

2ej. 325

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA

U. N. A. M.

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA



**FUNDAMENTOS DE PSICOLOGIA ENFOCADOS
A ODONTOLOGIA INFANTIL**

Adriana Ortiz Gutiérrez

AN JUAN IZTACALA, MEX.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

FUNDAMENTOS DE PSICOLOGIA ENFOCADOS A

ODONTOLOGIA INFANTIL

INDICE

<u>INTRODUCCION</u>	PAG. No.
I EL NIÑO EN EL CONSULTORIO	6-17
a) Primera visita al cirujano dentista	
b) Conocimiento del paciente	
c) Preparación psicológica del niño	
II INFLUENCIA DEL MEDIO AMBIENTE	18-28
a) Medio familiar	
b) Actitud de los padres hacia el niño	
c) Consultorio dental	
III DIFERENTES TECNICAS PARA LOGRAR UN BUEN MANEJO DEL NIÑO	29-41
a) Técnicas del reacondicionamiento	
b) Uso de recompensas, halagos, regalos	
IV COMPORTAMIENTO DEL NIÑO ANTE EL TRATAMIENTO ODONTOLOGICO	42-52
a) Exámen médico dental	
b) Tratamiento operatorio	
c) Tratamiento quirúrgico	
V PRINCIPALES MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LA CONSERVACION DE LA SALUD	53-67
a) Técnica del cepillado	
b) Hilo dental	
c) Pastillas reveladoras	
d) Fluor	
CONCLUSIONES	68
BIBLIOGRAFIA	69-71

INTRODUCCION

El tratamiento odontológico es uno de los más comunes en el arte de curar, pero también es uno de los más desagradables.

De ahí el saber cual es la importancia que dentro de la --- Odontología tiene la Odontología Infantil como especialidad, ya que, - está 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 y tratando los padecimientos dentales.

Si bien se dá cada vez más importancia a la Psicología en - la práctica odontológica todavía es muy descuidado este punto, sobre todo se descuida la preparación sistemática de los niños para el tratamiento odontológico.

Con nociones que se tengan de esa disciplina y mejor aún si se logran obtener más conocimientos básico, indudablemente que nos ca pacitarían en este reforzamiento a facilitarnos el tratar de interpre tar mejor la comprensión de algunas de las ac titudes que adoptan los - niños con problemas de manejo en el consultorio dental.

La preparación emocional del niño para la Odontología, como para otras experiencias de su infancia se hace primordialmente en el hogar y bajo la orientación de los padres.

Antes que un dentista este en condiciones de aconsejar a -- los padres con respecto a la adecuada preparación psicológica de sus hijos, debe de comprender la naturaleza del miedo y saber como las ac titudes de los padres pueden modificar los tipos de comportamiento en el niño.

La preparación emocional del niño efectuada con inteligen-- cia proveerá una de las ventajas esenciales.

No hay razón alguna para que el odontólogo tenga que ser - menos competente que el médico; para dar un consejo sobre el comportamiento infantil. Es indudable que los problemas de manejo de los niños son de gran importancia para el odontólogo quien los recibe bajo considerable sobrecarga o stress emocional.

Conforme avance mi exposición presentaré diversos métodos- así como diversas medidas preventivas que son aplicables para el --- buen manejo del niño y un buen mantenimiento de una buena salud bu-- cal ya que se trata principalmente con la prevención, misma que debe ser enseñada por igual tanto al niño como a sus padres.

Y sobre todo la creación en el niño de un sentido de cooperación y responsabilidad con respecto a los cuidados de su boca.

I.- TODOS LOS NIÑOS MERECEAN;

Ternura maternal,
educación,
ambiente de cariño,
una identidad,
diversión adecuada,
cuidado de su salud,
buena alimentación,
sin importar sexo, país, raza o religión.

I.- EL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

a) Primera visita al cirujano dentista

La primera visita al consultorio odontológico deberá ser para el niño en lo posible, una experiencia de lo más agradable; ya que éstas primeras impresiones que el niño obtenga de su primera experiencia dependerá en gran parte su futuro comportamiento frente al tratamiento y cuidado de sus dientes.

El manejo planeado de la primera visita del niño puede ---- crear un buen "rapport" entre los padres y el personal del consultorio y apoyar el período de consulta. La relación entre el odontólogo y el padre está basada sobre todo en la confianza mutua que tengan.

La motivación de los padres para que planeen otra o la primera sesión con un determinado odontólogo puede ser comparada con un principio de la promoción de ventas. El manejo de las ventas valoriza el contacto inicial del representante de la firma con el posible cliente, y los ejecutivos en ventas ponen énfasis en que las primeras impresiones de los consumidores son las que recuerdan.

Está aceptado que la preparación meditada del niño y los padres antes de la primera visita dará por resultado un mejor esquema de conducta en el consultorio dental.

Como se dijo antes la preparación empieza en el momento del contacto telefónico, esta explicará que a menos que exista una emergencia el odontólogo desearía que la primera visita se arreglara para un momento que le permita completar el examen e introducir al niño en la odontología sin apuros. Ver Fig. (1)

La mayor parte de los niños reciben información referente al dentista y ambiente del consultorio, aún antes de vivir su propia experiencia.



FIG. 1

Algunos odontólogos prefieren enviar una carta a los padres - en la que describe la política del consultorio y se indica que es lo -- que se ha de realizar en la primera visita, ya que una carta previa a - la cita es eficaz para disminuir la ansiedad de la madre y útil para -- preparar al niño para sus primeras visita odontológicas.

Resumiendo, los factores determinantes de la actitud del niño ante el tratamiento, son los siguientes:

1.- Factores favorables

- a) Medios educativos sobre la salud
- b) Influencias positivas de los padres u otras personas
- c) Experiencias agradables en el consultorio (Sin dolores sin molestias)

2.- Efectos desfavorables

- a) Escuchar experiencias desfavorables (artículos, programas de radio, dibujos, televisión, negativamente empleados)
- b) Manifestaciones de abierto rechazo odontológico.
- c) Experiencias personales desfavorables en el consultorio.

La educación de los niños acerca del tratamiento dental, debe contener las siguientes enseñanzas, que serán aplicadas de acuerdo a la edad y entendimiento del niño.

- 1.- La higiene de la boca es importante para la conservación de sus dientes y la salud en general.
- 2.- Dientes sanos y bien conservados, forman parte de la belleza de la cara.
- 3.- Es necesario visitar al dentista para que examine los --- dientes y los cure en caso de que estén enfermos; pero lo importante es que los conserve sanos si aún no se encuentran lesionados.

Por otra parte estamos en una posición envidiable para lograr un máximo de impacto en lo cultural, ninguna época es mejor que la infancia para asimilar los conocimientos de higiene y profilaxis bucal.

MOMENTO Y DURACION DE LA VISITA

El día de la cita a la que asiste el niño en especial el más pequeño, puede influir sobre su conducta; ya que cuando se atiende a niños son importantes la hora y duración de la visita.

Se reservarán las primeras horas de la mañana para los niños más pequeños, los padres casi siempre cooperarán trayendo a sus hijos en el momento sugerido, si el odontopediatra les explica que los pequeños son capaces de aceptar tratamiento temprano; que si llegan cuando están cansados, ya que el odontopediatra está más alerta y más capacitado para lidiar con las reacciones impredecibles a esa hora temprano.

Se procurará no dar hora de visita a los niños que todavía son muy pequeños o que todavía no van a la escuela durante el período normalmente dedicado a la siesta. Los niños que vienen a la hora de la siesta están generalmente adormilados, irritables, son difíciles de manejar, lloran con facilidad y tienen reducidas sus capacidades de soportar molestias por consiguiente se ve afectado el comportamiento del niño.

También los niños no deberían asistir al dentista después de una experiencia emocional, agradable o desagradable, en esos momentos sería muy difícil lograr cooperación.

Cuando sea posible los niños no deben permanecer en el sillón dental más de 30 minutos, se considera sesión larga la de 45 minutos o más; si la visita tarda más los niños pueden volverse menos cooperativos.

Los pacientes muy cooperativos si se cansan con visitas demasiado largas pueden llegar a un punto de saturación en el que empiecen a llorar una vez que el niño pierde su compostura por muy tranquilo y deseoso de cooperar que esté, difícilmente podrá volver a hacerlo.

QUE ES LO QUE SE DEBE HACER EN LA PRIMERA VISITA

Hay que considerar dos situaciones en la primera visita:

- a) Si acude en condiciones normales
- b) En condiciones de emergencia

CONDICIONES NORMALES

Se hará la introducción del niño al consultorio dental.

A continuación se empieza a familiarizar al niño con la sala - del tratamiento dental y con todo su equipo sin que produzca alarma excesiva, se explica la utilidad y funcionamiento de cada uno de los instrumentos y aparatos operatorios y dejar que manipule algunos. Desde el momento que el niño entra al consultorio alguien debe ocuparse de él constantemente. Mientras el dentista habla con los padres, la asistente se ocupa del niño. Ver fig. (2)

Mientras tanto. la asistente siempre charlando con el niño lo habrá sentado en el sillón. Por éste medio se empieza a ganar la confianza del niño y el medio se vuelven curiosidad y cooperación.

Puede disminuirse el miedo permitiendo y alentando al niño sutilmente para que pruebe cada pieza de su equipo.

El cirujano debe explicar como funciona cada pieza de manera - que el niño se familiarice con los sonidos y acciones de cada accesorio.

Se hace rodear el motor sobre sus uñas, para que pueda sentir la inofensividad de una copa pulidora de caucho; se hace demostración -- con la jeringa de aire y después, como por descuido se deja en el regazo del niño para que pruebe. Se explica el control a pie del motor, de manera que el niño sepa que la fresa no está descontrolada, sino que cuando sea necesario, puede ser detenida. Ver fig. (3)

Es importante la modulación de la voz y el uso de términos adecuados según la edad del paciente.

Se realiza el examen clínico completo de la boca del paciente - así como la historia clínica; ya que ésta nos da información preliminar-



FIG. 2



FIG. 3

para proporcionar al odontólogo un conocimiento de la salud general del niño y alertar sobre la necesidad de requerir información adicional ó aún de buscar la consulta con el médico del niño.

