

274
279

Escuela Nacional de Estudios Profesionales

IZTACALA - U. N. A. M.

CARRERA DE ODONTOLOGIA

**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**



**Manejo y Educación del Paciente Infantil en
el Consultorio Dental**

T E S I S

Que para obtener el título de :

CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a :

MA. GRACIELA MARCELA ROBLES CHAVEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E.



	PAG.
1.- PROLOGO	1
2.- INDICE	2
3.- INTRODUCCION	3
4.- <u>CAPITULO I.:</u>	
PARTICIPACION DE LA ODONTOLOGIA INFANTIL EN LA PRACTICA GENERAL	
A) Definición	4
B) Generalidades	4
5.- <u>CAPITULO II.:</u>	
IMPORTANCIA DEL SERVICIO DE SALUD DENTAL PARA EL NIÑO.	
A) Relación entre el problema de salud oral con el de sa- lud general, e interrelación del Odontólogo Infantil - con otros especialistas.	10
B) Odontología Infantil Preventiva.	25
- Educación Dental para el Padre y el Niño	26
- Medidas Preventivas aplicables para el mantenimiento de una buena salud bucal	31
6.- <u>CAPITULO III.:</u>	
MANEJO DEL PACIENTE INFANTIL ANTE EL TRATAMIENTO ODONTOLOGICO.	
A) Desarrollo Psicológico del niño	42
B) EL Consultorio y la Participación de los padres	49

C) Actitud del Profesional ante las diversas reacciones que presente: Ansiedad, Temor, Resistencia, Timidez. 57
D) Diferentes Tipos de niños y su manejo. 69
E) Tratamiento del niño incapacitado 96

7.- CONCLUSIONES 115

8.- BIBLIOGRAFIA 116

P R O L O G O.

Al escoger el tema de "Manejo y Educación del Paciente Infantil en el Consultorio Dental" para realizar la presente Tesis, lo hice principalmente por el interés que hacia mi despierta la materia de Odontología Infantil; y por el deseo enorme de conocer, aprender y ampliar un poco más mis conocimientos con respecto a estos procedimientos que forman parte muy importante dentro del campo de la Odontopediatría.

Admito que a pesar de haber sido un trabajo difícil de realizar, trato en todo momento de acercarme lo más acertadamente posible a mis objetivos, no sin estar consciente de los probables errores que quizá en ella se encuentren y que atribuyo, no como una excusa, a mi falta de experiencia dado mi nivel de Pasante en Odontología.

Lejos de ser una obra científica ó literaria, está escrita con la mayor sencillez, y gracias a la enorme y valiosísima ayuda del DR. ALEJANDRO TACHER RIVAS.; quien con su asesoramiento y dirección, al leerla y revisarla pacientemente le hizo basando en su experiencia observaciones que finalmente al atenderlas -; le dieron claridad e hicieron posible llegar a -

su terminación una tarea que consideré de difícil realización.

Así mismo, y para siempre, no puedo dejar de hacer patente mi ilimitada gratitud hacia mi Escuela Nacional de Estudios Profesionales-Iztacala y hacia mis Profesores, de quienes recibí instrucción y estímulos para hacer posible mi formación profesional.

De Todos ellos, Sinceramente agradecida.

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

En la presente Tesis expongo inicialmente cuál es la importancia que dentro de la Odontología, tiene la Odontología Infantil como especialidad; ya que ésta, siendo una rama de la primera tiene como finalidad tratar al niño en su totalidad tanto en el aspecto físico como en el psicológico previniendo, tratando y eliminando o limitando los padecimientos dentales.

De ahí se establece la importancia del por qué la atención dental completa brindada oportunamente, permite evitar hasta cierto punto diversas enfermedades sistémicas de índole general que tienen su inicio en la cavidad oral; es por eso, que esta atención debe acentuarse más en el niño, ya que debido a las características especiales de su crecimiento y desarrollo puede ser más fácilmente afectado por una dentición enferma que actuá desde los primeros años y avanza conforme aumenta la edad del individuo.

Para poder proporcionar una atención dental satisfactoria es necesario la buena preparación del profesional para que sea capaz de trans

mitir a sus pacientes la aceptación de todos los métodos actuales preventivos existentes, los cuales, como en cualquier otro aspecto médico forzosamente tienen que empezar con un niño.

En la Odontología para niños se trata principalmente con la Prevención, misma que debe ser enseñada por igual tanto al niño como a sus padres, ya que la instrucción dental de nuestros pacientes es tan importante como el tratamiento mismo.

Por este motivo, conforme avanza mi exposición presentaré - diversas medidas preventivas que son aplicables para el mantenimiento de una buena salud bucal como son por ejemplo: una dieta adecuada, procedimientos profilácticos como técnicas de cepillado y aplicación de - flúor, control dental periódico, prevención de hábitos, etc., y sobre - todo la creación en el niño de un sentido de cooperación y responsabilidad con respecto a los cuidados de su boca.

Así mismo, expondré algunas características esenciales del trato adecuado que un Odontólogo debe prestar a los pequeños durante el ejercicio de su profesión; ya que la orientación de la conducta de un niño en el consultorio es el requisito previo para su atención dental completa. Y esta orientación, solo se puede producir como resultado de estudios en el campo de la Psicología Infantil en relación con la Odontología, para

que aprendamos a aceptar al niño tal como es, a respetar sus sentimientos, comprender su conducta, y de esta manera; con la ayuda de una técnica correcta respaldada por una preparación actualizada poder ejercer odontología para niños con enfoque integral.

Posteriormente, explicaré diversos métodos empleados para la adaptación del niño a la consulta y que procuraré estén en armonía con las diferentes reacciones que el niño presenta algunas veces ante su visita con el dentista. Igualmente y para el logro de todos estos propósitos no he podido pasar por alto la importancia que factores como el consultorio y la participación de los padres tienen para aplicar estos conocimientos con técnicas, sistemas y métodos apropiados que permitan afianzar la confianza en la consulta y en el Odontólogo como profesional.

Finalmente, hago una parte para establecer cuál es la terapéutica adecuada empleada en Odontología Pediátrica con el niño incapacitado; para obtener su cooperación durante el tratamiento dental.

CAPITULO PRIMERO

PARTICIPACION DE LA ODONTOLOGIA INFANTIL EN LA PRACTICA GENERAL.

- a) Definición
- b) Generalidades

Quizás el personaje mas importante de la Odontología es el niño, ya que al ser un organismo en período formativo es posible alterar en él, el patrón de crecimiento y la resistencia a las enfermedades para producir estructuras bucales "mas perfectas" desde el punto de vista metabólico, funcional y estético.

Pero, indudablemente su atención dental es el principal problema con que nos encontramos, debido tal vez, a la poca importancia que se le dá como paciente. Es por esto, que la ODONTOLOGIA INFANTIL, siendo rama de la Odontología, tiene como finalidad tratar al niño en su totalidad tanto en el aspecto físico como en el psicológico; previniendo, detectando, tratando y eliminando o limitando los padecimientos dentales.

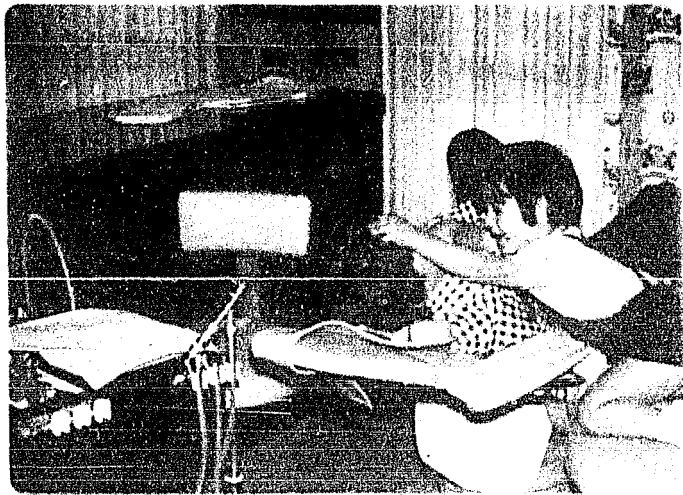
Las enfermedades de los dientes y estructuras anexas, presentan en el niño características tan particulares y una incidencia tan alta, que para su adecuada solución se ha llegado a constituir a

la Odontología Infantil como una especialidad que aunque se le considere como un ejercicio profesional de práctica privada (-porque dentro de -- nuestra orientación académica esta exclusivamente encauzada hacia la - practica privada ignorándose en cierto modo los problemas orales de la - comunidad, siendo que éstos también forman parte de los problemas de salud-), necesariamente tiene que proyectarse hoy en día, como tantas otras especialidades hacia las distintas esferas de la comunidad.

La odontología desempeña un papel muy importante en el campo de las Ciencias Médicas; y es por eso que nuestro objetivo como profesionales es brindar al niño un servicio de salud procurando su bienestar físico, emocional y social.

Los perfeccionamientos tecnológicos y el progreso alcanzado en los métodos de control del dolor durante los últimos años, han eliminado gran parte del temor que sentían los niños ante los tratamientos realizados por el dentista, y actualmente la mayoría de los odontólogos de práctica general reciben niños en su clientela.

El afecto por los niños es sumamente importante para manejarlos con éxito en el consultorio dental. El odontólogo que incluye una gran -- cantidad de niños en su ejercicio profesional lo hace porque comprende y aprecia la importancia del servicio de salud dental para el niño y porque de este modo puede apreciar también los beneficios a largo plazo que una



Nuestro objetivo como Profesionales es brindar al niño un Servicio de Salud procurando su bienestar físico, emocional y social.

atención temprana y adecuada pueden proporcionar, reduciendo de ese modo el acúmulo nacional de necesidades dentales. Así mismo debe estudiar - odontología continuamente y debe familiarizarse con la amplia variedad de situaciones y anomalías que debe diagnosticar y manejar. Es muy importante que comprenda la conducta del niño, ya que solo con una comprensión y un conocimiento activo de la conducta infantil podrá comprender su propia conducta y sus propias reacciones ante los problemas del consultorio dental.

Por otra parte, el odontólogo debe aprender a enmascarar una y otra vez su reacción emocional ante una determinada situación; no debe mostrar jamás ira y debe crear una atmosfera de comprensión al parecer - controlada, ya que casi sin excepción, los padres esperan que él domine por completo la situación y preste el servicio de salud a sus hijos, cualquiera que sea su reacción.

La Odontología para niños es probablemente de todos los servicios brindados por el odontólogo uno de los más importantes y necesarios, su valor nunca sera insuficiente, ya que un tratamiento odontológico poco adecuado o insatisfactorio realizado en la niñez, puede dañar permanentemente el aparato masticatorio, dejando al individuo con muchos de los problemas dentales tan comunes actualmente en la población adulta.

Entre todos los problemas asociados a la odontopediatría, el manejo es sin duda el más importante, puesto que si no existe cooperación

adecuada del paciente, los procedimientos dentales se vuelven muy difíciles y a veces imposibles. Existen varios métodos para aumentar la cooperación del paciente y disminuir las molestias, tales como sedantes, analgésicos, hipnosis, tranquilizantes y anestesia general; pero es sin duda el manejo adecuado por parte del dentista lo que determina y asegura la completa aceptación de la odontología en los niños. Por lo tanto, los requisitos indispensables para un buen odontopediatra serán: gracia, habilidad, conocimiento e inteligencia, ayudado de 7 requerimientos esenciales:

- 1.- Capacitación para la supervisión de la salud bucal, diagnóstico y canalización de cualquier problema de salud, crecimiento y desarrollo.
- 2.- Capacitación para instruir, prevenir y educar al niño así como a los padres de familia con métodos para el mantenimiento de una buena salud bucal.
- 3.- Capacitación para la orientación de la conducta del niño preparándolo para que acepte el tratamiento odontológico.
- 4.- Capacitación para llevar a cabo procedimientos operatorios, parodonticos y prostodónticos especializados.
- 5.- Capacitación en materiales dentales, propiedades físicas y químicas así como su utilización dentro de la odontopediatría.



El manejo adecuado por parte del Odontólogo es sin duda lo que determina y asegura la - completa aceptación de la Odontología en los niños.

- 6.- Capacitación endodóntica que requiere del conocimiento del órgano pulpar así como de sus experiencias en las técnicas de protección pulpar, pulpotomías, pulpectomías, reimplantes, etc.
- 7.- Conocimiento en el manejo de los problemas de cirugía bucal en el ejercicio de la odontología infantil.

El trabajar con niños, representa una de las experiencias más satisfactorias que pueden experimentarse en todas las prácticas odontológicas, ya que requiere algo más que conocimientos dentales comunes, - porque como ya se dijo, se está tratando con organismos en período de - formación; y es por esta razón, que ésta especialidad debe cumplir con - diversas finalidades, para poder brindar un servicio de salud dental - completo.:

FINALIDADES DE LA ODONTOLOGIA INFANTIL.

- 1.- Inculcarle al niño hábitos de limpieza que mantengan su boca en buenas condiciones de higiene y en estado saludable.
- 2.- Preservar a los dientes primarios para:
 - a) proporcionar una función masticatoria con miras a una mejor digestión y asimilación de alimentos.
 - b) Mantener el espacio apropiado a los futuros dientes contribuyen

do con esto a una oclusión normal.

c) Contribuir al desarrollo físico del niño así como al intelectual.

- 3.- Prevenir o corregir cualquier hábito o condición que pueda influir en una futura maloclusión.
- 4.- Preservar los dientes de la 2a. dentición.
- 5.- Con todas las medidas preventivas a su alcance prevenir futuras caries y otras condiciones indeseables.
- 6.- Crear al niño un sentido de cooperación y responsabilidad con respecto a los cuidados de su boca para que él mismo vele por ella.
- 7.- Instruir a los padres para que obtengamos su completa colaboración.

En conclusión, debemos tener siempre presente, que al niño no se le debe eludir como persona, como totalidad; porque como persona total enfrenta la situación odontológica.

CAPITULO SEGUNDO

IMPORTANCIA DEL SERVICIO DE SALUD DENTAL PARA EL NIÑO

A) Relación entre el problema de salud oral con el de salud general, e interrelación del Odontólogo Infantil con otros especialistas.

Es importante considerar a la odontología infantil como base para un mejor estado de salud tanto dental como general; debido a que los factores etiológicos responsables de enfermedad comienzan a actuar desde los primeros años y avanzan conforme aumenta la edad del individuo.

Esto implica que todos los esfuerzos deben encauzarse en su mayor parte hacia la atención dental del niño, instituyéndolos en la edad más temprana posible, mediante la aplicación de medidas de prevención y educación efectivas así como procedimientos clínicos científicos que preserven la dentición en el mejor estado de salud.

Los problemas de salud bucal de una nación empiezan con el cuidado dental en los niños, y por lo tanto, las organizaciones de salud y la profesión dental deben proporcionar dicha atención tomando en cuenta las necesidades socioeconómicas de cada región, para ayudar a que el indi-



La Odontología Infantil al ser una base para el mejor estado de salud tanto dental como general, debe encauzar todos sus esfuerzos hacia la atención dental del Niño.

de de ataque de enfermedades bucales disminuya. Sin embargo en la mayoría de los casos, el dentista que trabaja solo es el que proporciona la mayor parte del cuidado dental recibido por los niños; y aún así, las necesidades de tratamiento siguen siendo enormes en la población, debido a que tal atención dental esta todavía en algunos lugares, a cargo del dentista de práctica general que por lo regular tiene poca experiencia y entrenamiento en el campo de la pedodoncia.

Para poder proporcionar entonces una atención dental satisfactoria al niño, es necesario la buena preparación del elemento profesional y la adecuada organización de un sistema en donde se ha llegado a constituir a la Odontología Infantil como una especialidad.

"La dentición constituye uno de los factores determinantes de la salud general del individuo, cuya importancia se acentúa más en el niño, -- por las características especiales de su crecimiento y desarrollo, que -- pueden ser fácilmente afectados por una dentición enferma ¹". Por lo tanto, "los procesos infecciosos y dolorosos resultantes de las enfermedades de la dentición, influyen en el desenvolvimiento psíquico e intelectual, -- con repercusiones en la educación escolar y constituyen finalmente, factores considerables en la falta de adaptación del niño en su propio medio. Es decir; el niño con su dentición afectada constituye a su vez un enfermo; y esta alteración de su salud interfiere definitivamente con sus estados --

físico, mental y social. 2.

Se deduce por consiguiente, que un estado de salud bucal en buenas condiciones, contribuye en alto grado al mantenimiento de la salud general del niño. Por lo que al referirse al problema oral del niño, no solo debe existir suficiente fundamento para entender por qué constituye un problema de salud, sino también debe saberse que su prevención y tratamiento se deben orientar, en cualquier nivel, hacia sus 3 enfermedades más comunes: caries dental, lesiones gingivales y malas oclusiones; ya que la aparición de una de ellas, favorece el desarrollo de las otras, y en conjunto, o individualmente, conducen a la pérdida parcial o total de la dentición temporal o de la permanente joven. La incidencia de ellas es casi igual y constituye un concepto equivocado, llamar a la caries dental el problema número uno, porque si analizamos: 1.- La caries ocasiona la destrucción del tejido dentario, masticación anormal y finalmente infección. 2.- Las lesiones gingivales en el niño, son asiento de futuras lesiones periodontales - en el adulto, ocasionan en primera instancia, irritación del tejido gingival, que luego se traduce en infección y posteriormente en destrucción de los tejidos de soporte de los dientes. 3.- La mala oclusión ocasiona masticación anormal y alteraciones de la estética y del lenguaje. Ahora bien, la destrucción del tejido dentario, no sólo ocasiona pérdida de la dimensión vertical y del balance de la dentición, sino que la simple pérdida de los contactos proximales de las piezas temporales posteriores, por la acción de los caries, conduce a pérdidas de espacio que de hecho van ocasionar la



La Dentición, al estar en buenas' condiciones, contribuye en alto grado al mantenimiento de la salud general del niño.

retención o mala posición de las piezas permanentes sucesoras. En otras palabras: la atención dental del niño debe ser de tipo integral, tanto en su prevención como en su tratamiento.

Entre los aspectos en los que se fundamenta la atención odontológica del niño se pueden citar:

- 1.- La evaluación de la condición física y mental del niño (la posible influencia que puede tener la condición general, para favorecer o no el desarrollo de las enfermedades de los dientes y órganos anexos, así como las limitaciones que algunas enfermedades puedan imponer a la adecuada atención odontológica).
- 2.- Establecer las relaciones del odontólogo con el niño. Esto tiene la finalidad de crearle al niño un sentido de cooperación y responsabilidad.
- 3.- Impartir la instrucción adecuada a los padres para obtener la colaboración, ya que la mayoría de los problemas se deben al poco interés y colaboración que para el caso dispensan los padres.
- 4.- Inculcar al niño hábitos de higiene tanto a los procedimientos del consultorio, como a los del hogar. Debe instituirse en la edad más temprana posible.
- 5.- Aplicar las medidas efectivas y recomendables para prevenir la aparición de caries y los procedimientos de control para evitar su progreso.

- 6.- Aplicación correcta de las técnicas y recursos tendientes a preservar los dientes temporales y permanentes jóvenes.
- 7.- Aplicación correcta de las técnicas recomendables para la extracción de las piezas dentarias en mal estado y la eliminación de procesos infecciosos.
- 8.- Mantenimiento de la integridad de los tejidos suaves de la cavidad oral.
- 9.- Prevenir, corregir o eliminar cualquier factor que pueda ocasionar una mala oclusión.
- 10.- Restauración adecuada de la función masticatoria del niño, cuando se hayan perdido sus piezas en mayor o menor grado.
- 11.- Relación con otras especialidades.

Al referirme a la importancia de la dentición del niño y su relación con la salud, debe considerarse también la forma como ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud, según la cual, no sólo implica la ausencia de enfermedad, sino también un completo estado de bienestar físico mental y social.

Es necesario entonces analizar las funciones que desempeñan la dentición y órganos anexos en condiciones normales o estado saludable, refiriéndome en particular al niño.:

1.- FUNCION MASTICATORIA.- la dentición temporal desempeña esta función desde una época intermedia de la erupción de los dientes temporales, - aproximadamente a los dos años, con la salida de los primeros molares, - hasta los doce años, cuando se exfolian los segundos molares. Aún cuando a los 6 años aproximadamente, la superficie masticatoria aumente con erupción de los primeros molares permanentes, y durante el lapso de la dentición mixta haya sustitución de piezas temporales por permanentes, la integridad de la dentición temporal es indispensable para que en conjunto con la permanente joven existente, desempeñe una buena función masticatoria.

