo mejor posible, y no podemos entablar una relación con el niño, es mejor admitir la derrota que arruinar al niño para tratamientos dentales futuros.

EL ODONTOLOGO Y LA GRACIA:

Es conveniente recordar, al llevar a cabo procedimientos, que los niños de corta edad se asustan con lo desconocido.

Todos nuestros movimientos, ya sea al manejar a los pacientes o en procedimientos operatorios, debemos mostrar suavidad y gracia.

Los movimientos rápidos y bruscos tienden a atemorizar a los muy pequeños. Cuando bajemos a un niño de la silla, o esté inclinado el respaldo de esta, hagámoslo despacio. No dejemos caer al niño de golpe, ni lo inclinemos tan rápidamente en la silla, que tenga la sensación de estar cayéndose. Al inyectarla, por ejemplo, no llevemos la jeringa a

la boca tan rápidamente que el acto en sí asuste al niño. Debemos elevar la jeringa de manera natural y deliberada. Si nuestras acciones son naturales y graciosas, podremos evitar gran parte de miedos innecesarios. Ya que la odontología es una profesión llena de gracia. Utilicemos esta gracia para ventaja nuestra.

Si hubieramos de definir los requisitos de un buen odontopediatra serpia: gracia, habilidad, conocimientos e inteligencia.

Cuando se somete a los niños a tratamientos odontológicos, hay que comparar la posibilidad de trauma psicológico con la necesidad de tratamiento. Como casi todos los niños necesitan de la odontología, es esencial que el trauma que se produzca sea el mínimo.

Entre todos los problemas asociados a la odontopediatría, el manejo es sin dudas 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 manejar la cooperación del paciente y disminuir las molestias, tales como sedantes, analgésicos, hipnosis, tranquilizantes y anestesia general.

E) RELACIONES PROFESIONALES.

La responsabilidad de un Dentista hacia todo paciente requiere que se establezca una reunión entre el Adulto, el padre y el médico o el padre y un hospital. Puede hacerse una recomendación para ir a ver un especialista en alguna de las ramas de la Odontología. Estas recomendaciones las debemos hacer con rapidez y con la mayor eficiencia posible. Los Adultos o los padres deberán ser informados de la necesidad que haya de consultar o de hospitalizar. Si se teme que pueda haber riesgo, se deberá siempre de ir especificada por escrito, y nosotros debemos asegurarnos de que el adulto o padre entendió perfectamente.

Podemos establecer relaciones amistosas con algunos de los médicos Generales ó Peditras de la comunidad. Ya que frecuentemente los servicios de un Médico General ó Peditra nos será de gran utilidad para diagnosticar algunos problemas. Si un adulto o niño parece estar enfermo, se le puede tomar la temperatura, presión arterial, y si la temperatura resulta estar elevada y no apreciamos síntomas bucales sobre todo en niños, se debe recomendar a sus padres que lo lleven al Peditra o Médico, para que le haga diagnóstico y lo pueda tratar.

En cualquier consultorio dental debemos de tener disponible un termómetro clínico bucal, un estetoscopio y un baumanómetro. El Peditra, a su vez, nos recomendará niños y el Médico General adultos con problemas dentales. Puede existir cooperación completa entre estas profesiones en alianza.

Cuando inauguramos el consultorio, debemos de presentarnos con los

Médicos General y Pediatra de la vecindad o de la comunidad. Una asociación de ésta índole nos puede favorecer a ambos y el respeto mutuo entre todo profesionista, que es el momento adecuado para un nuevo examen de su hijo. Esto nos va a indicar que estamos tomando nuestra la responsabilidad de evitar serios daños a los dientes de sus hijos.

Después de que hemos completado el tratamiento dental necesario, nuestro higienista, la ayudante ó la secretaria debe explicar que los exámenes periódicos son necesarios si se quiere mantener los dientes del niño en un estado tan satisfactorio como en el presente. Se puede sugerir entonces que con gusto se llamará al padre cuando llegue el momento del nuevo examen.

La frecuencia de los recordatorios las debemos de hacer en base de la susceptibilidad del individuo a la caries. Los niños que tienen un potencial, bajo de caries deberán ser llamados aproximadamente cada seis meses. Podemos llevar un libro de citas ó un archivo para notificar rápidamente a los pacientes o sus padres. Todas las notificaciones que se hagan por teléfono las debemos de hacer con dos semanas de anticipación y la que le sigue es una tarjeta de cita, una semana antes de la visita dental.