TECNICA DEL CEPILLADO

Se instruye sobre el cepillado de los dientes, cual es la técnica más adecuada, se realiza control de placa dentobacteriana.

Se realiza el exámen radiográfico, se le puede explicar la unidad de rayos X como una enorme cámara fotográfica, y la película como el lugar por donde aparecerá la fotografía. Ver fig. (4)

Se hace la toma de modelos de estudio, se le dice que se le va a colocar una pasta en sus dientes y ya que se haya endurecido se le retira. Ver fig. (5)

También se realiza la remoción de caries profundas y colocación de curaciones sedantes con carácter provisional.

EN CASO DE EMERGENCIA

Introducción del niño al consultorio dental.

Explicar la utilidad y funcionamiento muy somera de los aparatos dentales.

Abordaje de lleno del problema por medio de una terapéutica no-traumática, desafortunadamente, los niños llegan con frecuencia al consultorio dental en su primera visita sufriendo de dolores y con necesidad de un tratamiento más extenso.

Explicación al padre del tratamiento efectuado y que es necesario, que regrese al consultorio dental para establecer un tratamiento definitivo.

CITA DE EMERGENCIA (EJ. ABSCESO)

Se hace la introducción del niño al consultorio dental. Se anotan los datos personales del paciente, si padece alguna enfermedad, alergias.



FIG. 4



FIG. 5

Si antes ya había ido al dentista

Se explica la utilidad del funcionamiento muy somero de los -- aparatos dentales como sería el air rotor y la jeringa triple.

Si es necesario tomar radiografías, se le dice que en la placa van a salir sus dientes y que el aparato de rayos X es una trompa de elefante para llegar a un diagnóstico inmediato.

Se da énfasis a la queja principal.

Si se tiene que anestésicar, se le dice utilizando eufemismos -- ya que las circunstancias del momento y la cooperación del niño determinan el curso y acción a seguir.

Se trabaja lo más rápido posible, en este caso se hace la apertura de la cavidad hasta llegar a la cámara pulpar.

Se deja abierta ésa cavidad (en dado caso que sea un absceso), -- sino se deja una curación temporalse le explica al padre el tratamiento efectuado y que es necesario que regrese al consultorio dental para establecer el tratamiento definitivo.

Ya que deberá efectuarse un exámen completo después de que se alivió la afección de urgencia.

b) Conocimiento del paciente

Resulta muy ventajoso conocer a nuestro paciente infantil antes de su primera visita al consultorio dental, esto se logrará en el momento en que los padres llaman por primera vez para pedir cita o personalmente, en el momento que el padre establece el contacto inicial -- por teléfono, la recepcionista debe proyectar el auténtico interés del personal del consultorio.

Una manera de lograrlo consiste en ofrecer información amistosa y correcta a las preguntas de los padres. Mientras los padres y la recepcionista están sentados cómodamente en la oficina ésta completa la información básica y la historia de manera eficiente y cortés. Ciertos problemas potenciales en el problema del niño relacionado con las actitudes de temor o desafiantes, podrán ser muy aliviados por el diálogo inicial de la recepcionista, y el manejo eficiente del padre.

Se le pregunta a los padres cuanto sabe el niño sobre dentistas y procedimientos dentales:

¿Teme ir el niño al dentista?

¿Es nervioso?

¿Se lleva bien con los adultos?

¿Tiene miedo a su médico?

Estas preguntas pueden dar idea del comportamiento futuro del niño para ayudar al odontólogo y a su personal a prepararse.

El niño es visto en compañía de sus padres para dejarles exponer los motivos de la consulta. Después de este primer contacto, conviene escuchar por separado a cada uno de ellos, siempre y cuando la separación no provoque reacciones importantes de pánico o de oposición.

Así también, se puede aprender mucho sobre el comportamiento emocional del niño observándolo en la sala de recepción.

Si está sentado en el regazo de su madre o abrazado a ella, - se puede anticipar dificultades en el primer encuentro; sin embargo si el niño se sienta solo y lee un libro o juega alejado de su madre se -- puede suponer que es emocionalmente maduro y está bien centrado para re

cibir el tratamiento odontológico.

Así mismo, se puede hacer una observación objetiva del comportamiento del niño, juzgando su aspecto: Inestabilidad de ciertos niños que nunca están quietos tocando todo en el consultorio, ó por lo contrario, la pasividad ó astenia de otros, demasiado replegado sobre sí mismos e inclusive hostiles frente al adulto.

En la primera visita se puede obtener información básica y la historia de manera eficiente y cortés, en esta etapa también se conoce la familia del niño, con estos conocimientos sobre el paciente se puede preveer su reacción al tratamiento dental. Conocer al paciente significa ya media victoria, saber como actúa y hará su manejo. Es valioso -- poder predecir su comportamiento.

Señores Padres de Familia:

Por medio de la presente, me es grato dirigirme a ustedes que como padres de familia, se preocupan por el bienestar de sus -- hijos.

Quiero hacerles una atenta invitación con el fin de que -- traigan a sus hijos para fomentarles el buen hábito de mantenimiento de una buena salud bucal; que debe ser enseñada por igual form-- tanto a los niños como a los adultos.

Aprovecho la oportunidad para hacer hincapié de que me -- agradecería mucho contar con su amable visita, para poder mostrar di-- ferentes técnica relacionadas con la higiene bucal.

c) Preparación psicológica del niño

Toda personalidad es influida tanto genética como ambiental--mente si bien la herencia predispone no condiciona de una manera obligatoria la conducta de los individuos.

Las posibilidades de éxito o de fracaso están en parte contenidas en los genes de las células reproductoras. Cada niño posee un --patrimonio hereditario, verdadero y biológico que le es propio.

El porvenir del hombre depende de la calidad de éste patrimonio hereditario, y su conservación tendrá para los médicos la misma importancia que tenía para los médicos de ayer la lucha contra la infección. (J. Rostand).

Una parte importante del comportamiento y del conocimiento de los hombres, es la consecuencia directa de los fenómenos biológicos, --psicológicos y sociales, que han influido en las primeras etapas de su existencia, desde la concepción hasta el fin de la pubertad, en cada --una de éstas, existen necesidades y requerimientos especiales bien definidos en ese instante, si éstas necesidades no son satisfechas se originan graves perturbaciones en ocasiones irreversibles durante el crecimiento y desarrollo del organismo.

A partir del nacimiento, el individuo necesita una interrelación muy estrecha con los adultos protectores y responsables a fin de --poder llegar a alcanzar la madurez de la personalidad. Los sentimientos y actitudes que se muestran en relación al nacimiento del niño, son factores que influirán en su ambiente.

En estos primeros contactos, no son en general suficientes para apreciar la personalidad del niño que necesita, a menudo, observaciones mucho más prolongadas y profundas. Este estudio psicológico, es un efecto demasiado subjetivo, y pone en juego la personalidad del dentista de los padres, del niño y sus interacciones.

Es importante tener en cuenta la relación existente entre el -desarrollo físico y psicológico de un niño ya que se encuentra íntimamen

te ligados a tal grado que en una relación positiva tendremos como resultado un individuo inmaduro. Es decir un niño normal que pasa por un crecimiento mental además del físico, constantemente adquiere, deja y modifica hábitos y es éste cambio quizá una razón para que la reacción pueda diferir en el consultorio entre una visita y otra.

El momento adecuado para presentar la odontología al niño, es cuando tiene de 2 a 3 años. Ver fig. (6)

A menudo la posición del niño frente al tratamiento dental es determinado por el comportamiento de los padres y otros miembros de la familia ya que la educación de los adultos influye siempre sobre la educación del niño para el tratamiento dental.

Debe aconsejarse a los padres la preparación psicológica del niño y ante todo que ellos mismos deben deshacerse del miedo al dentista, pensando que si por la conservación de los dientes y al mismo tiempo de la salud, valdrá la pena tolerar alguna molestia.

Si los padres no están de acuerdo con estos fundamentos serán vanos sus esfuerzos por educar con corrección a sus hijos.

Deberíamos instruir a los padres acerca del tratamiento odontológico, ya que el niño le gusta saber algo de esto y los padres le podrían orientar.

El desacierto y la torpeza de los padres al contestar las dudas del niño pueden tener como consecuencia que el niño adquiriera mayores temores o confirme alguna de sus sospechas anteriores.

Generalmente los padres exhortan a los niños a cepillarse los dientes diciendo entonces que no habrá necesidad de ver al cirujano dentista, el niño entiende por esto la alternativa de "cepillarse los dientes o C.D.", pero debe aclararse que son dos componentes inseparables del cuidado dental o sea higiene de la boca y visita regular al dentista.

La imagen falsa que tiene el niño respecto del ambiente de la práctica odontológica y el tratamiento es uno de los mayores obstáculos con que se tropieza para lo cual sería conveniente una visita al

consultorio dental.

Si esta primera impresión es agradable para el niño, puede - resultarle interesante, atractiva y llena de novedades y después vendrá más tranquilo.

La edad psicológica del niño no siempre corresponde a su --- edad cronológica, pero mediante el aprendizaje se sensibiliza a experiencias específicas.

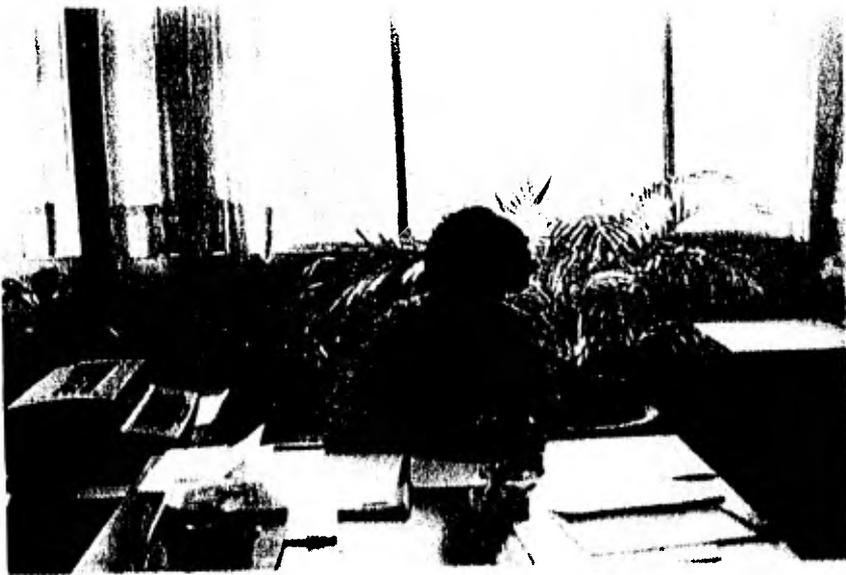


FIG. 6

II.- El niño arropado por el amor y la seguridad será capaz de resistir tormentas de la enfermedad y el dolor.