2.- EL MANTENIMIENTO DEL ESPACIO adecuado para el acomodo de los dientes permanentes y secuencia correcta de su erupción. En otras palabras, la - dentición temporal constituye uno de los factores determinantes para el - futuro establecimiento de una oclusión normal.

3.- ESTETICA.- mediante el análisis de las malas oclusiones consecutivas a la pérdida prematura de los dientes temporales, las alteraciones de la fisonomía y la relajación de la musculatura facial, son fenómenos concomitantes de los anteriores.

4.- LENGUAJE.- la pérdida de la integridad de la dentición en el niño, necesariamente tiene que contribuir a sus defectos o alteraciones, aun cuando pueden ser transitorios y corregirse posteriormente al hacer erupción - los dientes permanentes.

5.- ADAPTACION SOCIAL.- esto constituye uno de los aspectos importantes en el desenvolvimiento psicológico del niño, en quien, la buena apariencia de sus dientes, es un factor de importancia.

Considerados los aspectos que bajo condiciones normales determinan la importancia de la dentición temporal, cabe ahora señalar cuáles son aquellos trastornos de carácter local o general que se manifiestan cuando esta dentición es afectada por alguna o algunas de sus enfermedades más comunes.

- 1.- PERDIDA DE LA FUNCION MASTICATORIA
- 2.- DOLOR
- 3.- INFECCION ORAL
- 4.- INFECCION GENERAL
- 5.- ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO DE LA DENTICION
- 6.- PERDIDA DE LA ARMONIA Y EXPRESION FACIAL
- 7.- ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO GENERAL
- 8.- ALTERACIONES DEL DESARROLLO INTELLECTUAL
- 9.- ALTERACIONES DEL LENGUAJE
- 10.- TRAUMA PSICOLOGICO.

Analizando entonces dichos puntos, puede considerarse en primer lugar, que la pérdida de la función masticatoria consecutiva a la destrucción de los tejidos dentarios, conduce necesariamente a alteraciones de la función digestiva, por lo tanto la digestión bucal, no se efectúa normalmente. Una mala digestión se traduce a su vez en una mala asimilación de los alimentos, lo que a la larga conduce a alteraciones del crecimiento del niño, que en definitiva tiene que reflejarse en su desenvolvimiento intelectual. La pérdida de peso y el poco aprovechamiento de la educación escolar, son características del niño que posee una dentición en mal estado.

Consideraciones similares a estas últimas, pueden hacerse con respecto a los problemas de dolor que derivan de los procesos cariosos, ya que definitivamente distraen al niño de sus labores escolares. La infección oral, derivada de procesos cariosos de cuarto grado y disturbios gingivales, llega a traducirse en tipos de infección general o sistémica, que también ocasionan alteraciones del crecimiento del niño e interfieren en su desenvolvimiento intelectual.

En consecuencia la caries, con la pérdida consecutiva, parcial o total de los dientes, son factores que necesariamente conducen a malas oclusiones, y en muchos casos llegan a afectar las estructuras vecinas

y a interferir con la función normal de los músculos, ocasionando trastornos de la armonía y expresión faciales.

La pérdida prematura de los dientes temporales ocasiona no sólo hábitos fonéticos, sino también los llamados hábitos bucales, considerados como uno de los factores etiológicos de las malas oclusiones. Los hábitos de mordida de la lengua en áreas desdentadas de la dentición temporal, llegan en algunas ocasiones a producir procesos patológicos, - los cuales en la Estomatología infantil, corresponden al campo de los problemas de la erupción dentaria, como son los llamados quistes o hematomas de erupción.

Por último, y aunque pueda tener un carácter transitorio, no puede menospreciarse como un problema resultante de la pérdida prematura de los dientes temporales, el trauma psicológico que ello pueda ocasionar al niño, y que fácilmente puede constituir a su vez un problema de adaptación social.

Se deduce por consiguiente, que si la integridad de dicha dentición se altera por una serie de factores muchos de ellos conocidos y controlables, se establece una dentición enferma, cuyas consecuencias se manifiestan en la salud oral y en la salud general del niño, tornándose en un individuo enfermo, que requiere atención al no disfrutar de un completo estado

de bienestar físico, mental y social.

INTERRELACION DEL ODONTOLOGO INFANTIL CON OTROS ESPECIALISTAS.

Todo el futuro odontológico del niño, para bien o para mal depende de la forma en que el profesional enfoca y conduce la consulta. Una historia clínica completa, un examen minucioso, un diagnóstico correcto y un plan de tratamiento exigen la mejor de nuestra capacidad.

Muchas veces, es necesario por lo anterior, ponerse en comunicación con el médico del niño ante diversos problemas; por ello, no debemos perder la oportunidad de alternar con los pediatras para aprender de ellos y hacerles conocer nuestros enfoques. Ellos están en una posición crucial en cuanto a la boca del niño, ya que indudablemente, en los dos primeros años de vida, ven más la boca que nosotros y tienen la obligación de conocerla y estar al día con la odontopediatría.

El odontólogo requiere una preparación amplia y conveniente para que dichos conocimientos le permitan interpretar el problema oral, aplicar procedimientos prácticos que correspondan de acuerdo con sus limitaciones, y saber determinar aquellos casos que deben referirse al especialista.

Con respecto a la atención del niño, se considera que es responsabilidad del odontólogo infantil:

- 1.- La determinación de la condición oral del niño y su relación con el estado general.
- 2.- Determinación del desarrollo de la dentición y partes anexas,
- 3.- Eliminación de focos orales infecciosos.
- 4.- Preservación de los dientes temporales y permanentes.
- 5.- Rehabilitación protésica del niño.
- 6.- Manejo de problemas de espacio.
- 7.- Aplicación de medidas adecuadas en las malas oclusiones incipientes.
- 8.- Educación y prevención tendientes al mantenimiento de la salud oral.
- 9.- Establecimiento de relaciones con otros especialistas, odontólogos y médicos.

(4)

Analizando los aspectos involucrados en la práctica especializada de la odontología infantil, se comprende, que aún cuando exista limitación a un tipo específico de paciente, abarca asimismo condiciones que se

proyectan hacia las áreas de otros especialistas, odontólogos y médicos, ya que la Odontología Infantil, ni aun considerada como un área sumamente especializada, puede por sí misma abarcar la atención de todos los problemas que se presentan en la cavidad oral del niño.

En el campo Odontológico lo constituyen: el Ortodoncista, El Cirujano Oral, el Endodoncista y el Periodontólogo; y en el campo Médico: el Pediatra, el Otorrinolaringólogo y el Psiquiatra.

La referencia del niño a estos profesionales puede ser ocasional o por una condición específica como son los casos de cirugía oral, periodoncia y endodoncia, o por el contrario, puede requerir una colaboración constante durante el tratamiento entre el odontólogo infantil y otro especialista, o bien puede considerarse el control del paciente por un conjunto de profesionales. Sin embargo, la referencia al profesional indicado la determina cada caso en sí. De este modo pueden analizarse entonces las distintas áreas de la atención odontológica del niño:

1.- El niño de la práctica general.- su atención debe limitarse a educación, prevención, higiene, algunos procedimientos operatorios como son las preparaciones cavitarias para amalgama y procedimientos rutinarios de exodoncia. Los casos no especificados dentro de este grupo deben ser referidos al especialista.

2.- La práctica privada especializada.- comprende educación, higiene, prevención, procedimientos operatorios en general, terapia pulpar, exodoncia y cirugía oral menor, manejo de problemas de espacio desdentado, ortodoncia - preventiva e interceptiva, rehabilitación protésica del niño, diagnóstico y tratamiento de algunas condiciones gingivales y de los tejidos blandos, etc. En otras palabras se ejerce Odontología Integral para el niño.

3.- La práctica hospitalaria.- el tipo de atención esta fundamentalmente determinada por los recursos, filosofía y tipo de personal de la institución. La mayoría de los hospitales modernos cuentan con este tipo de servicio, en cuyo caso el tratamiento que se dé al niño es generalmente el mismo de la practica privada, incluyéndose además la atención bajo anestesia general, - así como la participación del odontólogo en los procedimientos de cirugía oral y el diagnóstico y tratamiento de casos especiales.

4.- En el área de Salud Pública.- depende de los recursos socioeconómicos, y con excepción de algunos programas especiales, por lo general se limita a aspectos de educación, prevención, higiene, procedimientos operatorios similares a los de la practica general y exodoncia.

5.- En niños con labio y paladar hendidos.- el odontólogo participa en sus actividades correspondientes, en el grupo de especialistas que intervienen en la rehabilitación de este tipo de paciente.

6.- El niño anormal.- su atención corresponde al odontólogo infantil de -

práctica privada o al de una institución hospitalaria, dependiendo del caso y las circunstancias bajo las cuales debe ser tratado. Sin embargo la atención de este tipo de pacientes comienza a delinear como un área especializada y limitada de la Odontología Infantil. (VEASE CUADRO A).

ESPECIALISTAS EN EL CAMPO MEDICO.:

1.- PEDIATRA.: Debe existir una relación muy estrecha entre éste y el odontólogo infantil, cuando la manifestación oral de condiciones sistémicas en el niño y las limitaciones que su condición física puedan imponer a su tratamiento odontológico. El odontólogo debe evaluar la condición física y mental y determinar la manifestación oral de condición sistémica en el niño; es decir, un interrogatorio adecuado, el empleo correcto de las tablas de edad, peso y estatura, el examen de ciertos órganos del niño, y la historia-clínica sobre algunas posibles enfermedades, le indicarán que limitaciones debe imponer a un tratamiento o cuando debe solicitar la colaboración del pediatra. (VEASE CUADRO B).

2.- PSIQUIATRA O PSICOLOGO.: debe referirse al niño cuando presente algún problema severo de comportamiento en el consultorio, que se suponga radique en un disturbio emocional.

práctica privada o al de una institución hospitalaria, dependiendo del caso y las circunstancias bajo las cuales debe ser tratado. Sin embargo la atención de este tipo de pacientes comienza a delinear como un área especializada y limitada de la Odontología Infantil. (VEASE CUADRO A).

ESPECIALISTAS EN EL CAMPO MEDICO.:

1.- PEDIATRA.: Debe existir una relación muy estrecha entre éste y el odontólogo infantil, cuando la manifestación oral de condiciones sistémicas en el niño y las limitaciones que su condición física puedan imponer a su tratamiento odontológico. El odontólogo debe evaluar la condición física y mental y determinar la manifestación oral de condición sistémica en el niño; es decir, un interrogatorio adecuado, el empleo correcto de las tablas de edad, peso y estatura, el examen de ciertos órganos del niño, y la historia clínica sobre algunas posibles enfermedades, le indicarán que limitaciones debe imponer a un tratamiento o cuando debe solicitar la colaboración del pediatra. (VEASE CUADRO B).

2.- PSIQUIATRA O PSICOLOGO.: debe referirse al niño cuando presente algún problema severo de comportamiento en el consultorio, que se suponga radique en un disturbio emocional.

RELACIONES QUE DEBEN EXISTIR ENTRE EL ODONTOLOGO
INFANTIL Y EL PEDIATRA.

ODONTOLOGO INFANTIL

PEDIATRA.

- 1.- Manifestaciones orales de condiciones sistémicas
- 2.- Si la condición general del niño exige control -
médico durante su atención dental.
- 3.- Consultas sobre condición de niños anormales.
- 4.- Tratamientos terapéuticos prolongados por condi-
ciones orales.
- 5.- Casos que requieren anestesia general.



- 1.- Conocimientos de problemas orales en
los niños.
- 2.- Información a los padres en los prime
ros años del niño.
- 3.- Referir el niño para atención dental -
a la edad indicada.
- 4.- Solicitar servicios del odontólogo in-
fantil en forma constante.

* De acuerdo con: Peuly, Raymond. La Odontología Integral en el niño. U.C.R. 1964, pag. 73.

3.- OTORRINOLARINGOLOGO.- se referirá al niño, en los casos en donde se presente obstrucción de pasajes respiratorios que conduzcan a una mala oclusión.

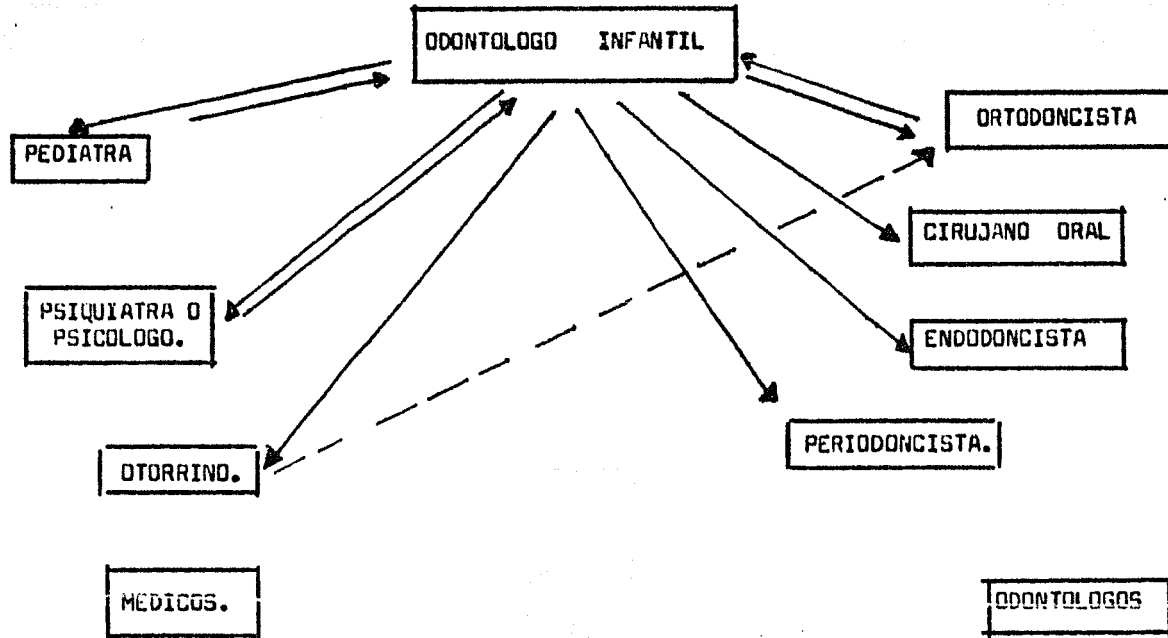
ESPECIALISTAS EN EL CAMPO ODONTOLOGICO.:

-
- 1.- ORTODONCISTA.: es con quien el odontólogo infantil debe mantener una relación más estrecha y constante, por el hecho de que las malas oclusiones en desarrollo son determinantes para éste. Se le deben referir todos aquellos casos de mala oclusión que tengan origen en malformaciones del desarrollo y las que no puedan ser interceptadas o corregidas por métodos sencillos.
- 2.- CIRUJANO ORAL.: la referencia se basa para cualquier caso que amerite procedimientos de cirugía oral mayor.
- 3.- ENDODONCISTA.- aunque los recubrimientos y amputaciones de la pulpa coronaria de los dientes temporales y permanentes jóvenes son propios de la práctica en la odontología infantil; es recomendable referir estos casos con el endodoncista por la exigencia del equipo especializado que se necesita.
- 4.- PERIODONTOLOGO.- a él deben referirse todos aquellos casos de afecciones gingivales y periodontales de los niños, que no respondan favorablemente a las medidas de higiene o eliminación de factores traumáticos.

(VEASE CUADROS C, y D,)

(C)

RELACIONES QUE DEBEN EXISTIR ENTRE EL ODONTOLOGO
Y OTROS ESPECIALISTAS.



* Según Pauly.

(D)

OTROS ESPECIALISTAS A LOS QUE EL ODONTOLOGO INFANTIL
DEBE REFERIR A SUS PACIENTES, SEGUN EL CASO.

ORTODONCISTA. ————— Malformaciones del desarrollo.
Malas oclusiones establecidas.
Otros casos que no pueden incluirse en la
Odontología Infantil.

CIRUJANO ORAL. ————— Requiere equipo y personal idoneo.
Dientes impactados y anquilosados
Extracciones laboriosas. Fracturas de maxi-
lares. Traumatismos severos. Cirugía Oral-
mayor. Comunicaciones buco-antrales, etc.

ENDODONCISTA. ————— Requiere equipo y técnicas especiales.
Tratamientos radiculares en incisivos.
y primeros molares permanentes jóvenes.

PERIODONTOLOGO ————— Afecciones de las encías y periodonto que no
responden a higiene o eliminación de factores
traumáticos.

OTORRINO. ————— Obstrucción de pasajes respiratorios, que pue-
dan originar malas oclusiones.

**PSIQUIATRA O
PSICOLOGO.** ————— Niños con disturbios emocionales, que presen-
ten problemas de comportamiento en el consu-
ltorio.
Casos muy aislados.

* Según Pauly.

B) Odontología Infantil Preventiva.

Desde hace mucho tiempo nuestra educación médica se ha empeñado en preparar clínicos que traten las enfermedades antes de prevenirlas, sin embargo, el nuevo tren de los últimos años ha sido el de reconocer que es mucho mejor prevenir o interceptar una enfermedad que tratar estas situaciones cuando se han presentado plenamente. Este concepto que en cuanto a prevención se refiere se ha violado mucho más en el campo de la odontología que en ninguna otra rama de la salud pública.

Hemos comprendido al fin que de nada sirve que nosotros sepamos hacer la mejor de nuestras restauraciones, la mejor de nuestras coronas de oro-porcelana, el mejor de nuestros tratamientos parodontales o la mejor de nuestras intervenciones quirúrgicas, si nosotros no le damos a nuestros pacientes los medios y los conocimientos necesarios para que ellos por sí solos prevengan la reincidencia de estas enfermedades. Estamos tratando con enfermedades que tienen recidivas y de nada sirve, vuelvo a repetir, que nosotros hagamos lo mejor de la Odontología, si no podemos transmitir a nuestros pacientes la aceptación de todos los métodos actuales preventivos existentes, los cuales, como en cualquier otro aspecto médico forzosa-

mente tienen que empezar con un niño.

EDUCACION DENTAL PARA EL PADRE Y EL NIÑO.:

La educación de los niños para el tratamiento odontológico comienza -como ocurre siempre- con la educación de los adultos. El que los niños acepten o rechacen el tratamiento dental depende de la manera en que han sido condicionados, y el condicionamiento emocional de los niños hacia la odontología, al igual que hacia otras experiencias que forman la niñez, se forma primordialmente en casa y bajo guía paterna.

Debe aconsejarse a los padres la preparación sistemática del niño. Los adultos ante todo, deben deshacerse del miedo al dentista adoptando un criterio según el cual puedan valorar realmente lo positivo y lo negativo, deben pensar, si por la conservación de los dientes y, con ello, de la salud, vale la pena tolerar alguna molestia. Si los padres no están de acuerdo con estas cosas fundamentales, serán vanos los esfuerzos por educar correctamente a los hijos, porque si sus actitudes son defectuosas, el comportamiento del niño puede alterarse, hasta el punto de convertirlo en paciente dental insatisfactorio. Por otro lado, si los padres muestran actitudes saludables hacia sus hijos, los niños serán bien educados, se com

portarán bien y, por lo general, serán buenos pacientes.

Las actitudes de los padres por lo tanto pueden determinar que un niño sea amigable u hostil, cooperador o rebelde; y en la mayoría de los casos, éste comportamiento del niño en el consultorio odontológico es un excelente indicador de las actitudes que tienen sus padres hacia él.

El desacierto y la torpeza de los padres al contestar a las preguntas pueden tener como consecuencia que el niño adquiera una actitud temerosa ante el tratamiento odontológico, es por eso; que la educación acerca de éste debe ser explicada al niño tomando como base las siguientes enseñanzas fundamentales, y que deben ser sencillas o más amplias según la edad:

- 1.- La higiene de la boca es importante para la conservación de la dentadura y de la salud general.
- 2.- Una dentadura sana y bien conservada es uno de los factores más importantes para la belleza de la cara.
- 3.- Es imprescindible visitar regularmente al dentista, quien examina los dientes y repara todos los daños.
- 4.- La eliminación oportuna de lesiones pequeñas, puede hacerse prácticamente sin dolor.
- 5.- El examen odontológico requiere solo poco tiempo.

El servicio paldodónico debe incluir la orientación del niño y los padres en cuanto a los procedimientos odontológicos necesarios y las



La Higiene de la boca es importante
para la conservación de la dentadura
y de la salud general.

participaciones en el consultorio. Los padres requieren la atención para formular preguntas relacionadas con las necesidades dentales del hijo, - consideraciones sobre la forma de pago, presentación del estado actual y recibos de la cuenta y planeamiento de la visita siguiente; en tanto que el niño necesitará orientación para que acepte el tratamiento odontológico que necesite y debe ser motivado hacia las debidas medidas preventivas de cuidados en su hogar.