- La Responsabilidad del Dentista hacia su Comunidad.

Un Odontopediatra actual debe estar más consciente de las responsabilidades hacia su comunidad. Estas responsabilidades trascienden de

las labores como practicante en la silla, de la elevación de niveles de salud dental de todos los niños de la comunidad. El Odontopediatra puede ser un trabajador clave en los programas de la comunidad que traten de la salud dental de los niños, ya que nadie conoce mejor que él las necesidades de la comunidad en este respecto. Al promover estos programas, se puede hacer que la gente aprecie en un justo valor la Odontología, puesto que nadie puede apreciar algo que no comprende. Tan solo le va a dar el servicio dental si se le considera como una necesidad, se le va a considerar como tal cuando la gente aprende que no debe ni puede pasar sin él. " Esta es la base de todos los programas educativos de la Salud Pública ".

El mejor método de educar a los miembros de una comunidad va a ser a través de programas públicos de salud dental. Estos pueden ser de índole muy variada y dependen en gran parte de las necesidades de la comunidad y del presupuesto disponible con que se cuente para este tipo de programas.

Un programa más acertado es el que tiene la comunidad, ya sea preventivo. La mayoría de la gente tiende a olvidarse de las cosas, a menos que se les recuerde constantemente. Muchas personas, por ejemplo, no acuden al dentista a menos que un dolor les recuerde este servicio, por lo general la gente es apática.

El Día (o la semana) de la Salud Dental Infantil, se celebra una

- Enfasis en las necesidades.

Las necesidades de una comunidad desde el punto de vista dental, es que se aprecian la mayoría de la comunidad caries, enfermedades periodontales y maloclusión, deben ser presentadas a los dirigentes de la comunidad y al público en general para que aprendan a ver la magnitud del problema. El resultado de negligencias odontológicas debe de recibir un énfasis suficiente para demostrar la importancia de la apatía de la gente, cuando la gente responsable se ha familiarizado con la necesidad que existe de un programa dental, se va a conseguir la cooperación de la comunidad con menos trabajo.

- Enseñanza de métodos Preventivos.

Supongamos que la necesidad ha recibido la publicidad suficiente, el siguiente paso es desarrollar programas educacionales sobre métodos y técnicas de prevención de enfermedades bucales y maloclusión.

- La Higiene Bucal.

Se debe recibir atención considerable, la importancia de la higiene bucal y los cuidados en casa. La técnica de cepillarse puede enseñarse por demostración, con modelos enormes de dientes de cartón y cepillos o exhibiendo una película. Estos dos métodos se pueden estandarizar con grupos relativamente numerosos de personas, aunque es mejor la instrucción personal. Cuando sea posible, las demostraciones deberán seguirse con participación del niño ya que se puede aprender más y más

por al hacer, que al observar.

- Factores Dietéticos.

Se debe de dar importancia al papel que desempeñan los carbohidratos en la producción de caries dentales, y deben discutirse los medios de limitar su consumo. Debe aclararse también el hecho de que una dieta equilibrada que contenga todos los alimentos necesarios, es la adecuada para la salud bucal tanto como para la general, y ésta deberá repetirse en todos los programas de educación de salud dental.

- Profilaxis con Fluoruro.

La necesidad de programas preventivos tales como aplicaciones de fluoruro se presenta, no como una función educativa tan sólo, sino 1 también con la idea de establecer en la comunidad un programa clínico de fluoruro.

Para que existan esfuerzos comunitarios para fluorizar el agua en comunidades en los que los suministros de ésta son deficientes en fluoruro, hace falta una campaña bien planeada y llevada a cabo adecuadamente.

Las personas que traban en campañas a favor de la fluoración de--ben estar prevenidos sobre la naturaleza de la oposición y deberán armarse con los argumentos más eficaces. Habrá que recalcar el hecho de que la fluorización del agua comunitaria beneficia al niño indigente tanto como al que no lo es, y que no hay ninguna otra medida de prevencción de caries que haya funcionado a gran escala, pero antes se le

establece al público sobre su total seguridad.

- Prevención de Maloclusión.

En cualquier programa de prevención debe tomarse en cuenta la maloclusión. El público tiene que ser educado sobre el efecto perjudicial que tiene en la oclusión, la pérdida temprana de los dientes primarios o que se toman medidas para remediarlo.

- Fuentes para materiales de educación.

Un programa preventivo requiere, además de conferenciantes, material educacional, existe en la actualidad gran cantidad de material disponible para este propósito.