W,J, POTTS,

II.- INFLUENCIA EN EL MEDIO AMBIENTE

a) Medio familiar

Existe gran cantidad de interferencias personales que alteran el patrón de comportamiento de todo niño que visita al cirujano dentista.

Cada niño reaccionará al miedo de manera diferente basándose en las influencias del medio y en su herencia puesto que en la formación de personalidad básica intervienen factores hereditarios.

Las relaciones entre padre e hijos se encuentran entre las relaciones interpersonales. Daremos énfasis en las relaciones entre padre e hijo por ser las más íntimas y por lo tanto las más potentes para determinar el comportamiento emocional del niño.

La salud materna, la nutrición, edad y otros factores son sin duda una de las influencias más importantes que determinan de que forma el huevo fertilizado se desarrollará; las influencias indirectas en forma de actitudes de las personas significativas para la vida del niño en el período prenatal son también importantes.

Cuando se considera el número y la variedad de factores emocionales que se manifiestan en actitudes de los padres tales como afecto, indiferencia, hostilidad, rivalidad, dependencia, dominación, sumisión, es impresionante la gran variedad de factores que pueden modificar la personalidad individual del niño.

Si las actitudes de los padres 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 comportarán 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. En la mayo--

ría de los casos el comportamiento del niño en el consultorio odontológico es una excelente indicador de las actitudes que tienen sus padres hacia él.

La necesidad que tienen los niños de vivir con adultos emocionalmente maduros no se le ha dado aún la suficiente importancia, -- puesto que los niños adquieren madurez emocional de sus padres; no se puede esperar comportamientos emocionales maduros de niños que han sido educados por padres inmaduros emocionalmente.

No se puede esperar que los niños desarrollen personalidades aceptables por sí solos, si sus padres están tratando de resolver conflictos emocionales propios a través de ellos.

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

Pero si los padres son emocionalmente maduros y viven una vida coordinada y feliz el niño generalmente llegará a ser emocionalmente maduro.

Frecuentemente los padres adoptan una actitud hacia sí mismos y otra hacia sus hijos, esta falsedad no es eficaz. Los niños tienen poderes de observación muy agudos y no se les puede engañar.

No hace falta ser perfecto para ser buen padre.

Si ambos padres muestran una perfección irreprochable, el niño no tendrá oportunidad de observar equivocaciones y su rectificación

Si ambos padres son excelentes el niño no tendrá experiencia para combatir las vicisitudes de la vida y será incapaz de alternar satisfactoriamente con miembros de la no tan perfecta familia del homo sapiens.

Todo niño tiene necesidades fundamentales de amor, protección, aceptación, estimación propia, independencia, autoridad, limitaciones, consuelo, apoyo, éstas necesidades deberán satisfacerse para que cada niño llegue a la madurez como individuo bien centrado.

Es necesario amor para darle al niño la sensación de que se desea. Le dá confianza a sí mismo y en su capacidad para hacer frente al medio que lo rodea. La disciplina por otro lado indica al niño hasta donde puede llegar. Impone límites a los confines de su libertad, pero dentro de esos límites será completamente libre, el niño in disciplinado no tiene esa libertad de acción porque no sabe en que -- punto sus actos puede crearle problemas.

Cuando no existen restricciones al comportamiento del niño-- a menudo se produce sentimientos de culpabilidad, se vuelven hoscos,-- temerosos y ansiosos. El primer contacto con la autoridad son los -- padres; de la manera en que es manejado determinará su comportamiento en general hacia la autoridad.

La autoridad debe ser ejercida de manera protectora y amoro sa, nunca de manera excesiva, la autoridad ejercida adecuadamente dará confianza así como la autoridad consistente y cariñosa, es muy pre ferible a la rígida, inconsistente o punitiva.

Baste decir que los padres pueden tener actitudes erróneas-- y pueden alterar el comportamiento de sus hijos haciendo que su mane- jo en el consultorio dental resulte difícil.

Sin embargo, el hogar es el factor más importante en la per sonalidad del niño. Es el hogar que gobierna el destino del niño y -- su medio social.

b) Actitud de los padres hacia el niño

El niño recibe su conciencia de su madre, de su padre, de su maestro, de su medio ambiente en general. Su infelicidad es resultado del conflicto entre la conciencia y la naturaleza humana.

En estos últimos años se han producido grandes modificaciones en las actitudes de los padres hacia los hijos dichos cambios se han realizado en el sentido de la libertad y la tolerancia, con un intento de entender al hijo y sus necesidades. Sin embargo, los padres no siempre actúan con eficiencia en sus actitudes, tienden algunas veces a mostrar favoritismo hacia alguno de los hijos, a ser demasiado indulgentes y otras veces demasiados estrictos.

Estos niños están preparados inadecuadamente para ocupar un puesto en la casa o en la escuela y les falta valor en el consultorio odontológico.

RECHAZO

Es común cuando la concepción no fué deseada o cuando el niño ha nacido de padres demasiado jóvenes no muy maduros emocionalmente para aceptar las muchas responsabilidades de la paternidad.

El rechazo por parte de los padres dificulta la formación de sentimientos normales de seguridad, mina la autoestimación del niño e induce sentimientos de desvalidez y frustración, los cuales pueden incapacitar permanentemente al niño para su adaptación a la vida.

Existen rechazo activo y rechazo pasivo.

RECHAZO PASIVO

La vinculación afectiva entre la madre y su hijo es sumamente débil no existe por ser pobre la efectividad de la madre, esto puede deberse a factores predominantes constitucionales. En otras ocasiones se trata de mujeres superficiales y vanidosas cuyos efectos son insustanciales y falsos; Dedicar muy poco tiempo al niño y generalmente racionalizan su desapego escudándose en otra ocupación que de cualquier modo no tendrán si verdaderamente quisieran a sus hijos.

El padre como ocupa la mayor parte del tiempo en el trabajo, llega a su hogar cansado, regularmente transfiere las responsabilidades del cuidado del niño a su madre, mostrando indiferencia al chico - a sus necesidades afectivas y educativas.

RECHAZO ACTIVO

Algunos chicos son activamente repudiados, a veces aún antes de su nacimiento el niño repudiado no es solo descuidado, sino constantemente tratado con brutalidad. El rechazo activo del niño puede ser estimulado por factores tales como la identificación del niño con el marido detestado, enviada de su dependencia, celos porque el niño absorbe el interés de su padre o madre respectivamente.

No es de extrañar que estos niños desarrollen carencias de estimación propia, y sentimientos de incapacidad que los lleven a ansiedades profundas, desarrollan resentimientos, se vuelven poco cooperadores se retraen en sí mismos sin amar ni enterarse por nadie.

Puesto que el niño no tiene seguridad en casa, se vuelve --- suspicaz, agresivo, vengativo, combativo, desobediente, poco popular, nervioso y demasiado activo. A causa de esta actitud los miembros del grupo de su edad lo encuentran poco agradable, y esto le hace buscar - la compañía de otros parecidos a él. Muchos de los delincuentes infantiles actuales vienen de ésta categoría.

En el consultorio odontológico este niño puede ser difícil de manejar. Está claro que habrá de tratarse cualquier desobediencia-manifestada por el niño, no con un rechazogino esforzándose a ser amigable y en comprenderlo. Estos niños generalmente demandan mucho, y deberán respetarse sus peticiones en lo posible, porque están necesitados de atención y bondad, en muchos casos el niño rechazado se porta mal para atraer la atención. Este niño deberá recibir la atención deseada cuando se porta bien y cuando se porta mal.

PROTECCION EXCESIVA O SOBREPOTECCION

Todo niño necesita amor y afecto, sin embargo a causa de ciertos factores emocionales el impulso protector puede volverse excesivo e interferir en la educación normal del niño.

Generalmente el niño está excesivamente protegido, no puede utilizar iniciativa propia ó tomar decisiones por si mismo, se niegan abiertamente a todo papel de responsabilidad, se presta ayuda al niño en toda tarea, incluso por mínimo que trate de hacer la madre forma parte de sus actividades sociales, en los juegos y el trabajo se ven restringidos por miedo a daño físico, enfermedades o adquisición de costumbres indeseables de sus compañeros de juego. Están inhibiendo el desarrollo psicológico y emocional del niño.

Este exceso de protección maternal puede manifestarse por dominio extremo o indulgencias excesivas.

Los padres dominantes presentan niños con una conducta malajustada a la vida de sociedad, este niño se muestra cortés, honrado y cuidadoso, pero también es probable que sea tímido dócil, temeroso de hacer el ridículo, sumiso, susceptible, no son agresivos y carecen de presunción y empuje social, se siente inadecuados, inferior, inhibidos, confuso y desorientado.

Estos niños constituyen pacientes ideales, si no son excesivo en su actitud, ya que son obedientes y educados, reaccionan bien a la disciplina, sin embargo a causa de la timidez del niño, el cirujano dentista tiene que romper la barrera de timidez haciendo que el niño confíe en su capacidad para ser un buen paciente dental.

Los padres que son demasiado irxlulgentes o que dan demasiados lujos a sus hijos a los cuales no les niegan nada, presentan niños que tienen dificultad para adaptarse al medio social que les rodea, a estos niños no se les pide que se enfrenten a realidades morales de manera que demandan gran afecto, atención y servicio.

Cuando se les hace creer que son superiores a los demás, se vuelven desconsiderados, egoístas y tiranos si no se les dá lo que pi

den, se impacienta e incluso tratan de golpear a las personas que no acuden a sus deseos.

Con un dentista extraño pueden tratar de usar su encanto y - persuasión e incluso forzarle para evitar el tratamiento y hacer lo -- que quieren. Son niños demasiado mimados y aunque no incorreuibles son muy difíciles de manejar en el consultorio dental.