Con respecto a esto, es muy importante instituir un programa eficaz de cuidados en el hogar tan pronto como sea posible, cuando el paciente esté listo para esa responsabilidad. Los niños muy pequeños no pueden captar la necesidad de una persistente y buena higiene bucal, aprenden a realizar el cepillado dental principalmente por imitación de un padre, pero lo hacen con poca motivación o comprensión.

La higiene bucal por tanto, se aprende temprano o no se aprende, y es por eso que al tratar de establecer hábitos de higiene bucal en pacientes que han pasado los 30 años, se tendrá dificultad para conseguirlo.

En la Odontología para niños se trata principalmente con la prevención y este factor es muy importante, ya que si educamos a un niño desde temprana edad al igual que a sus padres, los problemas dentales aparecerán difícilmente. Tanto al niño como al padre se le deben enseñar las

técnicas y razones por las cuales deben cuidar sus dientes y estructuras vecinas; de este modo, la prevención será un programa de cooperación entre niño, padre y odontólogo.

El objeto de la educación consiste ante todo en liberar al niño de la angustia ante el tratamiento dental; debemos siempre tener presente, que los niños reaccionan de diferentes maneras frente a la misma situación, y que un niño puede estar distintamente dispuesto psíquica y somáticamente en cada sesión, de modo que a veces soporta mal el tratamiento normal, y - otras veces soporta tranquilamente un tratamiento complicado.

Si el dentista va a realizar trabajos dentales satisfactorios en sus pacientes infantiles, debe contar con su total cooperación; y tan solo podrá obtener esta cooperación si comprende el tipo emocional de los niños y de sus padres. Si no comprende esto, le resultará difícil manejar niños.

El manejo adecuado de los niños en el consultorio dental es responsabilidad del dentista así como el condicionamiento de los niños hacia el dentista y servicios dentales es responsabilidad de los padres, quienes deben proporcionar la preparación psicológica del niño para el tratamiento dental, principalmente en el problema emocional del miedo; ya que éste representa para el dentista el principal problema de manejo y es una de las razones por las cuales la gente descuida el tratamiento. A su vez, el -

odontólogo debe comprender la naturaleza del miedo para estar consciente de cómo las actitudes de los padres pueden modificar tipos de comportamiento.

La preparación meditada del niño y de los padres antes de la primera visita dará por resultado un mejor esquema de conducta en el consultorio dental, es por eso que algunos odontólogos envían una carta a los padres, en la que les describen la política del consultorio y se indica qué es lo que se ha de realizar en la primera visita; muchos de ellos, aprecian la recepción de estas circulares que los ayudan en la explicación a sus hijos de cómo el odontólogo planifica ayudarlos a disfrutar de una buena salud dental.

Por lo tanto, el dentista tiene que ser tan competente como el médico al ofrecer consejos sobre el comportamiento del niño; y los padres a su vez deben aplicar estos conocimientos a sus hijos, quienes mirarán al dentista favorablemente en vez de con miedo irracional, concluyéndose así, que la instrucción dental de nuestros pacientes es tan importante como el tratamiento mismo.

MEDIDAS PREVENTIVAS APLICABLES PARA EL MANTENIMIENTO DE UNA BUENA SALUD BUCAL.:

El aspecto preventivo es el punto básico de la odontología infantil y se refiere no solo a prevenir la aparición de las enfermedades de los dientes y órganos anexos en el niño, sino también porque su aplicación continua cumple con este principio y garantiza el mantenimiento - del tratamiento odontológico inicial y la integridad de la salud oral.

Es por eso que para la aplicación de este principio nos valemos de diversos métodos preventivos; que son todas aquellas medidas necesarias que se emplean para evitar cualquier afección o padecimiento dental, y que deben incluir programas tanto educativos como clínicos.

Estos programas de prevención deben comenzar tempranamente, y entre ellos se encuentran: el de la utilización de soluciones o dentífricos, el de modificación del medio ambiente mediante la racionalización de la dieta en carbohidratos, el de aplicación tópica de soluciones concentradas en flúor sobre la superficie del esmalte dentario, el de prevención de maloclusiones, el de aplicación de selladores de fisuras, etc.

La motivación del niño para que adquiriera hábitos adecuados de higiene bucal y de los padres para que los supervisen inteligentemente,

debe ser un proceso de enseñanza continua. Una enseñanza eficiente reducirá el tiempo dedicado al niño y los padres, y aumentará la calidad de la higiene bucal.

El método de la enseñanza debe incluir objetivos fáciles de comprender y puede comenzar con los pasos siguientes:

- 1.- Uso de recursos visuales para mostrar a los padres el papel que desempeña la placa microbiana en el proceso de caries dental.
- 2.- Definir a la Placa bacteriana
- 3.- Explicar a los padres que el objetivo será eliminar toda la placa de los dientes del niño y controlar los futuros depósitos.

Estos métodos por lo tanto, deben ser bastante flexibles como para tomar en cuenta la destreza de padres e hijos en cuanto a sus actitudes hacia la salud dental, y así mismo; deben poder ser modificados para los padres de niños mental o físicamente incapacitados, con una instrucción especial.

El cirujano dentista debe educar al paciente sobre la importancia de la placa, sus causas, sus efectos y la prevención de éstos mediante la ejecución de ciertas medidas como pueden ser un cepillado dental -- efectivo, la higiene interdental mediante el uso de hilo, el uso de soluciones reveladoras que muestran la presencia de depósitos orgánicos en la superficie del esmalte, etc. Y para lograr esto, debe ser lo suficiente-

mente capaz para estimular a los pacientes provocando el deseo de seguir las medidas de control adecuadas y constantes. Debe también saber evaluar la comprensión que ha tenido el paciente sobre el problema que representa la presencia de la placa bacteriana; su interés en el mantenimiento de la salud oral y con esto, consecuentemente aplique las medidas de control y su habilidad física en el manejo de los instrumentos -- utilizados en las medidas suplementarias.

El control de la caries es una parte esencial en la odontología preventiva; y para lograrlo podemos:

- a) Educar a padres e hijos para procurar el menor consumo de alimentos ricos en carbohidratos.
- b). Llevar a cabo una buena higiene bucal efectuada correctamente y practicada después de cada comida, puede reducir la acumulación de placa bacteriana en las superficies accesibles.
- c) El uso de fluoruro representa el aporte más previsor para el control de las caries, además la fluoración de las aguas en diversas comunidades provee el método más efectivo para la administración de flúor en los años en que se forman las piezas dentarias. Así mismo como el diagnóstico es la clave de los servicios preventivos para los niños, aconsejar a los padres que realicen su primer examen dental entre los 16 a 24 meses puede ser uno de los medios más eficaces para reducir el progreso de la caries dental y establecer medidas organizadas de prevención en el hogar. Así -

mismo, la frecuencia de los exámenes o tratamientos subsecuentes dependerá de lo propenso que el niño sea a la caries dental, es decir; el niño con alta incidencia de caries deberá ser visto de nuevo a los 60 u 90 días después de haber dado por terminado el tratamiento, en tanto que aquel con menor índice podrá re-examinarse a los 4 u 8 meses después.

d) Por lo tanto ningún programa será efectivo si el niño no realiza visitas periódicas al dentista, ya que con las radiografías se podrán detectar las caries, y con aplicaciones de flúor, y reforzando los cuidados en el hogar, será eficaz la prevención.

Ahora bien, para poder aplicar y analizar más ampliamente estos principios, es necesario la comprensión previa de diversos objetivos en relación al desarrollo de la dentición durante los períodos: Prepuberal, Pubertad y Adolescencia, que nos ayudarán a manejar la prevención en su sentido más amplio.

PERIODO PREPUBERAL. (9 a 11 años).- todas las caries activas deben ser eliminadas antes que los 2os. molares permanentes y premolares erupcionen en la cavidad bucal (la idea de dejar a los molares primarios sin atender porque pronto van a caer es desastrosa para la dentadura permanente, porque fomenta el estado infectivo).

En este período, para eliminar toda la placa bacteriana se debe usar una solución reveladora inmediatamente después de la limpieza a

fin de controlar su eficacia; y para dar mayor protección al esmalte de los dientes primarios y los permanentes recién erupcionados se hará una aplicación inmediata de fluoruro. Igualmente, se debe indicar el uso en el hogar de un dentífrico con fluoruro para reponer el contenido del fluoruro aplicado tópicamente y que ha sido eliminado del esmalte por la acción de la saliva.

Por lo tanto, es responsabilidad del odontólogo eliminar todas las acumulaciones de placa bacteriana adheridas firmemente en todas las superficies dentarias, pero es también responsabilidad del paciente mantenerlas fuera.

PUBERTAD Y ADOLESCENCIA.- (11 a 18 años).- *Como es bien conocido, los primeros molares permanentes aparecen en la cavidad bucal aproximadamente a los 6 años de edad, durante el pico de la primera exacerbación en el patrón de ataque de la caries, y son los más frecuentemente destruidos como resultado de ello. Los incisivos llegan a su completa oclusión y contacto proximal durante un período de "relativa" lentitud en la caries (9- 11- años de edad). Los 2o. molares permanentes, premolares y caninos alcanzan su oclusión completa a los 12-15 años, al comienzo de la segunda exacerbación en el patrón de ataque de caries. Para la preservación de la dentadura permanente, por lo tanto, el período de 12 a 15 años es muy crítico) ⁵.

Si estos dientes emergen en un medio carioso, la maduración del esmalte y la resistencia al proceso carioso se retarda, pero si esos dientes emergen en un medio libre de caries y no conductivo a la caries- (baja ingestión de azúcares y mínima acumulación de placa), la maduración y resistencia a la caries se logra a una edad temprana y aumenta con la edad.

Por esto, para lograr estos objetivos, debemos comenzar el cuidado preventivo lo más pronto posible mediante la aplicación de ciertas medidas que nos ayudarán al mantenimiento de una buena salud bucal:

- 1.- ELIMINACION DE TODAS LAS LESIONES CARIOSAS: Si todas las lesiones de caries no han sido eliminadas y restauradas durante el período prepupal, debe completarse en este momento. Es bueno recordar que dejar una lesión infectada sin tratamiento, es dejar toda la boca infectada con microorganismos cariogénicos.
- 2.- LIMPIEZA DENTAL: puede realizarla el odontólogo como procedimiento de consultorio; o el paciente como tratamiento sistemático en su hogar. En el primer caso la técnica emplea instrumentos manuales y cepillos mecánicos o copas con abrasivos leves, a intervalos de tiempo de 3 a 6 meses. En el 2o. procedimiento se incluye el uso de un cepillo de dientes y pasta dentífrica junto con seda dental y enjuagues bucales. Estos procedimientos pue-

den emplearse en parte o completamente hasta 4 ó 5 veces al día. Sin embargo, el efecto limpiador depende del tipo de cepillo, la técnica de cepillado, de la duración y del medio limpiador (pasta dentífrica).

3.- PROFILAXIS CON FLUORURO.: en todos los casos el cuidado protector deberá iniciarse eliminando la placa bacteriana de cada una de las superficies del esmalte y aplicarles fluoruro, previa profilaxis, usando una pasta no abrasiva, a la que se le puede agregar una solución de fluoruro de estaño (8 a 10%). (El fluoruro de estaño remineralizará zonas visibles e invisibles desmineralizadas en el esmalte - manchas blancas- Muhler et. al., 1967; Class, 1967). Así mismo, hay que recalcar el hecho de que la fluorización del agua comunitaria beneficia al niño y que no hay ninguna otra medida de prevención de caries que haya funcionado a gran escala.

4.- SOLUCION REVELADORA.: la eficacia de la limpieza para eliminar las placas bacterianas debe ser controlada con el uso de una solución o tableta reveladora. El fluoruro no puede incorporarse en zonas de esmalte que no alcanza.

5.- APLICACION DE FLUORURO EN GELATINA.: una vez hecha la profilaxis se procede a la aplicación de una gelatina fluorofosfato acidulado colocado en un porta-impresión, de manera que el paciente pueda "bombear" la gelatina en las zonas interproximales y subgingivales y mantenerla en contacto con las superficies de esmalte recién limpiadas por un período aproximado

de 4 minutos.

6.- PROGRAMA DE CUIDADO DEN EL HOGAR.: el paciente debe ser instruido para que use en su casa, inmediatamente después de cada comida, un dentífrico que contenga fluoruro para reemplazar el fluoruro del esmalte lavado por la saliva. Un medio aún más efectivo para el reemplazo de fluoruro es enjuagarse con una solución de fluoruro inmediatamente después de cada cepillado dental. La técnica de cepillado de los dientes puede enseñarse por demostración, con modelos enormes de dientes de carton y cepillos, o exhibiendo una película; y cuando sea posible, las demostraciones deben seguirse con la participación del niño, ya que se puede aprender más y mejor al hacer que al observar.

7.- CORRECCION DIETETICA.: los adolescentes consumen enormes cantidades de dulces que contienen sacarosa. En general, el principio de sustituir alimentos no cariogénicos y bocaditos en lugar de los que contienen sacarosa, es suficiente para retardar la velocidad de ataque de caries y, en pacientes libres de caries, para retardar la aparición de la primera lesión. (VEASE CUADRO E).

8.- PREVENCION DE MALOCLUSIONES.: en cualquier programa de prevención debe tomarse en cuenta la maloclusión. La población tiene que ser educada sobre el efecto perjudicial que tiene en la oclusión la pérdida temprana de los dientes primarios, y deben tomarse medidas para remediarlo.

(D)

LISTA DE ALIMENTOS CARIOGENICOS Y SUSTITUTOS NO CARIOGENICOS.

(según H. Massler).

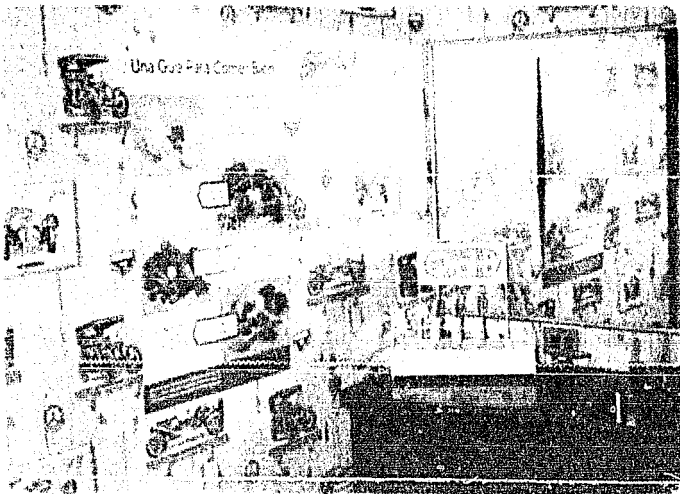
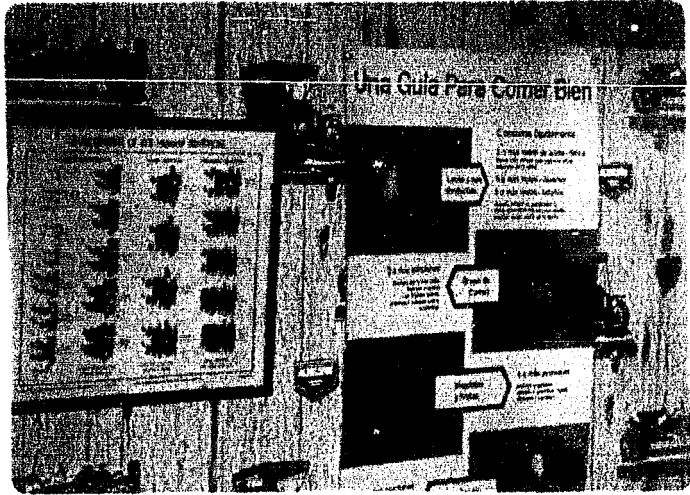
CARIOGENICOS

- Sacarosa (azúcar de masa)
- Caramelos y chocolates de leche
- Gelatinas
- Compotas
- Miel
- Frutas secas (azucaradas)
(higos, pasas de uva, dátiles)
- Dulces, galletas y pasteles
- Gomas de mascar y mentas
- Bebidas chocolatadas, malteadas
y dulces.
- Bebidas sintéticas de naranja
(naranjadas)
- Coles y otras bebidas endulzadas
con sacarosa.
- Mantequilla de maní
- Pan blanco, pan de pasas
- Mantequilla de maní y jalea en
pan blanco.

NO CARIOGENICOS.

- Sacarina, ciclamatos y sorbitol
- Palomitas de maíz
- Vegetales crudos, repollo, lechuga
- Fresas y cerezas frescas
- Frutas frescas (naranjas y manzanas).
- Palomitas de maíz.
- Gomas y mentas no azucaradas
- Leche pura de vaca y leche des-
cremada.
- Jugo de naranja (la naranja ente-
ra es mejor).
- Colas dietéticas.
- Maníes.
- Pan de trigo integral.
- Embutidos y queso, en pan de tri-
go. Emparedados de tomate, tocino
y lechuga, hamburguesas.

7.- CORRECCION DIETETICA.



- 9.- SELLADO DE FISURAS.: puede eliminarse la caries si antes de iniciarse la lesión, se evita la acumulación de bacterias y alimentos en fisuras profundas con el uso de obturaciones de resina. (Buonocore, Finn, 485).
- 10.- ENFASIS EN LA PREVENCIÓN.: finalmente, es importante volver a insistir en que la prevención y el control de la caries antes que la reparación es la meta más importante en odontología para niños y adolescentes.

Así mismo, se podría aplicar para cada uno de los períodos antes mencionados, un Plan de Profilaxis específico (según Harnd), y que me permito presentar a continuación:

PLAN DE PROFILAXIS PARA LA PRIMERA INFANCIA.: _ _

Después de la erupción de los dientes temporales:

- 1.- Debe restringirse el suministro de alimentos estrictamente a las comidas.
- 2.- Nada de golosinas entre comidas. Si se conceden dulces, serán dados durante las comidas o inmediatamente después.
- 3.- La composición de los alimentos debe ser equilibrada tanto calórica como materialmente. Abundante suministro de frutas y vegetales frescos.
- 4.- Se evitarán los hidratos de carbono pegajosos.
- 5.- Se preferirán alimentos de consistencia dura para fomentar la masticación, (autolimpieza de los dientes y masaje al parodonto): pan negro, man-

zanas, zanahorias, etc.

6.- Los respiradores bucales deben ser transformados lo antes posible en respiradores nasales (colaboración entre pediatra, otorrinolaringólogo y odontólogo).

7.- Profilaxis con flúor.

7.- Después de las comidas, se lavan los dientes con cepillo blando, especialmente importante antes de acostarse por la noche. Cuando no es posible limpiarse los dientes, se termina las comidas con un líquido (té). Así, los depósitos son lavados por lo menos parcialmente.

EDAD ESCOLAR.:

(Se aplican también los incisos del 1 al 7 del anterior).

- 1.- Educación temprana para una higienización apropiada de la boca. Limpieza de los dientes después de cada comida, pero por lo menos en la mañana y antes de acostarse. (por lo menos durante 3 min.)
- 2.- Si se desea, entre comidas, para mejor desarrollo, se dé, en lugar de hidratos de carbono pegajosos o golosinas: manzanas, zanahorias o pan negro.
- 3.- Exámen de control por el odontólogo por lo menos 2 veces por año. Control cuidadoso del cambio dental, para reconocer precozmente los trastornos del desarrollo maxilar.
- 4.- En casos de gran predisposición a la caries ó suministro insuficiente de flúor (agua potable, tabletas): profilaxis con flúor local, según el

método elegido, 1 ó 2 veces por año.

EDAD JUVENIL:

(se aplican también incisos del 1 al 5 de Primera Infancia).

- 1.- Limpieza de los dientes después de cada comida, pero por lo menos en la mañana y antes de acostarse. Empleo de cepillo de dientes medianos e duros, con cabeza chica, de cerdas artificiales y con extremos redondeados. Por lo menos durante 3 minutos. Se usarán de preferencia pastas dentífricas que no contengan abrasivos. Cuando deban usarse pastas dentífricas medicamentosas (con flúor, astringentes, desensibilizantes, etc.) la pasta deberá ser distribuida sobre la dentadura con el cepillo o con el dedo, y deberá quedar en contacto con los dientes por lo menos durante 3 minutos.
- 2.- Exámenes de control por el odontólogo, por lo menos 2 veces por año.
- 3.- Suministro óptimo de flúor, por lo menos hasta la terminación de la mineralización (mínimo hasta los 10 años de vida: fluoración del agua potable, de la sal y tabletas de flúor).