Existen varias maneras de acercarse al público en programas educativos:

1).- Charlas a grupos escolares, organizaciones de ayuda, asociaciones de padres y maestros, reuniones de los sindicatos, reuniones del personal de hospitales, grupos religiosos etc.

2).- Proyectos escolares como Clubs de salud y programas instructivos de higiene bucal;.

3).- Carteles, ensayos y concursos del tipo " Sonrisa Perfecta ".

4).- Radiografías o exámenes gratuitos en las ferias y otro tipo de reuniones.

5).- Anuncios en camiones (de reparto, de leche, de correo de entrega inmediata, de tiendas).

6).- Artículos en los periódicos, programas de radio, televisión y anuncios.

7).- Películas y espectáculos de marionetas. Los efectos respectivos se irán sumando y si se utilizan todos estos métodos resultarán en una campaña de gran impacto en la población.

El éxito de este tipo de programa, puede juzgarse por la motivación general que producen en la comunidad.

- Programas Correctivos.

Los programas correctivos generalmente implican tratamiento de caries dentales, aunque las medidas preventivas que existan ahora reducirán la importancia de las caries dentales, no podrán eliminar totalmente la necesidad de programas de cuidados dentales. Sin embargo, a medida que aumentan las medidas preventivas y que si se llevan a cabo, disminuyen la cantidad de trabajo en cada paciente, puede tratarse más niños con el mismo número de dentistas. Al dentista privado le será posible atender un número mayor de niños.

CONCLUSIONES

Es importante que, el Cirujano Dentista, adquiera amplios conocimientos en Odontopediatria y Psicología infantil para que pueda estar capacitado y prevenir e interceptar anomalías dentarias durante el período de dentición primaria y mixta haciendo un reconocimiento y valorización correcta del caso para un diagnóstico acertado y posteriormente en tratamiento adecuado.

No solamente es importante el conocimiento de técnicas y tratamientos dentales infantiles, sino que también debemos adquirir conocimientos psicológicos para saber como tratar y comprender a nuestros pequeños pacientes.

El Odontólogo debe conservar la calma ante los casos difíciles de niños que se presentan en el consultorio y así poder dominar la situación.

BIBLIOGRAFIA.

GRIEDER

PSICOLOGIA APLICADA A LA ODONTOLOGIA.
EDITORIAL INTERAMERICA.

SIDNEY B. FINN.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA.
4a. EDICION.
EDITORIAL INTERAMERICANA, 1980.

LEYT SAMUEL.

TEMAS DE ODONTOLOGIA PEDIATRICA
ODONTO-EDICIONES, ARGENTINA, 1976.

L. FLOY ROCH.

PSICOLOGIA Y VIDA.
EDITORIAL INTERAMERICA.

K. BARBER THOMAS DR.

MASSLER MAURY DR.

MANUEL ODONTOPEDIATRICO.

IRELAND R. L. KRAMER W. S.
PAIDODONCIA.

ODONTOLOGIA CLINICA DE NORTEAMERICA
EDITORIAL MUNDI.

CROW E. CROW.

CHILD PSYCHOLOGY.
NEW YORK, 1959.

MUSSEN COGER KAGAN

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD EN EL NIÑO.
3a. EDICION.
EDITORIAL TRILLAS.

SALUD DEL RECIEN NACIDO.

E.N.E.S.A.

PRODUCIDO Y DISTRIBUIDO POR DISMAIL, S.A.

ABTAO, 50

MADRID - 7

I.S.B.N. 84-85327-57-8

DEPOSITO LEGAL: BI - 445 - 1982.

IMPRIME: E. BELGAS, S. L.

EMILIO ARRIETA, 2 BILBOA - 12

SICOLOGIA DEL DESARROLLO INFANTIL.

TEORIA EMPIRICA Y SISTEMICA DE LA CONDUCTA.

DISNEY W. BIJOU.

DONALD M. BAER.

EDITORIAL TRILLAS

MEXICO, 1975 QUINTA REDIMPRESION.

AGOSTO 1975.

EL NIÑO DE 1 A 5 AÑOS.

ARNOLD GESELL.

F.L.I.L.G. Y L.B. AMES.

8a. EDICION 1975.

EDITORIAL PAIDOS BUENOS AIRES.

EL NIÑO

EDITORIAL TIME LIFE

EDITADO E IMPRESO: MULTICOLOR, S.A.

MEXICO, D.F.

ENCUADERNACION : J.J. VILLANUEVA.

IMPRESION EN JUNIO 1975.