ANSIEDAD EXCESIVA

Esta actitud se caracteriza por preocupación excesiva y es expresado por el padre muchas veces cuando ha habido alguna enferme-- dad seria, muerte en la familia o hijo único.

Se ha encontrado una gran relación entre la ansiedad mater-- na y el comportamiento no cooperativo del niño en el consultorio den-- tal, sobre todo en niños entre 3 y 4 años de edad.

Ya que el padre manifiesta entonces un afecto exagerado, un exceso de protección y mimo y se opone generalmente a que su hijo al-- terne con otros niños. Se exageran mucho las enfermedades de poca -- importancia y frecuentemente se les hace guardar cama sin necesidad, -- se impide al niño concurrir a la escuela ó cumplir su cita con el --- odontólogo.

Muy pronto el niño pasa a depender de los padres para todo-- y son generalmente tímidos, huraños, temerosos, reservados, cobardes, les falta capacidad para tomar decisiones por sí mismos.

Los padres transmiten una mayor ansiedad y miedo a sus hijos por lo que se establece una mejor relación paciente-dentista, cuando-- los padres no se encuentran.

Sí se le permite a la madre acompañar al niño durante el -- tratamiento pero únicamente como estricto observador y no enfrente -- de su hijo ya que si siente ansiedad se la transmitirá produciendo un-- efecto contrario al deseado, debiendo entonces retirarse.

Generalmente se invita a los padres en la primera visita a pasar a la sala de operaciones para comprender el papel tan importan

te que tienen en la adquisición de hábitos de higiene de su hijo y de conocimientos de control dietético para prevenir enfermedades dentales.

Son generalmente buenos pacientes si se les instruye para que lo sean.

c) Consultorio dental

Hay muchos factores que tomar en consideración al buscar lugar para un consultorio del tipo de práctica que se desee establecer tales como nivel económico y social del área, facilidades de estacionar coches y los transportes públicos así como acceso fácil a las escuelas y áreas residenciales.

Cuando ya se ha seleccionado la situación deberá considerarse el tipo de decoración del consultorio. Si se va a dedicar enteramente a niños, el consultorio completo desde la sala de recepción hasta las salas de tratamiento pueden tener un tema definido.

El aspecto de un lugar generalmente causa una impresión --- bien determinada que puede ser agradable o desagradable y ser muy intensa o perdurable.

Como es probable que el niño entre al consultorio con miedo uno de los primeros objetivos que deberá alcanzar el odontólogo será infundir confianza al niño y hacer que se dé cuenta de que no es el --- único que pasa por esa experiencia.

La sala de espera debe ser agradable, luminosa y amueblada de manera que resulte atractiva para el niño, una pecera es siempre --- una fuente de entretenimiento y puede ser colocada en la sala de recepción o en la sala de tratamiento en un lugar en que el niño pueda verla, una música apenas audible y relajante en la sala de recepción y hace desaparecer la frialdad que a menudo se siente en una habitación silenciosa puede contener cuadros interesantes, algunos juguetes para los niños menores algunas flores, libros y revistas infantiles; --- si los adultos van a llevar a los niños al consultorio dental, deberá haber lecturas para adultos además de las infantiles.

Si el consultorio no se va a dedicar exclusivamente a los --- niños una manera eficaz de inspirar esta sensación es hacer que la sala de espera sea similar en varios aspectos al medio familiar haciéndola cómoda y cálida y que dé la sensación de que los niños frecuentan el lugar y no les resulte desconocido.

Una de las maneras más sencillas de lograr esto, es apartar - un rincón de la sala de espera especialmente para ellos. Hay que tener disponibles mesas y silla de niños donde puedan sentarse y leer.

El consultorio dental puede ser individual o de varios cubícu- los:

Si es individual para obtener el máximo rendimiento es impor- tante tener un equipo moderno, las unidades giratorias han resultado -- las más eficaces en un consultorio de niños. Ver fig. (7)

El dentista opera en posición sentada la ayudante se sienta- enfrente de él, colocándose de manera que la unidad no les estorbe, to- do el equipo está situado junto a la ayudante.

Debe asignarse un espacio en la oficina dental, en donde el - niño y sus padres puedan recibir instrucción adecuada sobre procedimien- tos preventivos, aunque esta información se puede presentar en cual---- quier parte del consultorio, es muy conveniente tener una habitación -- aparte, y separada de áreas que puedan causar tensión al paciente.

Si es de varios cubículos que se le llama de bahía abierta ya que pueden pasar de 4 a 6 niños al mismo tiempo, cada cubículo cuenta - con su equipo y sillón dental en el centro está un asistente que es el- que entrega el instrumental a cada uno de los cubículos ya que los si-- llones se encuentran alrededor, cuentan en este caso con una sala en -- donde se realizan programas preventivos ya que son varios los niños y - los padres de familia los que asisten, estos programas están a cargo de la higienista dental y en ocasiones a cargo del asistente o C.D.

El tiempo de espera deberá ser lo más breve posible, y la sa- la de espera debería estar aislada de los ruidos del consultorio.

El aspecto del consultorio no debería diferenciarse mucho del aspecto de una habitación común, con muebles normales, sillones, y me- sas pintados de colores, ya que el consultorio totalmente blanco produ- ce en el niño y aún en el adulto la impresión de estar en una sala de - operaciones, puede hacersela más atractiva al niño si existen algunos - dibujos en las paredes que muestren niños jugando.



FIG. 7

El dibujo de un niño alegre y riéndose es siempre bueno.

Los instrumentos y aparatos que no son necesarios para un -- tratamiento normal de ser posible no estarán a la vista del niño, las-- mesitas de trabajo que están junto al sillón dental no estarán sobre-- cargadas de instrumentos, porque podrían asustar al niño.

No se consideran necesarias las instalaciones ni decorados - especiales para atender niños, ya que en un consultorio odontológico - es y debe seguir siendo un consultorio dental y no un cuarto de juego, no se trata de alejar la mente del niño de la realidad que enfrenta. El niño está 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 a fondo.

III,- Todo niño es un artista,
El problema estriba en que lo
siga siendo cuando crezca,

PABLO PICASSO

III.- DIFERENTES TECNICAS PARA LOGRAR UN BUEN MANEJO DEL NIÑO

a) Técnicas de reacondicionamiento

Es agradable observar que la gran mayoría de los niños que llegan al consultorio para trabajos de corrección pueden clasificarse como buenos pacientes, su comportamiento dependerá no tan solo de su conocimiento anterior, sino también de la capacidad que tiene el cirujano de manejarlo. Si se maneja al niño adecuadamente, es muy raro -- que no se pueda obtener cooperación. Ver fig. 8

Dentro de los factores que pueden llegar a modificar la conducta, se considera el empleo o no de reforzamientos que pueden llegar a aumentar en un momento dado la frecuencia de la conducta deseada. - Estos se van a clasificar en diferentes clases como:

a) Positivos.- Dentro de este grupo se encuentran las siguientes acciones: Caricias, palabras de elogio y sobre todo prestarle atención, así como mostrar interés por lo que está haciendo el niño

b) Reforzadores simbólicos.- Se encuentran presentados por objetos materiales por los cuales el niño fortalece su comportamiento adecuado.

También es cierto que la mayoría de niños llegan al consultorio con algo de aprensión y miedo, temen excesivamente a lo desconocido y se siente mal preparados para afrontar nuevas situaciones, pero como muestra la experiencia clínica se pueden controlar estos temores si lo racionalizan, así como visitar al odontólogo antes del tratamiento puede hacer que lo desconocido se vuelva más familiar y tal vez mitige temores o necesidades futuras de huir. Ver fig. (9-10)

El comportamiento poco cooperativo de un niño, en el consultorio odontológico está generalmente motivado por el deseo de evitar lo desagradable y doloroso y lo que él puede interpretar como una amenaza para su bienestar. Ver fig. (11)



FIG. 8

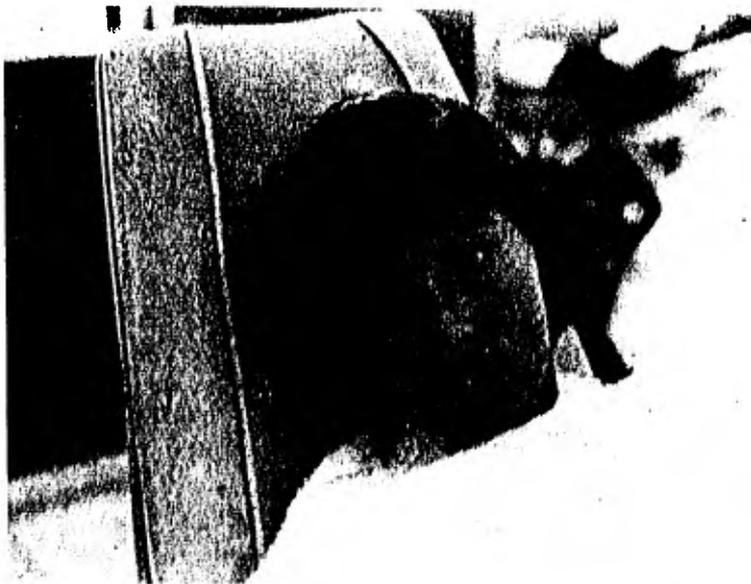


FIG. 9



FIG. 10

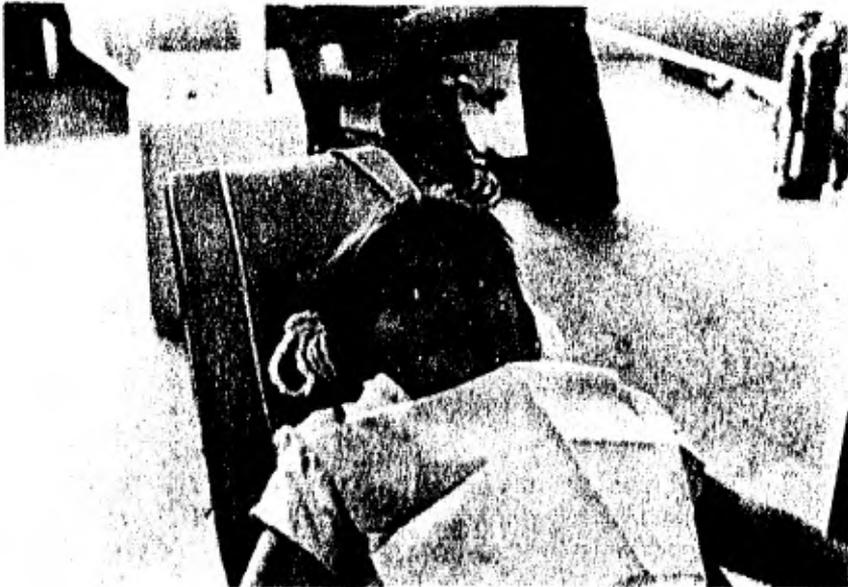


FIG. 11

Debemos intentar siempre entender los motivos de 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 solo la defensa contra una educación demasiado dura. En esto se debe intentar el acercamiento comprensivo y amable del niño para vencer su obstinación.