(6)

De esta manera, puedo concluir, que si conocemos todos estos métodos preventivos, podremos aplicar oportuna y acertadamente Odontología Infantil Preventiva, que nos dará por resultado, la preservación por mucho tiempo de una buena salud oral.

CAPITULO TERCERO

MANEJO DEL PACIENTE INFANTIL ANTE EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.

A) Desarrollo Psicológico del niño.

El desarrollo psicológico del niño es el producto del potencial hereditario (físico-mental), y del medio ambiente en donde se desarrolle; que se manifiesta exteriormente como un patrón de conducta reflejada en sus acciones, actitudes y personalidad.

Es importante tomar en cuenta la relación existente entre el desarrollo físico y psicológico de un niño, ya que se encuentran íntimamente ligados, a tal grado que en una relación positiva tendremos como resultado un individuo maduro. Es decir; un niño normal pasa por un crecimiento mental además del físico; constantemente adquiere, deja y modifica hábitos, y es este cambio quizá una razón para que la reacción del niño pueda diferir en el consultorio entre una visita y otra.

La edad psicológica del niño no siempre corresponde a su edad -

cronológica, pero mediante el aprendizaje, se sensibiliza a experiencias específicas y se condiciona a los fenómenos del medio.

Por esto, de acuerdo a su edad cronológica, el niño puede actuar de la siguiente manera en el consultorio dental:

2 AÑOS: A esta edad hay una diferencia muy considerable en el desarrollo del vocabulario; por lo que es muy limitado y la comunicación será deficiente; de ahí, que se puede terminar con éxito el trabajo en algunos niños de - - 2 años, mientras que en otros la cooperación es limitada. Estos niños se llevan bien con los miembros de la familia pero son tímidos con la gente extraña por lo que casi sin excepción deben pasar acompañados al consultorio; no se puede llegar a ellos solo con palabras y es necesario dejarlos tocar y manejar los objetos con el fin de que capten plenamente su sentido y de esta manera sepan lo que el dentista intenta hacer.

3 AÑOS: Estos niños suelen poder comunicarse y razonar con más facilidad durante la experiencia odontológica, tienen un gran deseo de conversar y a menudo cuentan historias al dentista; pero se sienten más seguros si se les permite que el padre permanezca con ellos hasta que conozcan bien al personal y los procedimientos.

En estas edades, los niños que asisten a escuelas para niños de muy corta edad, se vuelven más sociables, y están más dispuestos a reali

lacionarse con extraños. La disminución de temores pueda deberse a:

- a) darse cuenta que no hay nada que temer
- b) presiones sociales que le fuercen a ocultar su miedo
- c) imitación social
- d) guía por parte de adultos.

Sin embargo, suelen tener espíritu agresivo, aventurero, actitudes amistosas; y generalmente están desarrollando miedo a su propia conciencia, ya que está formando con la disciplina correctiva de los padres esta situación.

Los "sí" y los "no" se vuelven parte de él y pueden llevarle a estados de ansiedad, si la disciplina ha sido defectuosa, ó pueden llevarle a un buen comportamiento si la disciplina ha sido moderada y justa.

4 AÑOS! Generalmente estos niños escuchan con interés las explicaciones y, normalmente responden bien a las indicaciones verbales. Suelen ser muy vivaces y grandes conversadores aunque en algunas situaciones pueden ser bastante desafiantes; pero desde luego, son muy cooperadores. Este niño va adquiriendo la posibilidad de valorar las situaciones generadoras de miedo y por su propia experiencia y capacidad de discernir la gravedad del peligro pierde y olvida sus tempranos temores.

5 AÑOS.: A esta edad no suele sentir temor al dejar al padre en la sala de recepción; su relación personal y la social están muy definidas y acepta perfectamente las actividades en grupos. Generalmente están orgullosos de sus posesiones y responden muy bien a los comentarios hechos al respecto de su apariencia física.

6 AÑOS.: Es una época de transición importante y puede aparecer una ansiedad considerable; las manifestaciones tensionales alcanzan a esta edad un pico, con lo que pueden incluir estallidos de gritos, violentas rabietas y golpes a los padres habiendo igualmente un alto incremento en las respuestas temerosas. Sin embargo con la debida preparación y experiencia odontológica, responde de manera satisfactoria

Durante estas edades (4 a 6 años) el niño entra a un período de conflictos muy marcados y de inestabilidad emocional. Está en inquietud constante entre su yo en evolución y su deseo de hacer lo que se le pide. A medida que su ego se desarrolla, se vuelve suficientemente fuerte para tolerar muchas tensiones internas desagradables, y suprimirlas hasta que pueda lograr satisfacción. La fantasía en este período tiene un papel muy importante, por ser, tal vez, mecanismo de protección. Sirve como amortiguador de problemas emocionales. Ya que los niños combaten las cosas que temen en la realidad convirtiéndolas a niveles imaginativos.

Al hacer esto, el niño no solo gana bienestar, sino también desarrolla el valor y la calma necesarios para enfrentarse a la situación real. El dentista por lo tanto puede usar a la fantasía como instrumento para manejar al niño de corta edad.

Generalmente estos niños obedecen órdenes con más prontitud que los que tienen 3 años, y cuando llegan a la edad escolar, la mayoría de los miedos a la odontología, que fueron provocados por sugestión, imitación o experiencias desagradables, se vuelven más fáciles de manejar.

Así mismo, el niño de esta edad esta desarrollando una curiosidad marcada hacia el medio que le rodea.

7 AÑOS: Aquí ha mejorado su capacidad para resolver temores, aunque puede reaccionar de manera que parezca alternadamente cobarde o valiente. Está en la edad de preocupaciones, pero resuelve los miedos reales.

Generalmente puede perder sus temores a los procedimientos operatorios dentales, porque el dentista puede razonar con él y explicarle lo que se está realizando. A medida que crecen, estos temores se vuelven más variables e individuales.

8 a 14 AÑOS: Aquí, ha aprendido a tolerar situaciones desagradables y muestra marcados deseos de ser obediente. Maneja bien sus frustraciones, no tiene grandes problemas, y se ajusta fácilmente a las situaciones en que se encuentra. Desarrolla considerablemente un control emocional, sin embargo

presenta objeciones a que la gente tome a la ligera sus sufrimientos. No le gusta que lo fuercen, que se le hagan injusticias o que lo mimen, ya sean los amigos o el dentista en su consultorio.

ADOLESCENTES.: Generalmente están dispuestos a cooperar para satisfacer su ego; los problemas de manejo ocurren solo en personas que están considerablemente mal ajustadas.

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

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; es por eso que en muchos aspectos, el niño se comporta de manera primitiva al tratar de luchar con la situación ó huir de ella; y cuando no puede llevar a cabo ésta, aumenta su miedo, y es entonces cuando la comunicación con el dentista puede ser muy difícil.

El momento adecuado para presentar la odontología al niño, es cuando tiene de 2 a 3 años y por eso es importante estudiar los estímulos de importancia dental y que producen miedo desde esta edad hasta la adolescencia.

Los primeros temores que el niño asocia con la odontología son los producidos por lo inesperado y lo desconocido, el ruido y vibración de la fresa y la presión que ejerce al usar instrumentos de mano al preparar cavidades, producen miedo en un niño de corta edad, y a menos que el dolor sea intenso, teme más al ruido de los procedimientos dentales que al dolor que lo acompaña.

Por otra parte, las relaciones entre hermanos, aunque no son tan importantes como las relaciones con los padres, también influyen en el comportamiento del niño. Entran a formar parte de la personalidad de él, la dominación de un hermano mayor o el dominio del niño sobre un hermano más pequeño. Así mismo, existen muchos factores además de estas relaciones que forman su personalidad como son: las relaciones en la familia, la escuela, en los juegos, con los maestros, moralidad, etc., mismos que tienen influencia sobre el modelo final de personalidad y pueden constituir la diferencia entre un niño feliz y uno confundido; pero a pesar de todo; el hogar es sin duda, el factor más importante para modelar la personalidad del niño.

B) El Consultorio y la Participación de los Padres.

Todo dentista como profesional privado, tiene derecho de controlar a sus pacientes en la forma en que se acomode a sus necesidades profesionales, a su temperamento y a su estilo de vida.

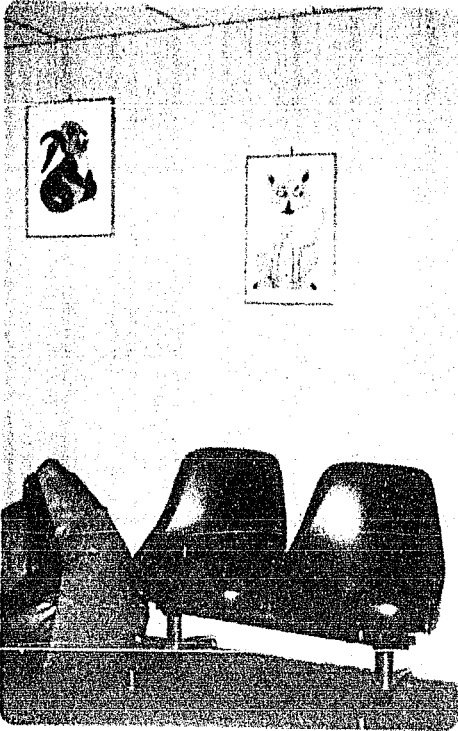
La preparación meditada del niño y de los padres antes de la primera visita dará por resultado una mejor imagen de la conducta que se lleva en el consultorio; tal preparación puede ser desde el momento del o contacto telefónico de la recepcionista con el padre, o con el previo envío de una carta a los padres, en la que se les describe la política del consultorio y se indique que es lo que se ha de realizar en la primera visita.

El servicio peditórico debe incluir orientación del niño y de los padres en cuanto a los procedimientos odontológicos necesarios y las participaciones en el consultorio; así mismo deberán estar descritos con detalle en un manual o folleto que será el primer paso hacia la creación de un programa preventivo y que servirá para dirigirse a las verdaderas necesidades del niño.

El primer objetivo que debe alcanzar el dentista es el de infundir confianza al niño, y hacer que se dé cuenta de que no es el único que pasa por esa experiencia. Por esto, la sala de espera tiene que ser cómoda, cálida, con un amueblamiento que sea atractivo para el niño, como son cuadros alegres, vitrinas con objetos interesantes, algunos juguetes, flores, libros y revistas infantiles, y que dé la sensación de que los niños frecuentan el lugar, y no les resulta desconocido.

El tiempo de espera debe ser lo mas breve posible y así mismo la sala debe estar aislada contra los ruidos del consultorio. La Asistente por su parte, debe ser una persona a quien le gusten los niños, de grata presencia y con madurez emocional, quien al mismo tiempo no deba mostrar al niño demasiada familiaridad, ya que éste desconfía ante demostraciones excesivas de afecto.

Las tarjetas que recuerdan la visita y las notificaciones deben ser atractivas, para que el niño sienta que le son enviadas a él. La sala de operaciones puede hacerse más atractiva si algunos dibujos en las paredes muestran niños jugando, el dibujo de un niño alegre y riéndose es siempre bueno. También es recomendable que los aparatos e instrumentos que no se necesiten para los tratamientos normales, no esten a la vista, ni que



SALA DE ESPERA.

las mesas de trabajo junto al sillón estén sobrecargadas con instrumental, porque podría asustar al niño.

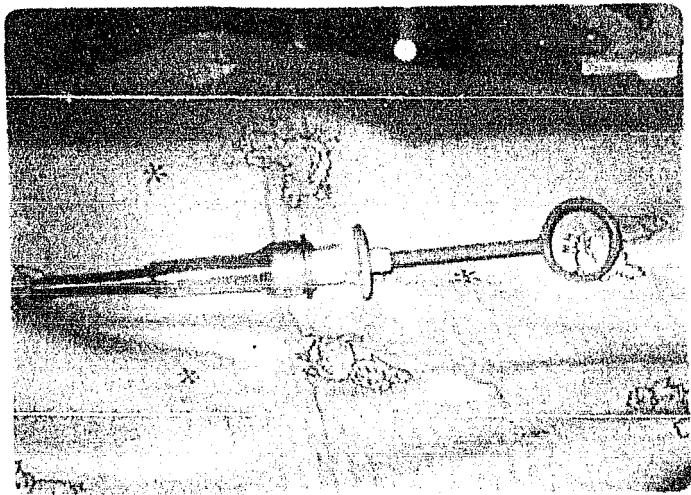
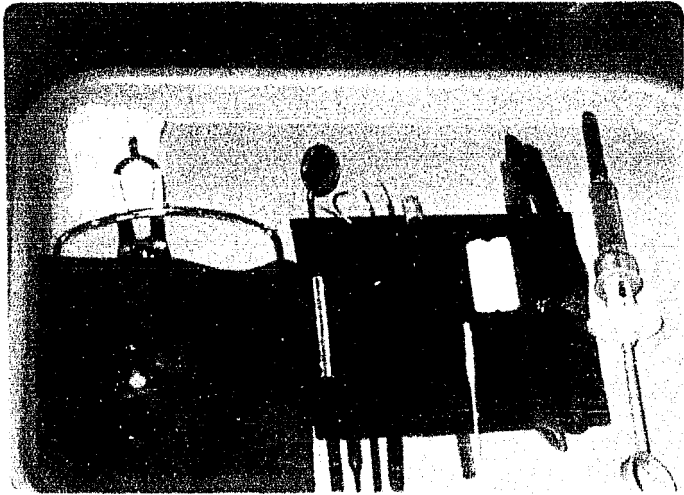
Por lo que respecta al operatorio, es necesario usar un instrumental y equipo especiales para el tratamiento de niños, porque se adaptan más fácilmente a las proporciones físicas de éstos y agilizan más la labor.

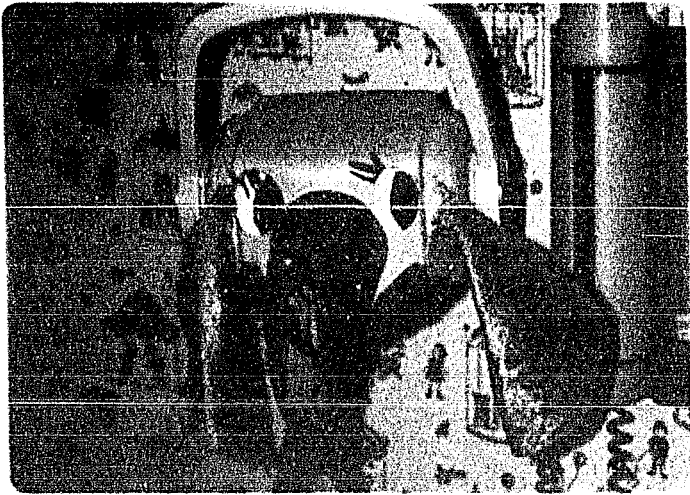
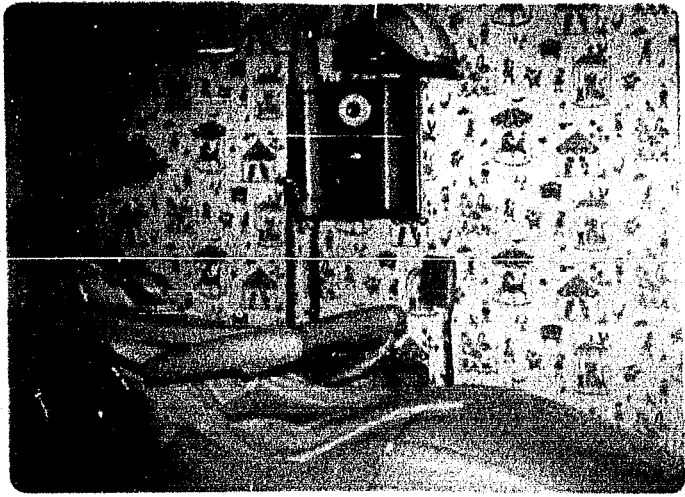
Así mismo, se debe tratar de evitar que los niños pacientes vean sangre o a adultos con dolores, las personas con ojos enrojecidos de llorar o perturbados emocionalmente volveran nerviosos a los niños, por esto es conveniente evitar que vean a estos pacientes, haciendo que salgan por otra -puerta o programando todas las visitas infantiles para el mismo horario diariamente.

No se consideran necesarias las instalaciones ni decorados especiales para atender niños, ya que un consultorio odontológico es y debe seguir siendo un consultorio dental y no un cuarto de juegos, no se trata de alejar la mente del niño de la realidad que enfrenta. El niño esta muy pendiente de qué se le va hacer y suponer que todo lo exterior le haga olvidar el motivo central de su preocupación es querer ignorar el problema de fondo.

Por lo tanto, el ejercicio de una buena pavidocancia, no requiere técnicas "fabulosas" para atraer al niño, simplemente es necesario lle-

INSTRUMENTAL Y EQUIPO APROPIADOS.





(Rx).

varlo de una manera fácil a la experiencia odontológica, a la realidad de un Consultorio Dental, ayudándole a crecer y desarrollarse en esa realidad, acompañándole en la gran aventura, contribuyendo a que cada cosa - nueva, rara, pierda su carácter fantástico y sea aceptada por él ⁷.

PARTICIPACION DE LOS PADRES.:

El principal objetivo del odontólogo infantil,⁹ es tratar de que los niños y sus padres desarrollen un sentido de responsabilidad respecto a su salud dental, de tal forma que puedan mantener sus dientes sanos y en un estado adecuado durante toda su vida, con un mínimo de reparación y gasto.

En cada sesión habrá que considerar a 2 personas: el padre y el niño, debido a que el primero es el que supervisa y autoriza los cuidados del niño en el hogar; de ahí que es de gran importancia el papel que desempeñan los padres en el consultorio.

La influencia de los padres es de vital importancia en la actitud del niño hacia la odontología. Es primordial que ellos informen a sus hijos sobre lo que pueden esperar del consultorio dental. Ningún padre por lo tanto, deberá decir a su hijo que va a experimentar dolores inten-

esos, pero tampoco debe mentir sobre las molestias de la odontología; ante todo, debe emplearse honestidad sin exageración emocionales.

Si el niño se siente querido y seguro en su hogar, le será fácil superar las lógicas inquietudes que promueve el acercarse a la situación odontológica, respaldado por la tranquilidad de su madre y la confianza que demuestra el profesional, pero si los sentimientos de los padres con respecto a la odontología no son positivos las cosas no serán fáciles.

"El ejercer odontología para niños sin evaluar al padre, sin la participación del padre y sin su confianza sólo puede resultar en fracaso 8".

Es importante comprender cuales son los motivos que llevan a los padres a interferir en la labor del odontólogo, quien debe lograr una buena comunicación con el niño y con su madre para llevar el tratamiento a buen término. Esto ha llevado a la conclusión de que las mismas ideas fantásticas que del odontólogo tiene el niño, también las presentan los padres; quienes al revivir sus propios conflictos infantiles en el momento en que su hijo se acerca a la experiencia odontológica, crean la interferencia, sin proponérselo conscientemente.

A pesar de ello, se considera que la participación de los padres es indispensable, ya que su actitud, palabras y sentimientos permiten pla-

near el tratamiento del niño, quien se mostrará cooperador mediante la motivación de la pareja progenitora.

Siempre es preferible que los padres dejen responder al odontólogo las preguntas del niño, a veces dirigidas a ellos en voz baja; ya que muchas veces la orientación odontológica por comentarios y explicaciones en el hogar con respecto a los procedimientos sin orientación previa, casi siempre son inadecuadas e inexactas y por lo tanto pueden aumentar la ansiedad en el niño. Por esta razón, muchas veces, la mejor situación del tratamiento debe alcanzarse cuando el niño está solo en el consultorio con su dentista.

Para que exista una relación más satisfactoria entre el dentista y la familia, éste debe educar a los padres haciéndoles comprender que su hijo participará voluntariamente en su nueva experiencia, si previamente llevan a cabo diversas reglas que él mismo les aconsejará y que deberán seguir antes de traer al niño al dentista, estas reglas según Finn son:

- 1.- Pida a los padres que no expresen sus miedos personales enfrente del niño.
- 2.- Instruya a los padres para que nunca utilicen la odontología como amenaza de castigo.