A veces en algún niño existe cierta predisposición psíquica-condicionada por experiencias traumatizantes anteriores que se intensifican todavía más por errores en la educación.

No se debe de dejar el tratamiento para después, ya que esto no ayuda en lo absoluto a eliminar el miedo.

TECNICA

Para ser acertados en el manejo de los niños, debemos entenderlos, ser comprensivos con sus patrones de conducta en los diferentes niveles de edad.

Un 90% de los niños entre los 3 y los 12 años, pueden ser clasificados como pacientes buenos o manejables. El otro 10% puede ser tratado usando premedicación, analgesia, restricción, en casos extremos con anestesia general en una sala de operaciones.

A través del reacondicionamiento el niño aprende a aceptar los procedimientos odontológicos y a gozar de ellos.

En un principio existe un procedimiento directo para averiguar cuales son los estímulos específicos que tiene funciones reforzantes para un infante determinado.

Este procedimiento consiste en seguir como candidato a un estímulo, es decir seleccionar alguna respuesta operante o reforzamiento al estímulo para denotar que un proceso de aprendizaje sería mezclado en la producción de una respuesta.

En primer lugar en el reacondicionamiento es saber si el niño teme excesivamente a la odontología y por qué:

Esto se puede descubrir preguntando a los padres acerca de sus sentimientos personales hacia la odontología. Cuando ya se conoce la causa del miedo, controlarlo se vuelve un procedimiento más sencillo

También, el arte que vamos a desarrollar con respecto al manejo del niño es la comunicación. Una vez que hallamos establecido esta comunicación, los problemas de manejo serán mínimos.

Se puede desarrollar la técnica hablando con el niño y así más tarde o más temprano el niño va a escuchar y esto le apartará la atención de lo que estamos haciendo.

Podemos averiguar cuales son los gustos del niño en particular y hablar acerca de ellos. Con las niñas podemos hablar de lo bonito que es su vestido o sus zapatos, su muñeca favorita, su animal prefe

rido, aunque esto también depende de la edad.

Después de un rato de charla con el niño, resultará natural.

Los odontopediatras más existosos han desarrollado el arte de hablar con sus pacientes.

Entre las técnicas más comunmente usadas en el manejo de los niños son: Control de voz, restricción, persuasión, modelaje y premedicación, éstas se pueden usar solas o combinadas.

CONTROL DE VOZ

En el control de voz; la mayoría de los niños obedecerán -- nuestros mandatos pero es necesario ser más firme con algunos niños -- que con otros para que obedezcan.

En el control de voz, cambiamos el tono y la flexión, se -- usa esta técnica cuando se ha hablado al niño de manera normal y éste -- no hace caso. La técnica de control de voz, usada con exactitud -- constituye un elemento de sorpresa para el paciente.

Se ha valorado la importancia que tiene el tono de voz que el dentista emplea para dirigirse a sus pacientes, por lo que un cambio en el volumen, firmez y suavidad de esta nos ayudará a obtener la atención del niño, que es el objetivo primordial tanto del control de voz como de todas las técnicas que se emplean en el consultorio.

Debemos tener en cuenta el evitar las conversaciones monótonas, así como un tono de voz muy suave ya que no es tan importante lo que se dice, sino como se dice, puesto que se pretende influenciar directamente en el comportamiento sin que medie el entendimiento.

El control de voz es más efectivo cuando se emplea en conjunción con la comunicación, que es el intercambio de experiencias comunas cuyo propósito es un mejor acercamiento con los pacientes. No -- debemos olvidar que el significado del mensaje que se trasmite al niño puede llegar a ser interpretado de diferente manera por él, se recomienda que nos lo repita en sus propias palabras.

Es muy importante no dejar de mantener una actitud confia-

da, así como un tono de voz fuerte y firme cuando se ordene al niño hacer algo, de manera que el mensaje resulte eficaz, ya que si se emplea un tono de voz débil y una actitud nerviosa, se obtendrá como resultado el efecto contrario al deseado.

A continuación se empieza a familiarizar y a explicar al niño la utilidad y funcionamiento de cada uno de los instrumentos y aparatos operatorios y dejar que manipule algunos.

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, técnicas, amigos, deportes y objetos que interesen al niño. La charla debe ser entretenida y continua.

Ha llegado el momento de esbozar el tema del tratamiento dental.

Cuando se ha tratado de controlar al paciente con las técnicas normal ó con el control de voz y no se ha prosperado será necesario recurrir a la restricción o terapia de sorpresa.

RESTRICCIÓN

El tipo de paciente con el que se tiene más éxito empleando esta técnica es el persistente ó niño hostil.

Este tipo de niño rara vez llora, pero patea, grita y llegan a morder o rasguñar.

Al tratar de comunicarnos con este tipo de niños, se rehusan a escuchar probablemente no pueden oírnos por todo el ruido que ellos mismos están provocando.

Lo que debemos hacer es detener ese escándalo; debemos hablarle con una voz muy firme, la comunicación será algo como esto:

"Está bien, ahora Juanito ya he aguantado bastantes tonterías, me oyes. No te estoy molestando, estoy tratando de ayudarte. Tienes un diente enfermo y necesito curártelo. ¿Me entiendes,!"

¡ Ahora escucha. ! Hay dos manera de arreglarte el diente, a la fuerza estando inquieto y peleando ó de una manera fácil si me ayudas. Si quieres hacerla a tu manera, a la fuerza te lo haré así. Yo lo puedo hacer porque soy más grande que tú. Ahora que tal si lo hacemos a mi manera que es más fácil, si te quedas quieto y me ayudas lo podemos hacer mucho más pronto.

Te voy a decir todo lo que te voy a hacer. Si te molesta -- puedes levantar tu mano y me detendré, ¿está bien?"

En la primera visita deberán realizarse solo procedimientos menores e indoloros. Se obtiene la historia, se instruye sobre el cepillado de los dientes. Se pueden tomar radiografías.

Es una buena técnica pasar de operaciones más sencillas a -- las más complejas, a menos que sea necesario tratamiento de urgencia.

El odontólogo puede trabajar con el padre o la madre en la sala de operaciones. Generalmente se invita a los padres en la primera visita para comprender el papel tan importante que tienen en la adquisición de hábitos de higiene de su hijo.

Desafortunadamente, los niños con frecuencia llegan al consultorio dental en su primera visita sufriendo de dolores y con necesidad de tratamiento de emergencia.

En esta situación como en todas las demás, la veracidad del dentista es esencial. Franqueza y honestidad serán rentables con los niños. Si el procedimiento tiene que producir dolores aunque sean mínimos, es mejor prevenir al niño y conservar su confianza que dejarle -- creer que ha sido engañado. También puede decirsele que si avisa cuando duela demasiado, el dentista parará o lo arreglará de manera que no duela tanto.

Ya que el niño descubrió que la mejor manera de hacer el tratamiento, por lo general es la más fácil, en ese momento el niño estará generalmente receptivo para su primera adoctrinación de tratamiento -- dental.

TECNICA DE MANO SOBRE BOCA Y NARIZ

Es una de las técnicas que suscita más controversias en cuanto a su aplicación en el manejo del niño difícil, solo deberá usarse como último recurso cuando hallan fallado todos los demás medios.

DESCRIPCION DE LA TECNICA

Coloco mi mano sobre la boca del paciente cubriendo la nariz (en caso necesario), con mi cara muy cerca de la suya y le digo directamente al oído "si quieres que retire mi mano, deberás dejar de llorar y escucharme, solo quiero ver tus dientes."

Después de pocos segundos se vuelve a repetir lo mismo y se añade: "¿Estás listo para que quite mi mano?" Si el niño asiente con la cabeza, se retirará la mano. Si una vez llevado a cabo esto, el niño continúa gritando, se repetirá la acción cuantas veces sea necesario hasta lograr el objetivo deseado. Ver fig. (12)

Mientras el niño se repone, se entablará una conversación -- con el objeto de distraer su atención, hablándole acerca de temas completamente ajenos a su conducta o al consultorio.

Una vez realizado el tratamiento de esta cita y antes de que el niño salga del consultorio, se le pedirá que haga dos favores, uno - que se le "quiere ver otra vez" y el otro que les diga a sus padres --- "que se ha portado bien".

Se enfatiza que la técnica nunca deberá ser empleada como un castigo y que se llevará a la práctica en niños saludables y mayores de 3 años, contraindicándose en niños con retraso mental ya sean muy pequeños o demasiado grandes. Sin embargo, su aplicación no es recomendable con medicación sedativa previa. .

Los tipos de conducta no deseados indican el empleo de este procedimiento en los siguientes casos: Histeria, berrinche, desaffo, - descontrol emocional importante,

El principal objetivo de ésta técnica, es obtener el control

del paciente para que nos preste atención y nos escuche, estableciendo así una comunicación, haciéndole entender que es el especialista quien realizará el trabajo y que es el único que determinará cuando se hará. Una vez obtenido el control del niño nos permitirá ver sus dientes, así como la toma de radiografías hasta terminar el tratamiento completo de su boca.

Queda establecido que antes de aplicar la mencionada técnica todos los medios para establecer la comunicación deben haber sido agotados. Cuando esto no ha tenido resultados favorables y la conducta del niño continúa sin control, se hará uso de ella.

El dentista debe controlar bien sus emociones ya que de lo contrario podría resultar un manejo impropio de su conducta, malográndose de este modo los propósitos del odontopediatra.

EUFEMISMOS

Son aquellas palabras que vamos a utilizar como sinónimos ya que, también es uno de los factores que ha sido más observado, por el hecho de que existen palabras que para el niño, tienen una clara connotación agresiva, por ejemplo las reacciones de nuestro paciente son desfavorables cuando explicamos:

"Te voy a inyectar para anestesiar te" Ver fig. 13

Sin embargo, al explicar "vamos a poner algo en tus encías -- que se sentirá como el piquete de un mosquito", existe un margen menor de respuesta desfavorable, a todos los niños les pican los mosquitos; saben que los piquetes de mosquito son molestos, pero que el dolor no es lo suficientemente grande o duradero para producir ansiedades definidas.

Por eso toda la información que demos a nuestros jóvenes pacientes, deberá estar cimentada en la más rigurosa realidad. De ningún modo debemos intentar realizar un tratamiento sobre la base de un engaño a nuestro paciente.



FIG. 12



FIG, 13

PERSUACION

La persuasión es un procedimiento activo que nos es de mucha utilidad es el manejo del niño, ya que nos ayuda a lograr un mutuo entendimiento entre dentista y paciente sobre lo que se está hablando, o sea el establecimiento de la comunicación que es uno de los principales objetivos que se pretende obtener.

Para lograr la comunicación verbal, nos podemos valer de preguntas con respecto a su persona o medio ambiente; sin embargo, la comunicación no solamente significa conversación, sino efectuar acciones como acariciarle la mejilla, el cabello, etc., que puedan conducir al niño a su aprobación y aceptación.

Los componentes verbales y no verbales de la comunicación, deben ser todo el tiempo específicos y simples, teniendo en cuenta el nivel de comprensión del niño. El escuchar y ver, influye en la persuasión de su propio lenguaje, por lo que si el mensaje no concuerda se distorsionará lo que se ve y oye, cambiando el significado de éste.

El odontólogo deberá aceptar al paciente no solamente cuando demuestra buen comportamiento, sino también cuando es rebelde y agresivo pondrá atención a sus palabras y sentimientos, contestando a sus preguntas de la mejor manera posible sin dar rodeos, empleando un lenguaje y conceptos al nivel de su entendimiento.

Addelston ha descrito la técnica de "decir, mostrar y hacer" cuyo procedimiento es el siguiente:

Se deberá explicar al niño como y porque se van a emplear -- los aparatos con los cuales se van a tener contacto, como el aparato de Rayos X, la lámpara dental, se le darán a entender todos los procedimientos detalladamente, evitando el empleo de palabras desconocidas por él. Así mismo, el conocimiento del equipo dental.

La administración del anestésico local juega un papel muy -- importante en la práctica diaria, por lo que debemos tener en cuenta -- los siguientes detalles:

Quien trabaje con niños, deberá tratarlos individualmente según edad y mentalidad recordando que muchos no tienen el suficiente dominio de sí mismos y expresan sus sentimientos desagradables en diversas formas y tonos.

El odontólogo deberá tener una conversación con el niño para enterarse si ha tenido una experiencia previa desagradable o no, se le dará una explicación del empleo de la anestesia y de los efectos que ésta va a producir nunca se le mentará acerca de la molestia o dolor; para aquellos niños que nunca han experimentado una anestesia local, se les explicará la sensación de adormecimiento sobre sus tejidos e inclusive se recomienda darle un espejo al niño inmediatamente después de aplicarla para que observe que nada ha modificado la estructura original de su boca y de su cara.

MODELAJE

La técnica del modelaje empleada en el consultorio dental, es un procedimiento que tiene como finalidad mostrar una conducta apropiada ante el paciente logrando una reducción del miedo y ansiedad.

Este se encontrará como observador, mirando el comportamiento del modelo durante el tratamiento que puede encontrarse presente (vivo) o filmado (simbólico), obteniendo los mismos resultados de éxito de las dos formas. Ver fig. (14)

Con la técnica de modelaje, se han logrado obtener tres finalidades que son las siguientes:

Adquirir una nueva conducta.

Eliminar el miedo que se encuentra asociado con un estímulo

Obtener la atención del paciente.

Una vez que se ha decidido aprovechar el modelo, se deberán elegir de preferencia niños de la misma edad y sexo.

PREMEDICACION

El tratamiento de un enfermo angustiado y emocionalmente perturbado puede constituir uno de los mayores problemas en la práctica --



FIG. 14

del dentista. No cabe duda que el empleo prudente y juicioso de la premedicación puede ser muy valiosa en estos casos.

Sin embargo, las drogas no deben ser sustitutos para lograr el acercamiento fundamental no farmacoterapéutico del manejo de la conducta, sino más bien como coadyuvantes que pueden servir a los odontólogos como un medio para poder brindar el tratamiento adecuado a los niños que presentan un comportamiento difícil.

En los tratamiento prolongados de la odontología restaurativa, se debe evitar al enfermo la tensión provocada por el tallado y demás manipulaciones.

La premedicación es imprescindible para todos los casos de cirugía bucal, grave o prolongada como las extracciones múltiples y difíciles o la eliminación de un diente incluido en enfermos bajo anestesia local.

Si el dentista no tiene seguridad, se reflejara en el comportamiento del niño.

Obviamente que no se intenta dar una receta mágica para controlar al niño, el manejo correcto se basa en conocimientos, sentido común y experiencia.

Posiblemente de estos primero contactos con la ciencia odontológica dependerán las costumbres de higiene bucal del futuro adulto y lo que es más importante el tipo de relación paciente-cirujano dentista que se establecerá de acuerdo con patrones que luego serán muy difíciles de modificar.

b) Uso de recompensas, halagos, regalos.

Si se quiere que un niño aprenda a actuar de una manera socialmente deseable, vale la pena esforzarse en que aprenda por sí mismo el porque debe comportarse. Por tanto, deben usarse recompensas para que se establezcan así asociaciones agradables con el acto que desee el grupo social.

La aprobación por parte de los padres es un patente instrumento de disciplina.

Las recompensas deben tener una relación directa con el acto de manera que constituyan motivación para que el niño repita este acto. Quizá la recompensa más simple y sin embargo, la más efectiva sea la aprobación social bajo la forma de felicitación o estima.

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 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.

Un regalo puede ser tomado como una señal de afecto, un reconocimiento de las habilidades y posibilidades del niño puede servir como una forma de motivación o ser considerado como una forma de confianza que se le tiene. Ver fig. (15 y 16)

De cualquier manera, se refuerza el sentimiento infantil de autoimportancia. Pero bajo ningún pretexto debe el regalo constituir un soborno para favorecer una buena forma de conducta, ni tampoco una forma de pago por haber aprendido a comportarse de manera socialmente aprobada, ya que el resultado será sencillamente que el niño seguirá portándose mal para obtener más soborno y concesiones.

FIG. 16



FIG. 15

Sobornar es admitir que el dentista no puede manejar la situación. Es conveniente distinguir entre el 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 niño hay que ser realistas y razonables no debemos "condenar" a un niño porque está asustado hay que tratar de ponerse en su lugar y comprender porque actúa de esa manera. Es necesario respetar sus emociones, pero sino 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 sentimiento 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, solo asustará más al niño y se le dificultará aún más su cooperación.

IV.- Siempre que me acerco a un niño, su presencia despierta en mí dos sentimientos: Afecto por lo que es ahora y respeto por lo que un día puede llegar a ser,

LOUIS PASTEUR

IV.- COMPORTAMIENTO DEL NIÑO ANTE EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

a) Exámen médico dental

La importancia de un exámen completo y la creación de un -- plan de tratamiento previo a embarcarse en un programa de atención den-- tal de un niño, merecerá mayor énfasis; el exámen minucioso es el re-- quisito previo para un plan de tratamiento.

En el exámen de la cavidad bucal y de los dientes tiene --- gran importancia psicológica, ya que representa el verdadero comienzo-- del tratamiento y es el primer contacto directo del niño con el dentis-- ta y el niño experimentará sensaciones en la boca que pueden resultar-- le 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 entrenar al niño de tal manera por medio de una conversación - que ni se dé cuenta del comienzo del tratamiento.

La totalidad del exámen rutinario deberá llevarse a cabo -- con movimientos fluidos y lentos; enel exámen de la dentadura debe pre-- venirse ante todo cualquier cosa que podría causar dolor o temor al ni-- ño por lo mismo se utilizan el mínimo de instrumentos (espejo, explora-- dor) como el esconder el explorador cosa que podría resultar sospecho-- sa, sino que se le muestra de manera que la punta no asuste al niño, - no se sondea profundamente en la cavidad porque podría causar dolor.

Los niños no temen al espejo, pero conviene manipularlo en-- la boca de manera que no provoque náuseas. Si el niño es curioso deberá explicársele el nombre de los instrumentos,

La duración del exámen debe ser breve, el niño deberá estar-- sentado cómodamente en una silla dental diseñada para niños o en una -

de adultos ajustada adecuadamente a su tamaño.

PASOS A SEGUIR EN LA EXPLORACION ORAL

El exámen de un niño, sea el primero o sea la citación periódica debe ser bien completa.

Como primera parte del exámen han de revisarse los tejidos blandos incluidos encías, tejido vestibular, piso de boca, lengua y paladar.

Después hay que examinar críticamente la oclusión y consignar las irregularidades de carácter dental y óseo. Ver fig. (17)

Por fin, los dientes habrán de ser cuidadosamente examinados en busca de lesiones de caries y el complemento de todos estos pasos de exámen es la radiografía.

No debe olvidarse que el niño se encuentra en una situación incómoda y desconocida con la cabeza reclinada hacia atrás manteniendo la boca abierta y que ésta posición le impida tragar, se examina por eso primero un cuadrante de la boca, y después de una breve interrupción se sigue con los otros cuadrantes. Ver fig. (18)

Debemos de conversar ininterrumpidamente con el niño, pero no se harán preguntas que no puedan ser contestadas con la boca abierta ni se usan palabras demasiado difíciles que puedan causar confusión en el niño, la abundancia de palabras puede confundir al niño causándole desconfianza y mayor temor.