- 3.- Pida a los padres que le familiaricen a su hijo con la odontología llevándolo al Dentista para que se acostumbre al consultorio y empiece a conocerlo.
- 4.- Explique a los padres que si muestran valor en asuntos odontológicos, esto ayudará a dar valor a su hijo.
- 5.- Aconseje a los padres sobre el ambiente en casa y la importancia de actitudes moderadas por su parte para llevar a formar niños bien centrados.
- 6.- Recalque el valor de obtener servicios dentales regulares para formar buenos pacientes dentales.
- 7.- Pida a los padres que no sobornen a sus hijos para que vayan al dentista, ya que esto significa para el niño, que puede tener que enfrentarse a algún peligro.
- 8.- Debe intruirse a los padres para que nunca traten de vencer el miedo al tratamiento de sus hijos mediante burlas, o ridiculizando los servicios dentales.
- 9.- Deben estar informados de la necesidad que existe de combatir todas las impresiones perjudiciales sobre odontología que pueden llegar de fuera.
- 10.- El padre no debe prometer al niño lo que va a hacer o no el odontólogo; las mentiras solo llevan a decepción y desconfianza.
- 11.- Varios días antes de la cita debe comunicarse al niño de manera natural que han sido invitados a visitar al dentista.

12.- Los padres deberán encomendar al niño a los cuidados del dentista al llegar al consultorio, y no deberán entrar a la sala de tratamiento a menos que el odontólogo así lo especifique."

(9).

"La participación de los padres por lo tanto, es un factor decisivo en el buen éxito del tratamiento odontológico del niño, debemos trabajar con ellos, no contra ellos o a pesar de ellos, evitando tensiones y dificultades de comunicación que, en última instancia, repercutirán negativamente en el niño 10.

- C) Actitud del Profesional ante las diversas reacciones que presente: ansiedad, temor, resistencia, timidez.

La orientación de la conducta de un niño en el consultorio odontológico es el requisito previo para su atención dental completa.

"Centrar la atención solamente en el problema dentario es inadecuado. Porque además de la información física que el niño tiene de lo que pase en su diente, que forma parte de su esquema corporal, - también piensa en su diente, en el dentista y sus procedimientos (aspecto mental) y lo que es muy importante, siente sobre lo que le sucede o puede suceder (aspecto emocional)¹¹".

Pese al conocimiento a menudo limitado de la psicología del niño, los odontólogos logran en general llevarse bien con los niños y son capaces de trabajar con el mismo grado de eficiencia que con los adultos. Sin embargo, le resultaría más fácil aceptar cada niño si supiera que un problema de conducta o un estado de ansiedad pueden ser diagnosticados con facilidad y resueltos; pero tal aceptación sólo se puede producir como resultado de estudios en el campo de la psicología-

infantil en relación con la odontología. Esto, no significa que para atender niños, "el odontólogo debe dejar de serlo y convertirse en - psicólogo o psicoanalista y convertir su relación con el niño en una serie de interpretaciones más o menos silvestres ¹²", Psicoanálisis y - odontología son dos cosas enteramente distintas, pero también este conocimiento sirve para que aprendamos a aceptar al niño tal como es, a respetar sus sentimientos y a comprender su conducta.

El niño que ha aprendido a dominar su papel como paciente odontológico muestra cierta flexibilidad de conducta y un interés por lo que sucede en su torno; se muestra capaz de confiar en el odontólogo y de responderle. Por el contrario si esto fracasa, el sistema de trabajo se - tornará lento y difícil presentando muchos inconvenientes, entre ellos:

- 1.- Enorme cansancio físico
- 2.- Alteración y desgaste nervioso
- 3.- Trabajo de mala calidad
- 4.- Mayor tiempo invertido del normal, con sensibles perjuicios económicos.

Por lo tanto, el conjunto de todos estos procedimientos, debe hacer que el dentista se esfuerce constantemente y realice un enfoque inteligente para acercarse al paciente con entusiasmo y simpatía atenuando

así el temor que tanto los padres como los hijos tienen ante el dolor, alteraciones estéticas y factores económicos. También es necesario - realizar un tratamiento adecuado y asumir una actitud honesta de aceptación interna de las conductas del niño, ya que de no ser así, el niño lo sentirá y no se obtendrán buenos resultados porque no se inspirará confianza en el paciente infantil y sus padres.

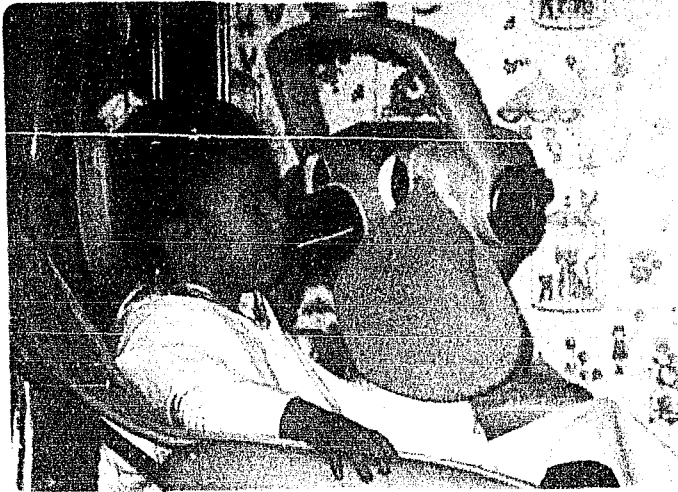
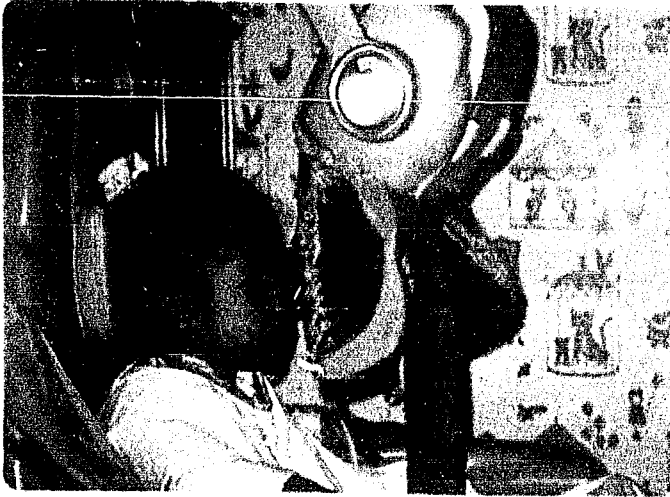
El modo en que un niño acepte o rechaze el tratamiento dental depende de la manera en que ha sido condicionado, y este condicionamiento comienza desde el hogar, es decir; su adaptación no se inicia al llegar éste al consultorio, empieza desde antes, al hacer el padre o la madre una cita, automáticamente por vía de mensajero se les envía un folleto en donde se les explica lo que es y el porque de la Odontología de Niños, para que el paciente desde antes de llegar, ya conozca nuestros objetivos.

Una vez que el niño llega al consultorio dental, se procede al llenado de la historia médica y clínica y al paso de los padres con el niño al privado del Dr., en donde los niños y las madres generalmente - están acostumbrados a que al llegar a cualquier profesionista (pediatra o cualquier otro), se salude primero a la mamá, y después se hace cierto caso al niño; bueno; aquí se hace todo lo contrario, es decir, no se hace absolutamente nada de caso a la mamá y se inicia la plática con el niño, (mediante la ayuda del previo interrogatorio en la historia clíni-

ca que nos dará el pasatiempo favorito del niño o su mascota) situación que desde su inicio envuelve al niño en un ambiente completamente distinto al que habitualmente está acostumbrado. Y entonces, nos encontramos con la clave más importante con que debe contar un consultorio odontológico, que es la separación del niño de la madre para llevarlo al cuarto de tratamiento y para lo cual es necesario un buen sustituto materno que puede conseguirse mediante la ayuda de una secretaria o de una asistente dental, misma que llevará al niño hacia el cuarto de tratamiento y en donde le enseñará todo, por ejemplo: "-el eyector de saliva que asemeja un popote"-, "-el cepillo de dientes eléctrico"-, "-el movimiento de los sillones"-, "-el elefante con su nariz que toma fotografías"-, etc.

Después de esto necesitamos adentrarnos en el manejo del niño, y aquí lo que tenemos que entender es que nos vamos a encontrar frente a diversos tipos de niños (que más adelante se analizan), y que así mismo también existen varios métodos o mecanismos de adaptación del niño a la consulta; yo sólo mencionaré 4 de ellos, que no forzosamente deben ser utilizados siempre, es decir, su utilización dependerá de cada paciente y de la consulta misma.

FAMILIARIZACION CON EL CONSULTORIO Y SU APARATOLOGIA



ANSIEDAD: FAMILIARIZACION Y FORTALECIMIENTO
DE LA CONFIANZA.

Se utiliza generalmente cuando un niño presenta ansiedad, es decir una preocupación excesiva, éste método consiste en darle a conocer y familiarizarlo con todos los elementos del consultorio tanto instrumental como el mismo personal; se le darán explicaciones breves y sencillas de lo que es cada instrumento que se va a utilizar con él y de todos los procedimientos a los que será sometido. A este respecto es importante que el niño empiece a conocer únicamente el instrumental que se va a usar dándole pequeñas y claras explicaciones sobre su uso, la exhibición de mucho instrumental es uno de los factores que aumenta la ansiedad, por ello el reducirlos y colocarlos ante su vista con naturalidad, produce la disminución de la tensión emocional.

Uno de los medios para familiarizarse o para obtener el fortalecimiento de su confianza consiste en solicitarle su colaboración sosteniendo en la mano instrumentos y pasárnoslos cuando lo necesitemos; así sentirá una sensación de cooperación de su parte y una transmisión de confianza por parte del odontólogo hacia él. Durante el procedimiento debe hablarse al niño con voz suave, haciéndole explicaciones simples y preguntándole que siente; así se dará cuenta del interés del odontólogo por

no hacerle daño. Las explicaciones se le deben hacer antes de los hechos y la ejecución operatoria debe ser inmediata.

RESISTENCIA: RELACION DE DEPENDENCIA AFECTIVO-
INTELLECTUAL.

Este segundo método es empleado cuando un niño presenta Resistencia, que es una manifestación de ansiedad o inseguridad y por lo tanto el niño se rebela contra el medio. Puede rehusar participar en la operación y no hablará con extraños, ni siquiera con conocidos. El dentista tendrá entonces dificultad para comunicarse con este tipo de paciente; el niño se siente lastimado con facilidad y llora casi por cualquier cosa. Este tipo de actitudes infantiles es causada por: sobreprotección de los padres, el haber padecido enfermedades largas en donde el niño se acostumbró a sus deseos inmediatos, etc., un ejemplo de ello, es cuando se le quiere enseñar a abrir y cerrar la boca, aquí se le ordenará con voz suave abrir la boca; si no sigue la sugerencia, apesar de que se le insista, se la abriremos con el sencillo método del espejo y le diremos - que nosotros podemos abrírsele, pero que nuestro deseo es que él se convenza que lo puede hacer por sí solo. Una vez logrado que la abra volun-

tariamente, le haremos cerrar y abrir intermitentemente y por varias veces colocándole el espejo en la barbilla al abrir y en el labio superior al cerrar. Al final suspendemos la insinuación verbal y solamente seguiremos haciéndole tacto intermitente con el espejo; el niño entonces abrirá y cerrará sin ningún problema. Se ha creado no solo una dependencia a nuestra voluntad por racionalización, sino que ha fijado un reflejo condicionado.

Cuando el paciente no acepta todas las insinuaciones del dentista y responde negativamente a la experiencia, es cuando se establece una dependencia afectivo-intelectual, es decir; se unen 2 individuos diferentes: uno supuestamente fuerte (el profesional) y el otro debil e indefenso (el niño).

Esta dependencia no debe ser autocrática sino razonable, ya que se debe dar a entender al paciente su gran capacidad de recibir y superar toda situación nueva, para lo cual nosotros tan solo seremos un elemento de ayuda; esta unión debe ser estimulada durante todo el curso del tratamiento, aún cuando el pequeño este perfectamente adaptado.

Para lograr esta dependencia se pueden utilizar varios procedimientos como son:

- 1.- Enseñarle a abrir y cerrar la boca.
- 2.- Métodos con el agua: enseñándole a escupir y tragar alter-

nadamente el agua que se deposite en su boca.

- 3.- Subir y bajar del sillón: ordenarle en forma pausada a subir y bajar del sillón, hasta que logre hacerlo si no con agrado, al menos sin llanto y sin resistencia.

Cada vez que el niño adquiera mayor capacidad de adaptación, sobre todo durante la consulta, se le debe estimular con muestras de afecto, con elogios y con valoración de su personalidad.

MIEDO.: ELIMINACION DE ESTIMULOS.

El tercer método se utiliza cuando el niño presenta miedo, es decir miedo a lo desconocido y para ello podemos definirlo, como una respuesta primitiva muy benéfica que la naturaleza nos ha dado como mecanismo de preservación de la especie, misma que esta regulada por el Sistema Nervioso Autónomo o de la vida vegetativa y que requiere de muy poca integración cortical para que se suceda; sin embargo en el ser humano esta acción hipotalámica puede ser contrarrestada por medio de llevar al niño a un razonamiento apropiado haciéndole ver la importancia de la situación y el -- porque no debe temer al dentista.

Como sabemos, el temor es una de las emociones que con más frecuencia se experimenta en la infancia; sin embargo no se debe suponer que todos los niños temen al consultorio odontológico, quienes tengan esta reacción pueden estar imitando a alguien o haber adquirido el temor como resultado de una experiencia real. El método que se utiliza aquí es la Eliminación de Estímulos que se refiere a que nosotros debemos tratar de investigar y llegar al origen del porque de ese miedo, es decir, detectar si es un Miedo Objetivo o Subjetivo, entendiendo por Objetivo, aquel que el niño siente, ve, oye, huele o saborea y que le dá una naturaleza desagradable porque es producido por estimulación física directa a los órganos sensoriales. Por ejemplo, un diente doloroso puede asociar dolor con odontología y puede causar aprensión hacia la visita dental. Puede ser un miedo a los instrumentos, a los medicamentos, al blanco de las batas (que asocian cuando han sido tratados mal anteriormente por personas con uniformes blancos), a los ruidos, etc., que desencadena en ellos reacciones anormales e intensas.

El miedo Subjetivo esta basado en sentimientos o actitudes que han sido sugeridas al niño por personas que le rodean sin que el niño los haya experimentado personalmente. Un niño pequeño y sin experiencia al -

oír de alguna situación desagradable o que produjo dolor, sufrida por sus padres u otras personas, pronto desarrollará miedo a esa experiencia.

Pero lo más importante es llegar a su origen y nivel, saber si es instintivo, racional o imaginativo, y el por qué de la localización; - solo así se podrá combatir. El psicológico e imaginario es más fácil de combatir que el orgánico, por eso durante la primera sesión, el odontólogo no debe intentar más que procedimientos simples y gradualmente debe ir construyendo hasta llegar a los procedimientos normales de toda rutina que son necesarios para el servicio de salud.

Cuando este miedo llega al nivel del pánico, las reacciones se acrecientan; hasta llegar a producir lipotimias de origen psicológico. Igualmente, la agresión puede ponerse de manifiesto. Pese a todo esto, el profesional debe conservar la calma, no dejarse llevar al campo del niño; y una vez logrado esto, debe hacer regresar al niño, para recuperarlo del trauma que ha sufrido ("interferencia momentánea de la respiración; como tapar la boca con presión es una técnica que es peligrosa en manos inexpertas y no deben ser utilizadas porque en casos extremos puede causar problemas más graves, sólo se debe utilizar en casos especiales y por odontólogos calificados que logren la recuperación del paciente ¹³").

Se tratará entonces, de hacer un análisis consciente de cada pa-

ciente y se procederá a calmarlo con paciencia y buena voluntad para así ganar su confianza y convencerlo de que no se le hará ningún daño; se le mostrarán los instrumentos y se le explicará su funcionamiento. Es frecuente que en un principio no sea fácil someterlo al tratamiento, debido a que por su estado físico y psicológico no presta ninguna cooperación, ya que son pacientes que presentan el cuerpo tenso, las manos sudorosas y tratan de convencer a sus padres para que abandonen, junto con ellos, el consultorio, pero una vez dominado el miedo, son los mejores pacientes.

TIMIDEZ: EDUCACION DEL VALOR.

Generalmente se utiliza cuando un niño es tímido. La timidez suele estar relacionada con la experiencia social muy limitada por parte del niño; puede ser útil permitir que el niño tímido sea acompañado al consultorio mismo por otro niño paciente bien adaptado.

Este niño siempre tratará de esconderse detrás de su madre, mira fijamente hacia el suelo o algún otro lado, se rehusa a entablar conversación y puede ocasionar problemas en cuanto a su tratamiento, pero hay que tratar de comprenderlo. Igualmente pueden ser varias las causas de estas

características como son: falta de contacto con otras personas fuera de su casa, poco afecto de los padres, excesiva autoridad paterna, ser hijo único o estar en una etapa de dependencia.

Una vez que el niño se ha familiarizado, adquirido confianza y sabe controlar su propio estado, podemos ayudarlo a educar su valor.

Se le hará vivir la experiencia sin traumatizarlo, sino familiarizándolo con los elementos que desencadenan la percepción; haciéndole distinguir la diferencia entre presión y contacto. Será también necesario emplear técnicas combinadas como hiperventilación, relajación, etc., y el paciente responderá positivamente en forma muy rápida. La transmisión de las experiencias debe ser moderada en principio, actuando el profesional con mucho tacto y rapidéz en el tratamiento, evitando inicialmente el contacto con puntos verdaderamente dolorosos y enseñándole al paciente la distinción entre diferentes sensaciones que pueden ser tomadas como dolor (Presión, vibración, contacto, etc.).

Por esto, en la primera sesión se atenderá con sumo cuidado el problema dental para ganar en esta forma la confianza del niño.

Finalmente, es importante volver a recalcar, que estos métodos de adaptación del niño a la consulta, NO SON UNICOS, y que su utilización dependerá de cada paciente, de la situación y de la forma de trabajo del odontólogo.

D) Diferentes tipos de niños y su manejo.

"Para ser odontólogo no basta una formación científica; se requiere también el arte de tratar a los seres humanos ¹⁴". El arte de tratar a la gente no solo requiere conocimientos psicológicos y experiencia práctica, sino el constante afán por emplear esos conocimientos y experiencias en la práctica.

El tratamiento de los niños en algunos aspectos es más difícil, en otros más fácil que el de los adultos. Es relativamente fácil ganarse su confianza pero se le puede perder también muy rápidamente. Los niños son más vulnerables psíquicamente; no poseen suficiente voluntad para soportar cualquier molestia, y no suelen a veces comprender por qué tendrán que soportarla.

Todo niño tiene necesidades fundamentales de amor, protección, aceptación, estimación propia, independencia, autoridad, limitaciones, consuelo y apoyo. Estas necesidades deberán satisfacerse para que cada niño llegue a la madurez como individuo bien centrado. La disciplina indica al niño hasta donde puede llegar, impone límites a su libertad, pero dentro de esos límites es completamente libre; el niño indisciplinado no tiene esa libertad de acción porque no sabe en qué punto sus actos pueden crearle problemas.

Cuando no existen restricciones al comportamiento de los niños, a menudo se producen sentimientos de culpabilidad, se vuelven hoscos, temerosos y ansiosos. El primer contacto del niño con la autoridad son los padres; y debe ser ejercida de manera protectora y amorosa, nunca de manera excesiva, y ejercida adecuadamente dá confianza. Por lo tanto, para que un niño crezca y se comporte de manera normal, el medio emocional que le rodea deberá estar dentro de los límites de la normalidad.

En base a las diferentes reacciones que un niño presenta en el consultorio dental, existen también diferentes tipos psicológicos de niños, aquí menciono estos tipos, y el manejo adecuado que se debe dar a cada uno de ellos dentro del consultorio dental, aunque debo hacer incapié en que NO EXISTEN METODOS O PROCEDIMIENTOS UNICOS, sino que el odontólogo - actuará de acuerdo a las circunstancias especiales de cada paciente, y al momento mismo de la consulta dental:

A: NIÑO TIMIDO: Se le conoce fácilmente, siempre estará detrás de la madre. Se le convencerá de que suba al sillón dominando poco a poco su temor. Debemos tratar de entrar al terreno de sus afectos, y de ser posible nos interesaremos en sus aficiones, en sus gustos, en los deportes que practica, etc., y con ello nos ganaremos su confianza y su entusiasmo.

B: EL NIÑO INCORREGIBLE O CAPRICHOSSO: la excesiva indulgencia, a veces el rechazo por parte de los padres, forman este tipo de niños, éstos están acostumbrados a conseguir todo lo que se proponen ya sea gritando, llorando, pateando, etc.