Si notamos que la paciencia del niño está agotada, es mejor posponer el tratamiento para el otro día especialmente después del primer exámen en niños pequeños: No deberíamos seguir inmediatamente el tratamiento a menos que sea curación de emergencia.

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 nuestra propia mímica.

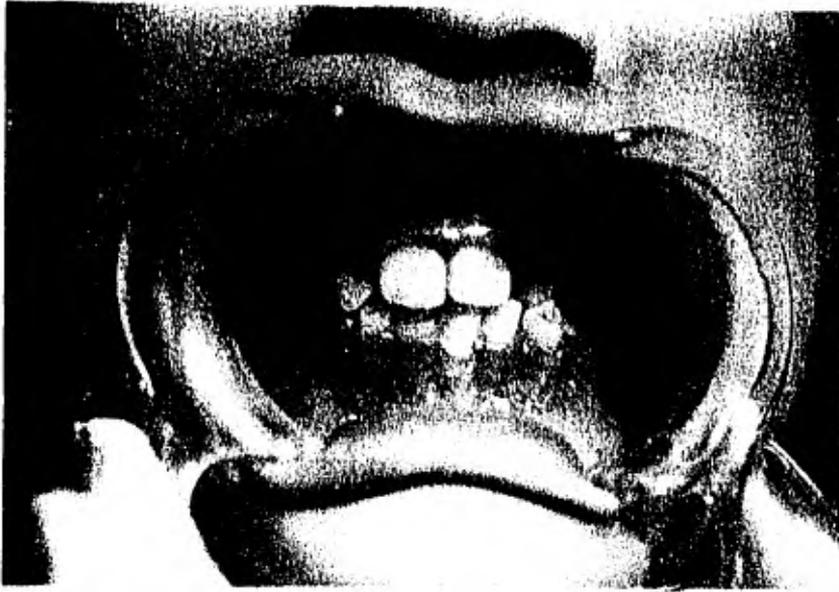


FIG. 17

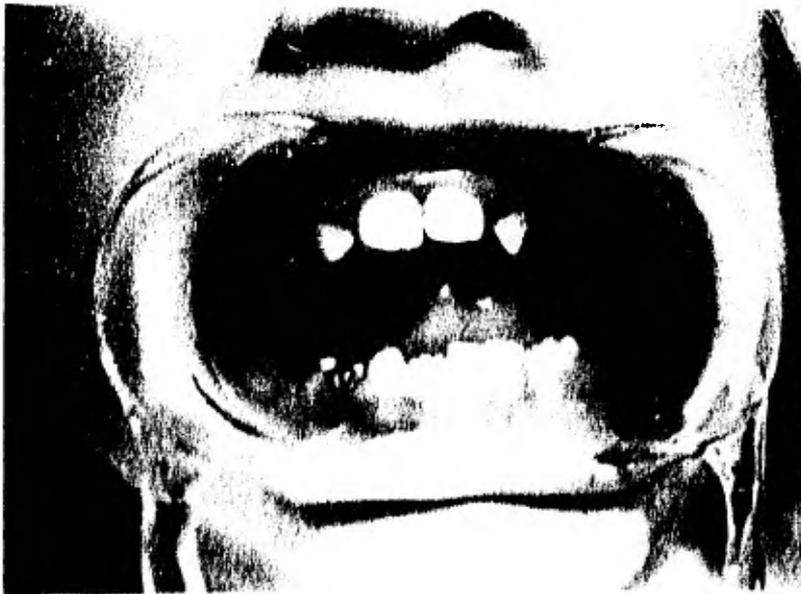


FIG. 18

Una expresión demasiado concentrada, el fruncir la frente - u otros cambios en 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 buenos resultados si se dice al niño asustado que levante la mano cuando quiera que pare el air rotor. Esa posibilidad que se le ofrece de interrumpir el fresado en cualquier momento, generalmente lo tranquiliza y solo pocos abusan de esa facultad. Conviene - aclararle que la duración del fresado sería mucho más breve sin interrupciones.

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

Todos los instrumentos deben ser filosos, para poder trabajar rápida y suavemente.

Para no aumentar los temores, el niño no debe darse cuenta de los preparativos del fresado.

El empleo de la pieza de mano debe ser lo más breve posible si se tarda más, debe intercalarse más pausas o se distribuye el tra tamiento en varias sesiones.

Siempre que se sospeche que el niño tolera mal el air rotor conviene dar analgésicos y una premedicación adecuada.

A todos los niños se les da la posibilidad de parar el air-rotor al levantar la mano.

HISTORIA CLINICA

Los datos pertinentes de la historia clínica obtenidos por la asistente dental pueden ser transferidos a la ficha permanente. - La historia dental previa del paciente, debe ser resumida. Incluirá una constancia de la atención previa en el propio consultorio y el re lato del niño y de los padres sobre lo acontecido en otro consultorio

Hay tres tipos de citas para exámen que pueden considerarse normales: Llamadas de urgencia, llamadas de recordatorio y llamadas para exámen completo.

El exámen de urgencia está generalmente limitado al emplazamiento de la herida y se diseña básicamente para llegar a un diagnóstico inmediato que lleve a tratamiento rápido y a la eliminación de la queja principal. En exámenes de este tipo, no hay procedimientos rutinarios o modelos fijos.

El exámen periódico o de recordatorio es una sesión de continuación, después de una sesión inicial del exámen completo. Su meta es poderar los cambios que han ocurrido desde que se terminó el tratamiento anterior; en la mayoría de los casos se realiza cada cuatro o seis meses.

El exámen completo deberá ser una evaluación a conciencia.

Existen varios tipos de diagramas dentarios, a continuación enunciaré algunos (dentición infantil):

DIAGRAMA DE CUADRANTES

SUPERIOR DERECHO	SUPERIOR IZQUIERDO
55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
85 84 83 82 81	71 72 73 74 75
INFERIOR DERECHO	INFERIOR IZQUIERDO

En este diagrama que es de dos dígitos, el primer dígito indica el cuadrante y el segundo dígito el diente dentro del cuadrante. A los cuadrantes se le asignan los dígitos del 5 al 8 en el sentido de la aguja del reloj, comenzando por el cuadrante superior derecho, a los dientes de un mismo cuadrante se les asignan los dígitos del 1 al 5 desde la línea media hacia atrás.

Los dígitos deben ser enunciados por separado.

Así mismo los siguientes esquemas que representan a la dentadura infantil.

DIAGRAMA CON LETRAS

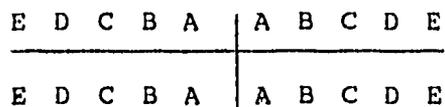


DIAGRAMA DE NUMEROS ROMANOS

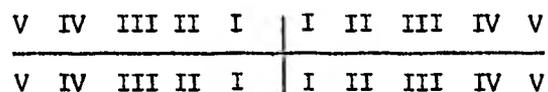
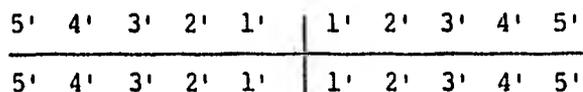
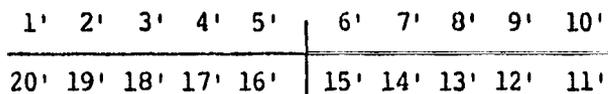


DIAGRAMA DE NUMEROS CON PRIMAS



Existen también el diagrama numérico o universal, al cual se comienza a contar del lado superior derecho, con el número 1 para el 2o. molar infantil y termina en el lado inferior derecho con el número 20 en el segundo molar infantil inferior derecho.

DIAGRAMA UNIVERSAL



A continuación diversos tipos de historias clínicas:
Según: Sidney Finn, Mc. Donald. Ver figuras (46-A)

HISTORIAL DEL NIÑO

Estadísticas vitales

Fecha.....

Nombre del niño.....

Fecha de nacimiento del niño.....

Raza..... Sexo.....

Nombre de la persona que proporciona la información de este historial
.....

Relación: ..Madre..... Padre..... Otra.....

Ocupación del padre.....

Ocupación de la madre.....

Dirección del niño.....

¿Con quién vive el niño?.....

Médico actual del niño.....

¿Con quien recomendó al niño?.....

Queja principal.....

¿Qué le hizo traer a su hijo al dentista?.....
.....

Historia de los padres

Si No

¿Lleva usted dentaduras postizas?.....

¿Lleva su conyuge dentaduras postizas?.....

Si contestó afirmativamente a los anteriores.
- ¿a qué edad le extrajeron sus dientes?.....

¿Y los de su conyuge?.....

¿Por qué le extrajeron los dientes?.....
.....

	Si	No
¿Por qué le extrajeron los dientes a su cónyuge? _____ _____		
¿Tiene usted la que se llama diente, blanda?	_____	_____
¿Los tiene su cónyuge?	_____	_____
¿Son o han sido sus dientes o los de su cónyuge grisáceos, amarillentos o parduscos? En caso afirmativo, explique _____ _____	_____	_____
¿Se desgastaron sus dientes excesivamente?	_____	_____
¿Se desgastaron los de su cónyuge?	_____	_____
¿Tiene usted o su cónyuge miedo a una visita al dentista?	_____	_____
Historia prenatal		
¿Ha tenido usted alguna enfermedad durante este embarazo?	_____	_____
En caso afirmativo, de qué tipo y cuándo _____ _____		
¿Estuvo bajo terapéutica medicamentosa durante el embarazo?	_____	_____
¿Tomó antibióticos durante el embarazo?	_____	_____
En caso afirmativo, enumere qué medicamentos _____ ¿Cuánto tiempo y con qué frecuencia tomó esto? _____ _____		
¿Tuvo alguna dieta de alto valor vitamínico o calórico durante el embarazo?	_____	_____
¿Existe incompatibilidad sanguínea entre usted y su cónyuge?	_____	_____
¿Le ha dicho su médico que es usted Rh negativa?	_____	_____
¿Tomó usted tabletas de fluoruro o existió fluoruro en el agua que bebía durante su embarazo?	_____	_____