C: NIÑO CONSENTIDO: es aquel que por ser hijo único, el menor o el adoptivo, o que ha pasado una larga temporada enfermo o en el hospital, se le concede todo lo que pide. Normalmente el niño se porta bien, pero en cuanto se le pide que haga algo que a él no le agrada, se enoja siendo en este caso difícil de manejar.

D: NIÑOS DEBILES MENTALES: todos los niños de lento aprendizaje constituyen un problema individual distinto. Sin embargo entre ellos existe un rasgo en común, siendo este la lentitud con la que asimilan las indicaciones que se les den. A estos niños no es posible apresurarlos para que comprendan, es necesario obrar y actuar de acuerdo con el grado o etapa de debilidad mental presente. Es probable que en algunos casos tengamos que recurrir al uso de anestesia general, para poder realizar el tratamiento dental en estos pacientes.

E: NIÑO TEMPERAMENTAL: cabe dentro de todos los tipos de niños, a veces coopera y otras no. Si el niño está cansado o aburrido lo mejor es dejarlo ir.

F: NIÑOS SURDOMUDOS: la gran mayoría coopera si se les sabe tratar.

G: NIÑO QUE COOPERA: Debemos hacer la clínica no dolorosa, explicarle en forma clara las operaciones que realizaremos y cual de ellas va a causarle molestias.

Estas son algunas de las características de los niños en general, pero como es de suponerse, no es posible establecer normas definidas para tratar al niño en el consultorio dental, pues lo más probable es que el niño no se ajuste totalmente a alguna de las características antes mencionadas.

(15)

De las primeras impresiones que el niño tenga respecto del dentista, dependerá todo su comportamiento futuro frente al tratamiento y -- cuidado de su dentadura.

Todos los niños están desagradablemente impresionados por el -- tratamiento (aún cuando se esfuerzan por parecer tranquilos) y es por -- esto, que el odontólogo nunca debe perder su capacidad de comprensión, debe intentar comprender la situación del niño, y reconocer los factores angustiantes para eliminarlos en seguida.

El comportamiento de los padres y de otros miembros de la familia a menudo, es uno de los factores más importantes que determinan la -- posición del niño frente al tratamiento dental, es decir; los padres influyen enormemente en la actitud de sus hijos hacia la odontología, de esta ma-

nera tendremos niños exageradamente protegidos que no pueden utilizar iniciativa propia o tomar decisiones por sí mismos, los padres dominantes presentan niños muy tímidos, delicados, sumisos y temerosos, son buenos, humildes, con sentimientos de inferioridad, atemorizados y con ansiedades profundas. Estos niños son pacientes ideales si no son excesivos en su actitud, porque son obedientes, educados y reaccionan bien a la disciplina. Así mismo, los padres que son demasiado indulgentes o que dan demasiados lujos a sus hijos, presentan niños que tienen dificultad para adaptarse al medio social que les rodea. Como les hacen creer que son superiores a los demás, se vuelven desconsiderados, egoístas y tiránicos; si no se les da lo que piden, se impacientan y tienen ataques de mal genio, inclusive tratan de golpear a las personas que no accedan a sus deseos. Son niños muy mimados, y aunque no incorregibles, son muy difíciles de manejar en el consultorio dental.

El padre que es algo indiferente tiene hijos que se sienten inferiores y olvidados, no están seguros de sí mismos y de su lugar en la sociedad, desarrollan resentimientos, se vuelven poco cooperadores y se retraen en sí mismos sin amar ni interesarse por nadie. Estos niños desarrollan carencias de estimación propia y sentimientos de incapacidad que los llevan a la ansiedad profunda. Puesto que no tienen seguridad en casa,

se vuelve suspicáz, agresivo, vengativo, combativo, desobediente, nervioso y demasiado activo. En el consultorio dental generalmente demandan mucho, y deberán respetarse sus peticiones en lo posible, porque están necesitados de atención y bondad; en muchos casos el niño rechazado se porta mal para atraer la atención.

Los padres que presentan ansiedad excesiva se caracterizan por una preocupación excesiva hacia el niño, como resultado de alguna tragedia familiar anterior, que fué consecutiva de alguna enfermedad o accidente. Se asocia casi siempre con excesos de afecto, protección y mimo. Estos niños son tímidos, huraños y temerosos, se preocupan cada vez más por su salud y les falta capacidad para tomar decisiones por sí mismos. Por lo regular son buenos pacientes si se les instruye que lo sean.

Los padres que son dominantes exigen de sus hijos responsabilidades excesivas que son incompatibles con su edad cronológica, no aceptan al niño como es, sino que lo fuerzan a competir con otros niños mayores o más avanzados. Esto ocasiona que el niño resienta esto y se vuelva sumiso, inquieto, evasivo y con gran sentimiento. Si se les trata amable y considerablemente llegan a ser buenos pacientes odontológicos.

En ciertos casos, los padres tratan de revivir sus propias vidas en los hijos; y si el niño no reacciona favorablemente, los padres muestran

abierta decepción. El niño siente esta desaprobación paterna y tiene sentimientos de culpa que se reflejan en timidez, inseguridad y retraimiento; llora con facilidad, no tiene confianza en sí mismo, trata de hacer poco por miedo al dentista. Estos niños reaccionan en el consultorio dental de la misma manera que los niños de padres dominantes, y deben ser manejados análogamente.

En general, es necesario cierto grado de dominación por parte de los padres y de sumisión por la de los hijos para que estos se ajusten a los patrones culturales actuales. Si la sominación de los padres es justa y se administra adecuadamente, el niño tenderá a ser un buen paciente dental.

Ahora bien, en conclusión, tenderemos que la actitud del niño - ante el tratamiento dental dependerá de :

1.- FACTORES FAVORABLES:

- a) Medios educativos sobre la salud
- b) Influencias positivas de los padres u otras personas
- c) Buenas experiencias personales en el consultorio

2.- FACTORES DESFAVORABLES:

- a) Haber escuchado experiencias desfavorables ajenas
- b) Manifestaciones de abierto rechazo de los padres u otras personas
- c) Experiencias desfavorables propias en el consultorio.

MANEJO:

- - - -

Cuando el niño llega para que se le haga alguna corrección dental, su comportamiento dependerá no tan solo de su condicionamiento anterior, sino también de la capacidad que tiene el dentista de manejarlo. Si se maneja al niño adecuadamente, es muy raro que no se pueda obtener cooperación. Los niños temen excesivamente a lo desconocido y se sienten mal preparados y aprensivos para afrontar nuevas situaciones, entonces, visitar al odontólogo antes del tratamiento puede hacer que lo desconocido se vuelva más familiar y tal vez mitigue temores o necesidades futuras de huir.

Debemos intentar siempre entender los motivos de la obstinación infantil, para poder adaptar correspondientemente el tratamiento. Un proceder enérgico o autoritario, puede resultar eficaz frente a un niño educado demasiado indulgentemente, como sería equivocado en un niño cuya obstinación es sólo la defensa contra una educación demasiado dura. En este, se debe intentar el acercamiento comprensivo y amable del niño para vencer su obstinación. A veces, en algunos niños existe cierta predisposición psíquica, condicionada por experiencias traumatizantes anteriores y que se intensifica todavía más por errores en la educación.

Actualmente, debido a los grandes progresos de la Odontología, el dentista tiene a su disposición diversos métodos psicológicos y farmacológicos, que le permiten introducir al niño a la práctica dental con mayor éxito:

MÉTODOS PSICOLÓGICOS: La sugestión en la práctica odontológica dirigida hacia un fin determinado, se emplea con énfasis y con efecto persuasivo influyendo sobre el comportamiento del niño en el sentido deseado.

A veces es necesario elegir la voz imperativa, especialmente si - observamos que el niño se pone intranquilo o empieza a actuar con resistencia. En tales casos mezclamos entre la conversación una orden con voz imperativa (por ejemplo): quédate quieto!, ¡ abre la boca!, etc., y seguimos hablando en tono amable, realza el efecto de aquélla, sin que se pierda la confianza del niño, porque nuestras siguientes palabras son nuevamente amables. Para algunos niños, especialmente los angustiados, es conveniente dirigirles algunas palabras de consuelo; pues éstas tranquilizan al niño.

La sugestión es eficaz en niños preescolares, y en los de los - primeros grados; en niños que todavía no dominan bien el idioma, desde luego no se emplea la sugestión verbal; en niños mayores, el dentista elegirá según su criterio, combinándola con una psicoterapia racional.

En niños mayores se puede influir muy bien por medio de la psico-

terapia racional, es decir; se les explica el sentido de la intervención o la acción del instrumento, convenciéndolos con argumentos lógicos de que no hay que tener miedo.

MÉTODOS FARMACOLÓGICOS: los métodos psicológicos y los farmacológicos deben complementarse mutuamente. La influencia puramente psicológica puede fallar cuando el niño siente inesperadamente un gran dolor. Es conveniente aumentar el efecto de los medicamentos, instruyendo al niño sobre la buena acción de los mismos. Hay casos en que ni siquiera un medicamento fuerte ayuda si el niño está demasiado excitado. Los niños difíciles, por eso, - casi siempre deben ser tratados psicológica y farmacológicamente.

Los medicamentos pueden ser empleados tanto para la preparación del niño como también durante el tratamiento y después de la intervención. Para la preparación farmacológica del niño se usa el término Premedicación, "misma que es el conjunto de preparativos para el tratamiento; y la Post-medición es el empleo de medicamentos cuyo efecto tiene lugar sólo cierto tiempo después de la intervención ¹⁶". A estos medicamentos pertenecen, ante todo, los analgésicos que se dan al niño después de la intervención, para que no tenga dolores cuando cese el efecto de la anestesia local.

Ahora bien, el primer paso en el recondicionamiento es saber si

el niño teme excesivamente a la odontología y por qué; el siguiente paso es familiarizar al niño con la sala de tratamiento dental y con todo su equipo sin que produzca alarma excesiva. Desde el momento en que el niño entra en el consultorio, alguien debe ocuparse de él constantemente. Mientras el dentista habla con los padres, la enfermera se ocupa del niño.

La conversación del profesional con los padres debe ser lo más breve posible, para poder empezar pronto el tratamiento.

Mientras tanto, la enfermera siempre charlando con el niño, lo habrá sentado en el sillón. Por este medio se gana la confianza del niño y el miedo se vuelve curiosidad y cooperación. Puede disminuirse el miedo permitiendo y alentando al niño sutilmente para que pruebe cada pieza del equipo. El dentista debe explicar como funciona cada pieza, de manera que el niño se familiarice con los sonidos y acciones de cada accesorio.

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, podrán llegar a comprenderse sin perder mucho tiempo. El dentista hablará con el niño sobre diversiones, técnica, amigos y deportes, y objetos que interesan al niño. La charla debe ser continua y entretenida, y no debe ser interrumpida ni aún cuando el profesional debe concentrarse en un paso de su trabajo.

El niño, debe tener la impresión de que lo más importante en

la visita al dentista es la conversación con éste, y el tratamiento se realiza así solo de paso. De la conversación el niño debe sentir que - hay un verdadero interés por su persona, la voz y los actos deben ser con confianza pero de manera natural y cálida. Actitudes y voces amistosas y naturales dan mucha seguridad, porque no sugieren nada desagradable en el futuro. Si el dentista no tiene seguridad, se reflejará en el comportamiento del niño.

No existen en el manejo del niño fórmulas misteriosas o secretos para entaalar contacto, el manejo correcto se basa en conocimientos, sentido común y experiencia.

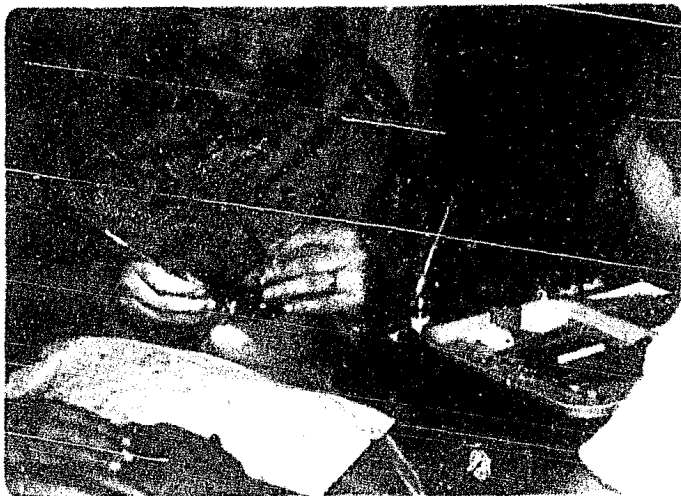
Cuando se hable a los niños, el odontólogo debe ponerse a su mismo nivel en posición y conversación, en palabras e ideas, utilizando palabras sencillas y cotidianas que usan los niños de la edad del paciente. Así mismo hay que dejar que el niño lleve la conversación, si es muy pequeño, es conveniente añadir algo de fantasía para dar más interés. Debe evitarse también hablar a los niños como si fueran mas pequeños de lo que en realidad son., no utilizar palabras de bebé con niños de 4 ó 5 años; los niños se sienten halagados si los adultos los consideran mayores de lo que son. Cada niño deberá recibir la atención completa del dentista, siempre hay que tratarlo como si fuera el único paciente que se ve en ese día. Nunca hay que dejarlo cuando es muy pequeño, sentado solo en el sillón, ya que

sus temores, aún no disuados por completo, pueden agrandarse. Si se tiene que abandonar la sala de operaciones, aunque sea por un minuto, debe estar presente la ayudante. Sin embargo, si está claramente atemorizado, es mejor que el odontólogo no abandone en absoluto la sala. Al establecer esta confianza, el dentista debe transmitir al niño que simpatizó con sus problemas y los conoce.

El odontólogo tiene que humanizar sus relaciones con los niños, durante la primera visita deberá realizar solo procedimientos menores e indoloros, se obtiene la historia, se instruye sobre el cepillado del diente, se limpian los dientes y se les recubre con solución de fluoruro. Se pueden tomar Rx., y si se le permitió al niño que tocara y sintiera el motor, no debe haber dificultades. Así pues, el odontólogo debe realizar sus deberes con destreza, rapidez y mínimo de dolor. Si se arreglan los instrumentos adecuadamente, no será necesario buscarlos y perder tiempo cuando ya ha empezado la operación. Un niño puede ver claramente cuándo hay ineficiencia, aún después de pocas visitas al consultorio; los niños son más observadores que los adultos quizá porque se interesan por lo que les rodea.

Cuando se trata a niños, es siempre bueno informarles de lo que se va hacer, pero debe evitarse asustarlos utilizando palabras mal seleccionadas que le sugieran dolor. Por ejemplo, muchos temores sugestivos no los produce el procedimiento en sí, sino el significado atemorizante de alguna-

MANEJO ADECUADO



palabra, ya que 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. Así mismo, el dentista no sólo debe ser entretenido y estar de buen humor, sino también debe tener paciencia y ser indulgente, pero siempre debe hacer sentir su autoridad, y ante todo, debe comprender el carácter del niño y conocer su temperamento para adaptar correspondientemente sus procedimientos.

Generalmente, según prefiera puede trabajar con el padre o la madre en la sala de operaciones, o les puede pedir que no estén en ella. por lo regular, 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; pero casi siempre en citas subsecuentes resulta mejor tratar a los niños sin presencia de los padres. Una gran parte de los niños, aún de los intranquilos, se someten pacientemente al tratamiento cuando han salido los padres; aunque esto desde luego, está sujeto a circunstancias individuales.

Al niño, deberá decirse de manera natural que a veces lo que hay que realizar produce algo de dolor, es decir; si el procedimiento tiene que producir dolores, aunque sean mínimos, es mejor prevenir al niño y con-

servar su confianza que dejarle creer que ha sido engañado.

Tratar de convencer verbalmente al niño para que pierda su miedo sin darle evidencias concretas de por qué, no es muy eficaz, ya que los temores se desarrollan a nivel emocional, y por lo tanto las llamadas verbales a nivel intelectual son generalmente ineficaces.

Cuando el niño está en contacto con la situación que produce miedo, la ayuda verbal es inútil. Decirle al niño que no debe sentirse como se siente indica carencia de conocimientos sobre problemas emocionales, porque el niño no puede evitar el sentirse así. Es por eso que no debemos gastar energía diciendo al paciente que no debe tener miedo, sin darle primero razones para creerle.

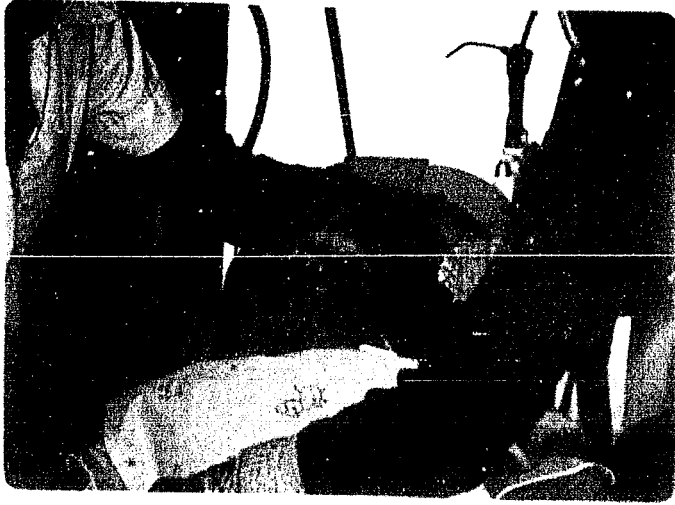
A veces los niños de edad preescolar gritan con fuerza y largamente en el sillón dental, y es difícil hacerse comprender cuando el niño grita continuamente; la amenaza de sacar a los padres fuera de la sala puede ser suficiente para que se calle; en otras ocasiones puede dar resultado decirle que se calme y darle tiempo para que se desahogue. Sin embargo, hay ocasiones, en que estos métodos no resultan cuando el niño ha llegado a la histeria, es entonces; cuando es necesario emplear medios físicos para calmar al paciente lo suficiente para que pueda escuchar lo que se le tiene -- que decir. La manera sencilla de hacer esto, es colocar suavemente la mano sobre la boca del niño, indicando que el procedimiento no es un castigo, sino

un medio para que el niño oiga lo que se le va a decir. No debe intentarse bloquear la respiración bucal. Mientras el niño llora, hay que hablarle al oído con voz normal y suave, diciéndole que se quitará la mano cuando pare de gritar. Una vez que ha dejado de llorar, quitar la mano y hablar con el niño sobre alguna experiencia sin relación alguna con la odontología.

Colocar la mano sobre la boca del paciente es medida extrema y solo deberá usarse como último recurso en un paciente ya histérico, cuando hayan fallado todos los demás medios, por ejemplo, puede ser necesario usar esta técnica con niños demasiado mimados. Pero según Addelston, la técnica de "decir" "mostrar", "hacer" empleada en los niños no producirá traumas psicológicos, y el niño a medida que pasa el tiempo, estará esperando su visita dental con alegre anticipación".

Así pues, en procesos de aprendizaje, el castigo y la recompensa son básicos. Una de las recompensas que más busca el niño es la aprobación del dentista. Por lo tanto, que el dentista reconozca la conducta ejemplar del niño, influye para que éste se porte bien. Cuando el niño sea buen paciente, hay que decírselo. Los regalos son muy buenas recompensas; darle al niño algún regalo cuando se ha portado bien forma parte de un manejo adecuado. Lo que impresiona favorablemente al niño, más que el regalo, es que se reconozca su mérito.

Nunca hay que sobornar a un niño, el resultado será sencillamente que el niño seguirá portandose mal para obtener más soborno y concesiones.



Colocar la mano sobre la boca del paciente es medida extrema y deberá emplearse sólo - como último recurso y bajo personal especializado.

Sobornar es admitir que el dentista no puede manejar la situación. Es conveniente distinguir entre soborno y recompensa, el soborno se promete o dá para inducir buen comportamiento; y recompensa es reconocer que hubo buen comportamiento después de que se terminó la operación, sin que anteriormente se hubiera prometido.

Cuando se trate con niños hay que ser realista y razonable, no debemos "condenar" a un niño porque está asustado, hay que tratar de ponerse en su lugar y comprender por qué actúa de esa manera. Es necesario respetar sus emociones, pero si no están de acuerdo con el patrón deseado para trabajos dentales, trataremos de alterarlos.

Por consiguiente al tratar al niño, esto debe ser tomándolo como individuo, con sentimientos y emociones y no como objeto inanimado en el sillón.

El odontólogo por su parte nunca debe perder su dominio y enfadarse. La ira como el miedo es una reacción emocional primitiva e inmadura; es señal de derrota e indica al niño que ha tenido éxito y ha disminuido su dignidad. Si el dentista pierde el control y eleva la voz, sólo asustará más al niño, y se le dificultará más aún su cooperación. Si no puede evitar enfadarse, es mejor despedir al niño y dejar que otro odontólogo pruebe suerte.

Si por el contrario, se le ha tratado lo mejor posible y no se-

puede entablar relación con el niño, es mejor admitir la derrota que arruinar al niño para tratamientos dentales futuros.

Así mismo, todos los movimientos, ya sea al manejar a los pacientes o en procedimientos operatorios, deberán mostrar suavidad y gracia, ya que movimientos rápidos y bruscos tienden a atemorizar a los muy pequeños. Si las acciones son naturales y graciosas, se podrán evitar gran parte de miedos innecesarios.

Ahora bien, la duración de las sesiones debe estar basada sobre los procedimientos involucrados en el tratamiento odontológico, en el profesional y su personal por las idiosincrasias del niño, y también sobre factores externos como permisos escolares, clima, transporte, honorarios y la disponibilidad del tiempo.

Una sesión se considera larga a los 45 minutos; y en ellos hay tendencia al deterioro de la conducta.

En conclusión, y ya que el niño puede reaccionar contra cualquier procedimiento porque carece de capacidad de comunicarse con el dentista y el personal de su consultorio, es siempre necesario para tener éxito, establecer la comunicación y hacerle sentir que el odontólogo y su personal son sus amigos y están interesados en su salud. Para lograr esto, existen algunas reglas útiles para obtener obediencia durante el manejo del niño en el consultorio según Rand y que me permito transcribirlas:

- A) Ganarse la atención del niño.- para asegurarse de que oye las indicaciones.
- B) Expresar las órdenes en un lenguaje que pueda comprender.
- C) Las instrucciones deben ser con lentitud, claridad, pocas y de una por vez.
- D) El odontólogo y su personal deben ser justos y razonables en sus pedidos (no pueden esperar cooperación de un niño incómodo ó dolorido).
- E) Evitar el uso de amenazas o sobornos; frases como: "si eres bueno te daré un libro o te obsequiaré un juguete", pueden ser substituidas por: "cuando salgas te obsequiaré un libro o un juguete"., entonces el regalo no será interpretado como soborno.

(17)

MANEJO DEL NIÑO A DIVERSAS EDADES:

EDAD PRE-ESCOLAR: el manejo adecuado de este paciente no es sólo la buena atención dental sino también, lo que es aún más importante, cimentar las bases de la aceptación para la operatoria dental como un servicio de salud. El niño que se siente cómodo en el ambiente dental durante sus primeros años será generalmente un buen paciente durante su edad escolar y adolescencia.

- A) Ganarse la atención del niño.- para asegurarse de que oye las indicaciones.
- B) Expresar las órdenes en un lenguaje que pueda comprender.
- C) Las instrucciones deben ser con lentitud, claridad, pocas y de una por vez.
- D) El odontólogo y su personal deben ser justos y razonables en sus pedidos (no pueden esperar cooperación de un niño incómodo ó dolorido).
- E) Evitar el uso de amenazas o sobornos; frases como: "si eres bueno te daré un libro o te obsequiaré un juguete", pueden ser substituidas por: "cuando salgas te obsequiaré un libro o un juguete"., entonces el regalo no será interpretado como soborno.

(17)

MANEJO DEL NIÑO A DIVERSAS EDADES:

EDAD PRE-ESCOLAR: el manejo adecuado de este paciente no es sólo la buena atención dental sino también, lo que es aún más importante, cimentar las bases de la aceptación para la operatoria dental como un servicio de salud. El niño que se siente cómodo en el ambiente dental durante sus primeros años será generalmente un buen paciente durante su edad escolar y adolescencia.

El miedo y la ansiedad son probablemente los niveles emocionales más importantes con los que el odontólogo tiene que luchar. Los niños más pequeños pueden adquirir el miedo al odontólogo por conversaciones escuchadas en el hogar y también por discusiones en los lugares de juego.

No se debe intentar el tratamiento definitivo en la primera cita, se debe utilizar el tiempo en llegar a convencer al niño y efectuar el procedimiento de rutina: exámen, profilaxis, investigación radiográfica, etc. Los niños pequeños deben conocer y tener confianza con su odontólogo, por esta razón, la primera cita no debe ser delegada al personal auxiliar.

Por otra parte, el uso de drogas para modificar el comportamiento del niño es también preferencia individual del dentista, ya que en ocasiones es útil emplearlas para reducir el límite de ansiedad de los niños antes de procedimientos operatorios; sin embargo, el odontólogo experimentado no considera necesario el uso de drogas en la mayoría de los niños que trata.

EDAD ESCOLAR.: Los niños en el período de la dentición mixta, entre las edades de 6 a 12 años, son más razonables que los niños más pequeños; consecuentemente los problemas son menores y por lo tanto el cuidado y su manejo.

PACIENTE ADOLESCENTE: Los problemas dentales de estos pacientes son en su naturaleza parecidos a los no cooperativos en las recomendaciones del cuidado en el hogar y el fracaso de mantener las visitas, más bien que el rotundo rechazo del tratamiento o las expresiones de ansiedad premeditadas como el berrinche o pataleta temperamentales. Dado que los niños de esta edad comúnmente manifiestan problemas dentales asociados con un alto porcentaje de caries, representan un área extremadamente importante para el odontólogo.

La característica del adolescente es su deseo de una dependencia personal y una aversión de la autoridad del adulto. Reconociendo estos hechos el dentista puede estructurar su manejo para evitar problemas innecesarios. Por ejemplo, las citas deben ser hechas directamente con el adolescente para hacerlo sentir importante y proveerlo de la oportunidad de trabajar su propio programa.

BREVES CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO.:

El exámen de la cavidad bucal y de los dientes es de gran importancia psicológica, porque representa el verdadero comienzo del tratamiento. Es el primer contacto directo del niño con el dentista, y el niño experimenta sensaciones en la boca, que pueden resultarle desagradables.

La proximidad directa del dentista, provoca la excitación del niño, ya que se trata de una reacción provocada por temor, por eso hay que entretener al niño de tal manera por medio de una conversación que ni se dé cuenta del comienzo del tratamiento.

En el exámen de la dentadura debe prevenirse ante todo cualquier cosa que podría causar dolor o temor al niño. No se esconde el explorador, lo que podría resultar sospechoso, sino que se tiene de modo que la punta no asuste al niño. No se sondeará profundamente en la cavidad, porque podría causar dolor. Los niños no temen el espejo, pero conviene manipularlo en la boca de manera que no provoque náuseas.

La duración del exámen debe ser breve, se examina por eso sólo un cuadrante de la boca, y después de una breve interrupción se sigue con otro. Se conversa ininterrumpidamente con el niño, pero no se hacen preguntas que no puedan ser contestadas con la boca abierta.

El niño tiene oportunidad durante el exámen de estudiar muy de cerca la cara y las manos del dentista. Por eso es importante no solamente cuidar de tener una buena presencia, sino también hay que dominar su propia mímica. Una expresión demasiado concentrada, un fruncir de la frente u otros cambios de la expresión, pueden intranquilizar al niño.

Así mismo dado que el air-rotor provoca una angustia tan grande,

hay que esforzarse un tanto más por eliminar esa molestia. Dá muy buenos resultados si se dice al niño asustado que levante la mano cuando quiere que se pare el torno. Esa posibilidad que se le ofrece, de interrumpir el fresado en cualquier momento, generalmente tranquiliza a los niños, y sólo pocos abusan de esa facultad; también conviene aclararle, que la duración del fresado sería mucho más breve sin interrupciones innecesarias; en muchos casos lo acatan bien.

Por lo tanto, podemos tener en cuenta estos conceptos para el manejo del paciente infantil:

- 1.- En niños pequeños e intranquilos hay que preferir instrumentos de mano en vez de las fresas para la preparación de cavidades.
- 2.- Todos los instrumentos deben ser filosos, para poder trabajar rápida y suavemente.
- 3.- Para no aumentar los temores, el niño no debe darse cuenta de los preparativos para el fresado.
- 4.- El empleo de la pieza de mano debe ser lo más breve posible; si se tarda más, deben intercalarse más pausas o se distribuye el tratamiento en varias sesiones.
- 5.- Siempre que se sospeche que el niño tolera mal el torno, conviene dar analgésicos y una premedicación adecuada.

6.- A los niños miedosos se les da la posibilidad de parar el torno al levantar la mano.

TRATAMIENTO QUIRURGICO: En todas las intervenciones quirúrgicas debe evitarse nombrar los instrumentos o los distintos pasos de la intervención, porque esto provoca la misma excitación que la intervención. No conviene tampoco emplear términos técnicos que el niño conoce o cuyo significado puede fácilmente captar; puede ser que interprete mal alguno de estos términos y se asuste de algo que en realidad no es nada. En las extracciones es de máxima importancia trabajar rápidamente. Su realización en pocos segundos puede ser una grata sorpresa para el niño.

Para otras intervenciones quirúrgicas, similares a extracciones, rigen los mismos principios psicológicos. "el Cirujano Dentista por lo tanto nunca debe olvidar que es responsable no sólo de las consecuencias somáticas de la operación, sino también de las psíquicas. (H. Meng) ¹⁸".

TRATAMIENTO PROTESICO Y ORTOPEDICO MAXILAR: Una dentadura defectuosa y la pérdida de los dientes, tienen una repercusión psíquica, por eso se trata de eliminar estas deficiencias, aún en niños, por medio de aparatos ortopédicos o protésicos, los cuales, sin embargo también pueden provocar ciertas dificultades psicológicas.

Aquí, hay 2 problemas psicológicos principales:

- a) Por un lado, la cuestión de la aceptación psíquica de la prótesis
- b) Por otro, las dificultades que pueden originarse por los problemas debidos a la adaptación mecánica no siempre fácil.

En casos con aparatos de ortopedia maxilar, es muy importante la preparación psíquica del niño.

Ahora bien, la visita al consultorio puede ser de 2 formas: la normal y la de emergencia, por lo que debemos proceder de la diferente manera:

- 1.- La hora ideal para ver a un niño será en la mañana y las primeras horas de la tarde, y se le explicará completamente todo el funcionamiento del consultorio.
- 2.- Se hará examen clínico previo al interrogatorio por medio del acompañante.
- 3.- Examen Rx.
- 4.- Remoción de caries profunda y colocación de curaciones sedantes con caracter provisional.
- 5.- Explicar al paciente el control de Placa Bacteriana, con la ayuda de un estuche de prevención (cepillo, espejo, hilo dental, pastillas o solución reveladora, etc.)
- 6.- Profilaxis

7.- Aplicación de flúor siempre y cuando no haya caries, o caries incipiente sin importancia clínica.

8.- Plan de Tratamiento

En casos en los cuales el niño sea llevado de urgencia, procederemos de la siguiente manera:

- 1.- Introduciremos al niño al consultorio
- 2.- Explicaremos someramente todos los aparatos
- 3.- Abordaremos de lleno el problema por medio de una terapéutica no traumática.
- 4.- Explicaremos al padre del tratamiento recibido e insistiremos en que regrese al consultorio dental para establecer el tratamiento definitivo.

Finalmente, y para dar por terminado este tema, me parece oportuno volver a insistir sobre las recomendaciones que se dan al odontólogo para la orientación del niño en el consultorio dental y con los cuales podemos obtener éxito en su manejo; que para el caso nos describe Mac.Donald Ralph en su adoctrinamiento odontológico:

- 1.- El manejo exitoso del niño depende del cariño, firmeza, sentido del humor, y la capacidad del odontólogo para pasar por alto las demostraciones iniciales de no cooperación.
- 2.- El odontólogo debe encarar la situación de manera positiva y amistosa, pero debe transmitir la idea de que el trabajo es extremadamente impor-

tante y esencial para el bienestar del niño.

3.- Algunos psicólogos declararán que los miembros del equipo de salud deben evitar todo conflicto ó lucha con el niño. Si el niño se resiste al tratamiento odontológico, sin embargo, la "lucha" está instituida, y debe ser el odontólogo quien gane.

4.- Si el niño demuestra un mal hábito, debe ser rechazado o vencido - desde el comienzo

5.- El odontólogo debe alentar a todos los buenos hábitos con elogios y debe esperar el momento apropiado para felicitar al niño.

6.- Se ha de intentar una transferencia de la confianza, seguridad y entusiasmo del odontólogo y su asistente al niño. Una conversación constante de parte del odontólogo o de la asistente ayudará a cumplir este objetivo.

7.- Si el niño no desea conceder que hay trabajo importante por realizar, el odontólogo debe mantener su enfoque positivo, en primer lugar mediante el control de la voz. Si esto no tuviera éxito, se deberá utilizar alguna forma de restricción para crear la imagen de que va a ser constante el esfuerzo por proporcionar el debido servicio de salud. El niño que carezca de disciplina en su hogar se la agradecerá al odontólogo -- que se la brinde.

E) Tratamiento del niño incapacitado

Los niños con impedimentos físicos están aumentando numéricamente como consecuencia de los grandes adelantos en pediatría, ya que están sobreviviendo pequeños que en otra época hubieran muerto.

Gran cantidad de niños física y mentalmente impedidos están recibiendo más atención para entrenarles a ser más independientes y adecuarlos a la comunidad.

Estos grupos por lo tanto necesitan tratamiento odontológico de la mejor calidad como parte de su cuidado general, y pasarlo por alto es una seria omisión que en algunos casos significarían un riesgo para la salud o hasta para la vida del niño, y en otros crean un impedimento odontológico mayor de lo que sería en un niño normal.

Actualmente su cuidado corresponde al odontólogo general, y pocos de ellos pueden tener mucha experiencia en sus necesidades especiales, es por eso; que la finalidad de este capítulo es proporcionar un pequeño enfoque de la actitud que el dentista debe tomar para con ellos.

El niño incapacitado se define como aquel "que no puede recibir

el tratamiento odontológico normal en razón de una incapacidad que puede ser médica, física, mental o emocional, o una combinación de cualquiera de ellas ²⁰».

Así mismo y basándome en esta definición, se puede hacer una clasificación de ellos:

PACIENTES DENTALMENTE INCAPACITADOS.- son los que presentan afecciones importantes o defectos en sus cavidades bucales que requieren algún tipo de atención especial: ejemplo.- niños con caries rampante.

PACIENTES INCAPACITADOS PARA LA ODONTOLOGIA.- son pacientes cuya salud bucal puede ser considerada normal pero que presentan alguna afección física, mental o emocional, o todas ellas, pero que puede o no impedir que sean tratados sistemáticamente en el ambiente dental.: ejemplo.- pacientes con parálisis cerebral, etc.

(21)

El estado dental de los niños impedidos puede estar relacionado directo o indirectamente con sus impedimentos físicos o mentales. El niño que nació con el labio o paladar hendido o con ambas deformaciones, puede también padecer problemas dentales muy complejos y graves. Los niños retardados mentales y los que sufren parálisis cerebral, enfermedades cardíacas, y trastornos hemorrágicos pueden no tener problemas dentales espe-

cíficos, pero sus incapacidades físicas o mentales a menudo impiden hábitos dentales y dietéticos adecuados, creando así serias amenazas a su salud dental.

El odontólogo puede resolver los problemas dentales más graves y complejos que afectan a individuos impedidos, siempre que tenga los conocimientos, la paciencia y la comprensión requeridos para el tratamiento dental de estos niños.

En el tratamiento odontológico del niño enfermo se debe prevenir ante todo, todas aquellas complicaciones que podrían interferir con la terapéutica de la enfermedad o con su convalecencia. Por este motivo, se debe proceder más radicalmente, y el plan de tratamiento deberá ajustarse al estado actual del paciente. Así mismo sería conveniente que se siguiera la regla de no hacer un tratamiento radical durante alguna fase aguda de la enfermedad.

En la preparación del niño para el tratamiento odontológico, hay que tomar en cuenta no solamente los aspectos somáticos, sino también la posibilidad de un trauma psíquico.

Por lo tanto, no debería faltar la premedicación farmacológica en la preparación del niño para cualquier tratamiento odontológico mayor.

Las enfermedades somáticas más frecuentes en niños con las cuales pudiera haber problemas durante el tratamiento odontológico son: Enfermedades del corazón y de la Circulación, Enf. Hemáticas, de las Vías Intestinales, de las Vías Respiratorias, Infecciosas, Trastornos endócrinos , Enf. del Metabolismo, Enf., de la Piel., Trastornos de los órganos de los sentidos y Enf. del Sistema Nervioso Central.

El patrón de comportamiento a seguir en tales casos, estará siempre superditado al tipo de enfermedad y a cada caso en particular.

Nos encontramos igualmente con niños psíquicamente anormales - como son: Oligofrénicos, Psiconeuróticos y Psicopatas. Los Oligofrénicos aún cuando colaboran bien, nunca puede preverse su comportamiento, y por eso siempre se les da premedicación. En el caso de los Psiconeuróticos, muchos de ellos son psíquicamente normales por completo, pero sólo reaccionan mal contra el tratamiento médico y hasta únicamente contra el odontológico. Lo irritante de este comportamiento es su ilógica y lo contradictorio en sí, lo que a veces puede llevar al Dentista que no conoce estas reacciones a la desesperación; en estos casos, es recomendable establecer contacto con el paciente mediante relaciones verdaderamente amistosas que nos llevarán a su colaboración.

Generalmente solo pocas veces se ven niños psicópatas, especialmente esquizofrénicos o psicosis-maniaco-depresivos, por lo que el tratamiento odontológico de tales niños puede resultar un verdadero - problema, en estos casos, debe existir una colaboración estrecha con el psiquiatra, quien determinará el momento oportuno y prescribirá la medicación correspondiente.

Los dentistas que tratan a pacientes con deficiencias mentales y otros pacientes "especiales" con problemas de comunicación deben emplear una gran variedad de técnicas para la comunicación: por ejemplo: emplear palabras sencillas y evitar la utilización de instrucciones dobles tales como "inclina la cabeza hacia atrás y abre la boca".

La técnica de "decir", "enseñar" y "hacer" es valiosa para el proceso de comunicación.

La comunicación táctil es una de las técnicas más satisfactorias para establecer contacto, mediante este método, el paciente que no responde a ningún otro tipo de comunicación, podrá enterarse de la preocupación del dentista al sentir una mano tranquilizadora sobre el hombro o un movimiento repetido de la mano sobre la cabeza. Este tipo de contacto permite que el paciente comprenda que el dentista está interesado por él.

Algunos pacientes "especiales" no pueden expresar el dolor verbalmente ni explicar la localización del mismo; por lo tanto, es indispensable para el dentista que desea evitar provocar un episodio doloroso pa-

ra el paciente, conocer la forma mediante la cual el paciente le indica que se encuentra molesto.

El niño incapacitado requiere un tiempo mayor, energía, preparación y trato, si se le compara con un niño normal.

Los problemas dentales actuales asociados con estos niños son generalmente los mismos que afectan a un niño normal. Son comunmente más severos, debido a la negligencia, y la mayoría de las veces a la dificultad de corregirlos, especialmente desde el punto de vista de manejo de los niños.

Para un buen cuidado dental de este tipo de niños, lo principal es la actitud del dentista frente a ellos y sus padres. El operador debe aprender a aceptar tratamientos o puntos de vista no comunes, acciones, palabras y modos de pensar que se adecuan a esta clase de niños.

Algunos de ellos, no pueden controlar sus actos físicos, consecuentemente los tratamientos pueden ser frustantes. Otros que necesitan una atención cuidadosa íntima del dentista, pueden no ser pacientes estéticamente agradables, algunos tales como los retardados mentales, hacen ruidos y movimientos que pueden ser muy diferentes de los que hace un niño normal. Por otro lado, el hemofílico puede parecer perfectamente normal, pero debe tenerse cuidado porque sus tejidos responden en forma exagerada y requieren una consideración especial.

El odontólogo por lo tanto, debe desarrollar una actitud concierne al trato de los problemas dentales y evitar ser afectado por la condición física del niño 22".

Va sea que el tratamiento se efectúe en el gabinete dental o en el hospital bajo anestesia general, se deberá siempre consultar con el médico de la familia y obtener la mayor información posible relacionada con la naturaleza, condición y precauciones que deben ser observadas.

La meta en el tratamiento de los niños imposibilitados, es rendirles el mismo cuidado dental que se esfuerza por dar al niño más normal.

TRATAMIENTO.:

Para poder proporcionar entonces atención eficaz a los niños incapacitados solamente se requiere estar equipado con una variedad de técnicas, seleccionando de esta gran variedad el método o los métodos particulares necesarios para el caso bajo consideración.

La atención dental para el incapacitado en lo que se refiere a metodología no difiere gran cosa de la odontología aplicable a cualquier niño; en realidad los "trucos" son básicamente los mismos, la única variante aquí es la forma en que el niño se presenta al dentista -"el impedimento particular"-.

Aquí me ocuparé de algunos de los "trucos" más comunes:

- 1.- CARIÑO
- 2.- ANESTESIA LOCAL
- 3.- PRE-MEDICACION
- 4.- ANALGESIA CON OXIDO NITROSO
- 5.- APARATOS RESTRICTIVOS
- 6.- MODIFICACION DE LA CONDUCTA
- 7.- HIPNOSIS
- 8.- ANESTESIA GENERAL.

1.- CUIDADOS TIERNOS Y AMOROSOS: (C.T.A.) es el más importante, aunque también el más descuidado, ya que con frecuencia nos olvidamos que el niño incapacitado con limitaciones físicas y mentales, es un niño capaz de sentir.

2.- ANESTESIA LOCAL: generalmente se utiliza debido a que el niño incapacitado es muchas veces incapáz de interpretar la molestia, ya que para muchos de ellos las cosas duelen o no duelen, son blancas o son negras, y por lo tanto la molestia es para ellos un concepto abstracto difícil de comprender. Para esto, la administración de un anestésico local puede provocar la menor cantidad de experiencias traumáticas posibles median-

te la utilización de las nuevas técnicas aunadas a la producción de agujas más afiladas y de calibre más delgado, anestésicos de acción más rápida y duración más corta, así como de jeringas de inyección a chorro.

3.- PREMEDICACION-SEDACION: Es el más empleado y abusado, y a la vez el de más peligro. Es importante reconocer el valor de la premedicación para el niño incapacitado y es indispensable familiarizarse con la administración de las drogas, sus limitaciones y su capacidad alergénica. Solamente después de que el niño manifieste un comportamiento negativo deberá tomarse la decisión de emplear premedicación, y en ese momento deberá hacerse la elección cuidadosa de la droga adecuada, lo que dependerá del comportamiento demostrado y la situación médica del niño.

4.- ANALGESIA A BASE DE OXIDO NITROSO: Aunque su efecto es limitado, el óxido nitroso es un auxiliar valioso donde está indicado y puede ser utilizado para el tratamiento del niño incapacitado. Uno de los requisitos principales para su empleo es el que debemos conservar siempre cierto grado de comunicación con el paciente en todo momento; y recordar que "hablamos" solo de una analgesia en su forma verdadera, y no anestesia como suele usarse.

5.- APARATOS DE RESTRICCIÓN: (ligaduras, envoltorios, etc.) cuando son empleados correctamente y están indicados constituyen un auxiliar indispen-

sable para el tratamiento de éstos niños.

6.- MODIFICACION DE LA CONDUCTA: consiste en conformar la conducta empleando algún refuerzo positivo o, de ser necesario, control de la aversión. "Su empleo suele estar limitado al ambiente dental y a los niños - incapacitados poseedores de la inteligencia necesaria para comprender - indicaciones y recibir órdenes. Aunque esto reduce considerablemente el - número de niños a los que puede aplicarse esta modalidad terapéutica, - cuando es empleada los resultados son sorprendentes ²³". Uno de los problemas con que se enfrenta el dentista que trata a estos niños, es el de obtener su cooperación mientras se realizan los diversos procedimientos dentales que serán de beneficio para el niño. El control de la conducta incluyendo la eliminación de la angustia y del temor, es de gran importancia en la odontología.

El problema de control de la conducta aumenta considerablemente en el caso del niño con deficiencias mentales que no comprende el significado de los procedimientos dentales y cuya comprensión del lenguaje es limitada, por lo que las explicaciones verbales que pudieran ser eficaces con niños normales no producirán el efecto de control deseado de la conducta del niño con deficiencias mentales.

Actualmente sin embargo, la odontología cuenta con diversos procedimientos nuevos para la modificación específica de la conducta (que ya se mencionaron) que suelen permitir aumentar considerablemente la precisión

y el grado de control que se es capaz de ejercer sobre el comportamiento de los pacientes.

7.- HIPNOSIS: La hipnosis se emplea actualmente para tratar algunas fobias que presentan los pacientes hacia la odontología, o que padecen diversos grados de angustia grave al ser enfrentados a una situación dental amenazadora.

La utilización de una voz suave, monótona y repetitiva puede ser considerada como una forma de hipnosis aunada al efecto del poder de sugestión. 2

Aunque estas medidas, son partes necesarias de la técnica hipnótica. Por esto, su uso es limitado en niños que poseen cierto grado de inteligencia; la hipnosis en su forma más genuina ocupa un lugar en la odontología.

8.- ANESTESIA GENERAL: Constituye el último recurso en cuanto a tratamiento de elección y ocupa un sitio definido en la odontología para los incapacitados. (último recurso porque existen otros métodos más seguros y menos caros actualmente). Su utilización deberá reservarse para aquellos casos en que hayan fracasado los métodos alternos y no exista ningún otro recurso.

Por lo tanto, cuando se consideran los diversos métodos terapéuticos existentes, debemos también preocuparnos por escoger el método necesario para el tratamiento de algún paciente en particular.

Para el tratamiento de la mayor parte de los niños incapacitados, no suele haber una sola modalidad que sea completamente eficaz, y es necesario la mayoría de las veces combinar uno o más métodos para lograr este fin. (por ejemplo: utilizar quizá anestesia a base de óxido nítrico y alguna droga de premedicación).

Generalmente al tomar una decisión y elegir una o más de las modalidades terapéuticas, tenemos que tener en consideración los siguientes aspectos para poder determinar un método de tratamiento adecuado para cada caso en particular:

A: CONDUCTA DEL NIÑO: La conducta inicial del niño no suele ser la verdadera conducta que muestra la mayor parte del tiempo. Por lo tanto, en un niño que muestra la mayor parte de una manera hiperactiva o que se comporta de forma similar, ofrece indicios reales de lo que será necesario prever respecto al tratamiento. Estos indicios son los que deberán desencadenar una reacción inmediata y permitir elegir las modalidades terapéuticas necesarias para el tratamiento del niño.

B: MAGNITUD DEL TRATAMIENTO NECESARIO: la magnitud del tratamiento restau-

rador indicado para un niño constituye un factor importante para la elección del método de tratamiento mismo. El paciente infantil que se presenta con caries rampante, lo que requiere con frecuencia varias visitas de larga duración; puede ser tratado más adecuadamente con anestesia general en una sola visita, restaurando la boca hasta alcanzar condiciones óptimas. Desde luego, esta decisión solamente se hará después de considerar el estado médico del niño, buscando cualquier posible contraindicación de un anestésico general. Por el contrario el niño que solamente requiere una cantidad mínima de tratamiento con frecuencia puede ser tratado más eficazmente en el ambiente dental normal, utilizando una o más modalidades de tratamiento.

C: ESTADO MEDICO Y FISICO: Estos estados pueden prohibir la utilización de métodos de tratamiento especiales. El niño con enfermedad cardíaca congestiva o afecciones respiratorias agudas suele ser un mal riesgo quirúrgico, por lo que no debemos utilizar anestésico general. Este niño se prestará más al tratamiento bajo anestesia local. Por el contrario, el niño con un trastorno hematólogico, tal como hemofilia, en la mayor parte de los casos no puede recibir un anestésico local para control del dolor, en este caso, puede emplearse la analgesia a base de óxido nitroso para el tratamiento.

D: NUMERO DE VISITAS Y DISTANCIA: Al igual que el caso del niño que requiere varias visitas por lo extenso del tratamiento necesario, prevalecen factores similares en la familia que vive a varias horas de distancia del consultorio dental o la clínica y a la vez requiere gran número de visitas. Las cargas económicas y físicas impuestas a familias en esta posición son factores importantes para la especulación. Con frecuencia la anestesia general constituye el tratamiento de elección en el caso mencionado anteriormente, considerando el estado médico del niño.

E: SITUACION Y APRENDIZAJE: Un factor importante que deberá ser considerado antes de tratar al niño es su capacidad para aprender alguna cosa de la situación y salir de esta experiencia con una actitud positiva. En algunos casos, esto es posible y en otros no lo es. La meta es crear un mejor paciente dental.

F: COCIENTE DE INTELIGENCIA DEL PACIENTE: El considerar si un niño experimentará una situación de aprendizaje en el ambiente dental depende en parte de si posee la capacidad mental para aprender. Es decir, un niño con un retraso mental grave, con un cociente de inteligencia muy bajo, no se beneficiará intelectualmente al someterse a la odontología en condiciones de anestesia local, para convertirse en un mejor paciente dental.

G.: EDAD DEL NIÑO: El niño menor de 2 años con problemas dentales obtendrá muy poco beneficio al someterse a un tratamiento dental extenso durante 4 ó 5 visitas. Este niño apreciará poco el hecho de sentarse en un sillón dental, en realidad no comprenderá el motivo de su estancia en ese lugar. Esto no quiere decir que a corto plazo o en una experiencia limitada de una o dos visitas, el niño no deba ser tratado en el consultorio dental con anestesia local. Sin embargo, como en algunos de los ejemplos anteriores, en situaciones de visitas múltiples el anestésico general puede ser el tratamiento de elección.

H.: CONSULTA INTERNA COMPARADA CON CONSULTA EXTERNA: Estos, son términos que se emplean si el tratamiento se realiza bajo anestesia local o general. Al considerar la modalidad que pudiera crear una situación de aprendizaje, se reconoce que, cuando la odontología se lleva a cabo bajo anestesia general, el paciente aprende poco o nada sobre lo traumática que puede resultar una experiencia dental, por lo que no se beneficiará de la experiencia como una situación de aprendizaje verdadera. La única cosa que se aprenderá en este caso es que este es la forma en que se realiza la odontología.

Si la odontología se lleva a cabo en condiciones de anestesia local en consulta externa, el paciente aprenderá en realidad de esta situación, sin importar si la experiencia fué fructífera o no. En condicio-

nes óptimas la experiencia deberá ser benéfica y se creará un buen paciente dental.

I.: CONSIDERACIONES ECONOMICAS.: También deberá considerarse si existe o no un seguro que pague estos servicios, ya sea la estancia en el hospital, el servicio dental o ambos. Faltando este seguro, la odontología bajo anestesia general en el hospital se hace prohibitiva por su alto costo.

J.: DISPONIBILIDAD DE MEDIOS.: Puede ser importante considerar diversas modalidades de tratamiento y decidir si debe hacerse bajo anestesia local o general, la existencia de medios para realizar estos servicios es indispensable. Si se elige anestesia general como el método de tratamiento adecuado y no existen medios hospitalarios adecuados, deberá tomarse una decisión diferente. Algunas de estas alternativas son: 1.- Remitir al paciente a otra ciudad en que existen profesionales y medios para prestar estos servicios. 2.- Proporcionar o hacer proporcionar servicios de anestesia general en el consultorio dental con todos los riesgos que implica. 3.- Comenzar la acción política necesaria para obtener estos medios con todo el equipo necesario para realizar tratamientos restauradores en el quirófano. 4.- No hacer el tratamiento.

Las decisiones anteriores están encaminadas a prestar atención - mediante métodos alternos. En condiciones óptimas no debemos considerar la alternativa de no realizar el tratamiento.

K.: TRAUMATISMO CAUSADO POR LA VISITA AL HOSPITAL.: Una vez que se haya tomado la decisión de internar al paciente en el hospital, es muy importante que se considere el efecto de la hospitalización en el niño. Con la gran cantidad de pruebas y análisis realizados en el preoperatorio, después de ser admitido el niño y durante el posoperatorio, es obvio por qué muchos niños son traumatizados aún por una breve visita al hospital.

L.: RIESGO ANESTESICO.: No es necesario insistir en los peligros de la anestesia, pero es prudente mencionar el gran número de casos de muerte o casi muerte durante la entubación y la extubación, procedimientos que no se encuentran relacionados con el tratamiento dental. Esto suele ser suficiente para colocar la utilización de anestesia general dentro del campo de los últimos recursos.

(24)

Por lo tanto, aunque la premedicación y los agentes anestésicos son ayudas valiosas para los tratamientos dentales en niños, el odontólogo, debe darse cuenta de que estas ayudas no podrán nunca substituir a la paciencia y comprensión que deberá mostrar al tratar a niños impedidos. Si logra aceptar el hecho de que los procedimientos dentales pueden requerir más tiempo que en niños normales, podrá lograr enorme satisfacción personal al saber que contribuyó al progreso de la rehabilitación de éstos, y al observar la profunda gratitud de estos seres tan desafortunados por los servicios dentales realizados en ellos.

N O T A S.

CAPITULO II.:

- 1.- c.f.r.- Pauly, Raymond, La Dentición del niño y p- 124
- 2.- Ibid.- Análisis del Problema dental escolar p- 13
- 3.- Ibid.- p- 126
- 4.- c.f.r.- Ibid.- El odontólogo y sus relaciones p- 245
- 5.- Massles, Maury., Bases científicas para un p- 29
- 6.- Harnd, Plan de Profilaxis para p- 551

CAPITULO III.:

- 7.- c.f.r.- Leyt, Samuel., Aspectos de la práctica con niños. . p- 38
- 8.- Ibid.- p- 98
- 9.- Finn, Sidney., Instrucción a los padres p- 26-28
- 10.- Leyt. Samuel., Los padres en el consultorio p- 112
- 11.- c.f.r.- Leyt, Samuel., El odontólogo frente al niño 17
- 12.- Ibid.: p- 21

- 13.- Gomez. Herrera Benjamín., Métodos empleados parap- 42
- 14.- Heinrich E., El ambiente en la práctica dental p-157
- 15.- Castolo Dominguez., Julio. Apuntes de Odontología Infant. p -
- 16.- Harnd., Tratamiento del niño difícil p-166
- 17.- Ralph, Mac Donald., Recepción del niño p- 34
- 18.- Harnd., Psicología del tratamiento odontológicop-163
- 19.- Ralph, Mac. Donald., Adoctrinamiento Odontológicop- 35
- 20.- Weyman., Odontología para niños impedidosp- 13
- 21.- Soble K, Rosalynde., El dentista, el paciente y la fam.:. .p- 546
- 22.- Law., El niño incapacitado p- 308
- 23.- Lawrence Fox., El niño incapacitado. p- 539
- 24.- Ibid.: p- 540-543.

CONCLUSIONES.

- 1.- Para poder efectuar profilaxis dental con éxito, ésta debe comenzar con el niño; ya que debido a su desarrollo y crecimiento dentofacial, es posible detectar tempranamente en él todas aquellas desviaciones de lo normal, que nos permitirán reducir el índice de enfermedades dentales en los adultos.
- 2.- El valor de la Odontología Infantil nunca será insuficiente; puesto que un tratamiento o prevención efectuados adecuadamente durante la niñez, conservará por mucho más tiempo en estado de salud al sistema estomatognático, y con ello consecuentemente el buen estado general del individuo.
- 3.- La dentición constituye un factor determinante en la salud general del individuo, por lo tanto si la integridad de dicha dentición se altera por una serie de factores muchos de ellos conocidos y controlables, se establece una dentición enferma, cuyas consecuencias se manifiestan en la salud oral

y en la salud general del niño, tornándolo en un individuo enfermo que requiere atención al no disfrutar de un completo estado de bienestar físico, mental y social.

- 4.- La Odontología Infantil aún como un área sumamente especializada no puede por sí misma abarcar la atención de todos los problemas que se presentan en la cavidad oral del niño, y por lo tanto debe proyectarse hacia las áreas de otros especialistas: Médicos (Pediatra, Psiquiatra, Otorrinolaringólogo) y - Odontólogos (Ortodoncista, Endodoncista, Periodontólogo y - Cirujano Oral), a quienes el paciente será referido dependiendo de los procedimientos o limitaciones que se presenten.
- 5.- En Odontología Infantil el punto básico es la PREVENCIÓN, no solo porque va a prevenir la aparición de las enfermedades de los dientes y órganos anexos en el niño, sino también porque su aplicación continua cumple con este principio y garantiza el mantenimiento del tratamiento odontológico inicial y la -- integridad de la salud oral.
- 6.- Los programas de prevención deben comenzar tempranamente motivando al niño para que adquiriera hábitos adecuados de higiene bucal y a los padres para que los supervisen inteligentemen

te; de este modo una enseñanza eficiente y continua reducirá el tiempo dedicado al niño y los padres; y consecuentemente aumentará la calidad de la higiene bucal.

- 7.- El Odontólogo, debe educar al paciente y sus padres sobre la importancia de la Placa Dento-bacteriana, sus causas, sus efectos y la prevención de éstos, mediante la ejecución de ciertas medidas en el hogar (cepillado dental, higiene interdental con la utilización de hilo, dieta adecuada, etc.) y en el consultorio (visitas periódicas, profilaxis, aplicaciones de flúor, eliminación de lesiones cariosas etc.), para obtener un control adecuado y constante de la higiene oral.
- 8.- A pesar de la existencia de diversos métodos para aumentar la cooperación del paciente infantil y disminuir las molestias, tales como: sedantes, analgésicos, hipnosis, tranquilizantes y anestesia general; es sin duda el manejo adecuado por parte del odontólogo lo que determina y asegura la completa aceptación de la Odontología en los niños.
- 9.- Por lo tanto, el odontólogo preparado puede efectuar reconocimientos, curar anomalías tempranamente y al mismo tiempo -

evitar trauma psicológico al niño, a través de comprensión, entendimiento y delicadeza.

10.- El tratamiento odontológico para los niños incapacitados no difiere mucho del que se aplica a cualquier niño normal, y no debe evadirse la importancia de éste, ya que en algunos casos significa un riesgo para la salud o hasta para la vida del niño. Por lo tanto, el odontólogo podrá resolver los problemas dentales más graves y complejos que afectan a estos niños, siempre que tenga los conocimientos, la paciencia y la comprensión requeridos para el tratamiento dental de ellos.

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

- 1.- A. Fox, Lawrence, Odontología Pediátrica, Clínicas Odontológicas de Norteamérica, México, D.F., Internacional, Julio 1974, 728 pp.
- 2.- Finn, Sidney B., Odontología Pediátrica., México, D. F., Interamericana, 4a.ed., 1976, 613 pp.
- 3.- Harnd, Ewald y Weyers, Helmut, Odontología Infantil., Buenos Aires., Mundi, 1969, 563 pp.
- 4.- Law, David B., Lewis, Thompson M., y Davis, John., Un Atlas de Odontopediatría., Buenos Aires, Mundi, 1972, 331 pp.
- 5.- Leyt, Samuel., Temas de Odontología Pediátrica., Buenos Aires, Odonto, 1976, 245 pp.
- 6.- Massler, Maury., Bases Científicas para un Programa de Prevención en Caries Dental., Facultad de Odontología, Unifersidad de Tufts, Boston, E.U.A.
- 7.- Ralph, E. Mac.Donald., Odontología para el niño y el adolescente., Buenos Aires, Mundi, 1975, 557 pp.

8.- R. Mink, John., Odontología Pediátrica.
Clínicas Odontológicas de Norteamérica.
México, D.F., Internacional, Enero 1973,
188 pp.

H E M E R O G R A F I A .

-
- 1.- "El Exámen Médico Preescolar", ADM. Organó Oficial de la Asociación Dental Mexicana., (México, D. F.: Mayo-Junio, 1966), pp. 351-354.
V.: XXIII No. 3

 - 2.- Friedman, Monus Albert., "Como Agilizar el Tratamiento de niños", Odontólogo Moderno. (México, D.F.: Junio de 1973), pp. 41-47
V.: I No. 6

 - 3.- Fuentes Servín Pablo., "Factores Psicológicos que influyen en la Odontología Infantil". ADM. Organó Oficial de la Asociación Dental Mexicana., (México, D.F.: Marzo, 1973), pp. 33-36.
V.: XXX No. 2

 - 4.- Gómez Herrera, Benjamín., "Fundamentos de la Adaptación del niño al tratamiento odontológico"., Acta odontológica Venezolana, Fac., de Odontología. (Caracas.: Abril - 1972), pp 20-43
V.: X No. 1

 - 5.- Pauly. S., Raymund. "El Odontólogo Infantil y sus relaciones con otros especialistas"., ADM. Organó Oficial de la Asociación Dental Mexicana. (México, D.F.: Marzo-Abril 1966), pp. 243-253.
V.: XXIII No. 2

 - 6.- Pauly, S., Raymund. "La dentición del niño y sus relaciones con su estado de salud general"., ADM. Organó Oficial de la Asociación Dental Mexicana. (México, D.F.: Marzo-Abril, 1971), pp. 121-134.
V.: XXVIII No. 2.