Historia natal	Si	No
¿Fue prematuro su hijo?	_____	_____
¿Tenía escorbuto al nacer?	_____	_____
¿Le hicieron transfusiones de sangre?	_____	_____
¿Fue un bebé "azul"?	_____	_____
Historia posnatal y de lactancia		
¿Tuvo convulsiones durante la lactancia?	_____	_____
¿Fue amamantado?	_____	_____
¿Durante cuánto tiempo? _____		
¿Se le alimentó con biberón?	_____	_____
¿Durante cuánto tiempo? _____		
¿Le administraron suplementos de fluoruro, fluoruro en el agua de beber, vitaminas, calcio, hierro u otros minerales?	_____	_____
¿En caso afirmativo, explique _____		

¿Se le administraron vitaminas en forma de jarabe o gotas? _____		
¿Durante cuánto tiempo se le administraron? _____		
_____ ¿Con qué frecuencia? _____		
¿Chupó chupetes de azúcar?	_____	_____
¿Tuvo su hijo enfermedades infantiles durante la lactancia?	_____	_____
En caso afirmativo, enumérelas _____		

¿Sufrió fiebres reumáticas (su hijo)?	_____	_____
¿Sufrió dolores en las articulaciones? (Dolores del crecimiento)	_____	_____
¿Ha tenido diabetes?	_____	_____
¿Ha tenido afecciones renales?	_____	_____

	SI	No
¿Ha tenido afecciones del corazón?	___	___
¿Le dijo algún médico que su hijo estaba anémico?	___	___
¿Recibió su hijo antibióticos?	___	___
¿En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____		
En caso afirmativo, ¿durante cuánto tiempo? _____		
¿Qué antibiótico se le administró? _____		
¿Tuvo su hijo dificultades para aprender a caminar?	___	___
¿Sufrió alguna operación en la lactancia?	___	___
En caso afirmativo, ¿por qué razón? _____		
¿Se ha roto su hijo algún hueso?	___	___
En caso afirmativo, ¿cómo ocurrió? _____		
En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____		

¿Sufre frecuentemente accidentes menores y heridas?	___	___
¿Existe en su hijo algo que se salga de la corriente?	___	___
En caso afirmativo, explique _____		

¿Consideraría usted a su hijo enfermo?	___	___
¿Por qué? _____		

¿No sudó su hijo cuando hace calor?	___	___
¿Tiene alguna incapacidad o enfermedad física o mental?	___	___
En caso afirmativo, explique _____		

¿Toma su hijo golosinas entre las comidas?	___	___

	Si	No
En caso afirmativo, ¿qué tipo de golosina? _____ _____		
¿Sufre frecuentemente dolores de dientes?	_____	_____
¿Sangran sus encías con facilidad?	_____	_____
¿Ha debido alguna vez sus dientes delanteros?	_____	_____
¿Le salen erupciones fácilmente?	_____	_____
¿Es alérgico a algún tipo de comida, anestésicos locales, penicilina u otros drogas?	_____	_____
¿Sufre asma?	_____	_____
¿Tiene dificultad para detener el sangrado cuando se corta?	_____	_____
¿Le salen fácilmente moretones?	_____	_____
¿Le ha dicho algún médico que su hijo es hemofílico?	_____	_____
¿Se chupa constantemente el pulgar o el dedo del pie? En caso afirmativo, ¿cuándo hace esto? _____ _____	_____	_____
¿Tiene problemas para hacer amigos?	_____	_____
¿No se lleva bien con otros niños?	_____	_____
¿Prefiere jugar dentro de casa que al aire libre?	_____	_____
¿Tiene hermanos o hermanas? En caso afirmativo, ¿cuáles son sus edades? _____ _____	_____	_____
¿Tiene problemas para entrar a la par de su clase?	_____	_____
¿Tiene al dentista? En caso afirmativo, ¿sabe usted por qué? _____ _____	_____	_____
¿Ha ido anteriormente al dentista?	_____	_____

HISTORIA MÉDICA Y ODONTOLÓGICA PRELIMINAR

Nombre del niño Edad

Apellido Nombres

Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento

Dirección Teléfono

Tilde lo que corresponda:

SI No

1. ¿Tiene el niño un problema de salud?
2. ¿Está el niño bajo tratamiento médico?
3. ¿Ha tenido el niño alguna de estas afec-
ciones?
(Si es "si" marque donde corresponde)

Afección del co-
razón
Asma
Anemia
Alergias

Lesión del riñón
o hígado
Epilepsia
Nerviosismo
Diabetes

Tuberculosis
Fiebre reumá-
tica
Problemas de
coagulación

4. ¿Manifestó el niño alguna reacción desfa-
vorable a un medicamento como penicilina,
aspirina o anestésico local?
5. ¿Está tomando ahora algún medicamento?
6. ¿Estuvo el niño hospitalizado alguna vez?
Si así fue, dé la fecha y razón.

Fecha

Razón

7. Fecha del último examen médico
8. ¿Quién es el médico o pediatra de la familia?

Dirección

Teléfono

9. Considera que el niño: (marque uno)

Está adelantado en sus estudios
Prograsa normalmente
Le cuesta aprender

Observaciones (han de efectuarse anotaciones para cada una de las res-
puestas afirmativas precedentes):

10. Explique brevemente por qué trajo al niño al consultorio dental

Sí No

11. ¿Es la primera visita de su hijo al dentista?

Si "no", dé la fecha del último examen dental

12. ¿Tiene su hijo ahora un dolor de muelas?

13. ¿Tuvo su hijo dolores de muelas?

14. ¿Tiene su hijo con frecuencia aftas o "marcas de fiebre"?

Observaciones (Han de efectuarse anotaciones para cada una de las respuestas afirmativas):

Fecha

Padre o tutor

Relación con el niño

b) Tratamiento operatorio

La meta principal del odontopediatra es el preservar la integridad de las piezas caducas, para que se mantengan funciones normales y ocurra una exfoliación natural. Al lograr esta meta, el dentista obtiene la satisfacción de saber que ha utilizado todos sus conocimientos para preparar el camino para la erupción de las piezas permanentes sanas que asumirán el lugar que les corresponde en los arcos dentales. Al hacer el odontólogo esto, contribuye a la salud general del niño.

Si se perdiera prematuramente cualquiera de estas piezas -- primarias se podría dañar de manera trascendente y duradera la dentición permanente.

En los niños los elementos de la dentición primaria, deberán permanecer sanos por un período que va desde los seis meses de -- edad aproximadamente hasta los 11 años cuando los caninos superiores caen, en el curso normal de los acontecimientos.

Durante este período de unos 11 años, los dientes están sujetos a vicisitudes de abrasión, atricción, traumatismo y caries, al igual que lo están los dientes adultos.

Una dentadura sana y completa es importante no solamente para la digestión y la salud, sino también sin duda, tiene un papel importante no solamente para la digestión y la salud, también juega un papel muy importante en el aspecto del individuo.

Esto desde luego, lo saben apreciar los niños mayores, también los niños pequeños se dan cuenta si se les advierte al respecto que los dientes defectuosos y los espacios le quedan mal.

Una dentadura defectuosa y la pérdida de los dientes desde luego, tiene una repercusión psíquica, por eso se trata de eliminar -- esas deficiencias aún en niños por medio de aparatos ortopédicos o -- protésicos; indudablemente algunas de estas decisiones sobre restauraciones son muy difíciles de tomar.

Tal vez sea lo mejor recordar que deben tratarse las piezas de los niños, la función de lo que es mejor para el niño y no en función de lo que es más fácil para los padres o para el odontólogo.

El odontólogo debe imponerse metas adicionales para tener éxito en los tratamientos operatorios restaurativos en piezas infantiles. Deberá transmitir a los padres la información sobre cuando los dientes de los niños deberán recibir cuidados de restauración.

Pero cuando se trate de sustituir uno, varios dientes o hasta una prótesis completa la situación del niño mayor se torna bastante difícil, el constante control de su expresión facial y su mímica, puede causar la impresión de una simulación permanente y tener una nu la influencia sobre su carácter.

El niño afectado o sus amigos muchas veces consideran el diente postizo como una curiosidad con lo cual aumenta todavía más su valor en el mundo infantil, en vez de producir complejo de inferioridad como puede ocurrir en los adultos.

Hay aquí dos problemas psicológicos principales:

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

La planeación de tratamiento por lo tanto, no es siempre un proceso simple y las variables que entran en la decisión que toma el odontólogo son muy numerosas.

Entre los procedimientos operatorios de piezas primarias.

CONTROL DEL DOLOR Y LAS MOLESTIAS

La mayoría de los dentistas que tienen amplia experiencia en odontopediatría, coinciden en afirmar que la clave de una operación dental acertada en sus consultorios es el manejo adecuado y cómodo de los niños. Ver fig. (19)



FIG. 19



FIG. 20

Si el uso de un anestésico local o de premedicaciones ligeras o de ambos, puede hacer cualquier procedimiento más agradable y menos doloroso, entonces deberá utilizarse.

Así como las inyecciones realizadas con cuidado precedidas de aplicaciones de anestésicos tópicos en forma de pasta en lugar de la inyección.

USO DE TECNICA ODONTOLOGICA A CUATRO MANOS

El uso de la técnica odontológica a cuatro manos, es uno de los avances más importantes que un dentista puede incorporar al trabajo de su consultorio. Promociona comodidad y sensación de bienestar en sus pacientes infantiles y también en el dentista y sus auxiliares. Ver fig. (20)

USO DEL DIQUE DE CAUCHO

El uso del dique de caucho, es una de las técnicas más valiosas que puede desarrollar un dentista para lograr excelentes cuidados de restauración en los niños. Ver fig. (21-22)

Se ha especulado sobre porque ejercerá el dique de caucho un efecto tan calmante en los niños, después de que el área en la que habrá de operarse ha sido anestesiada adecuadamente.

Cuando se usa el dique de caucho algunos niños incluso se dormirán durante la mayor parte de la sesión.

Han afirmado que esto es por que el niño "parece adquirir sensación de protección por el hecho mismo de que los dientes parecen estar aislados del resto del cuerpo" (Jinks y otros),

USO DE ROLLOS DE ALGODON

A pesar de que en operatoria dental la mayoría de las situaciones se prestan al uso del dique de caucho, el operador puede preferir rollos de algodón.

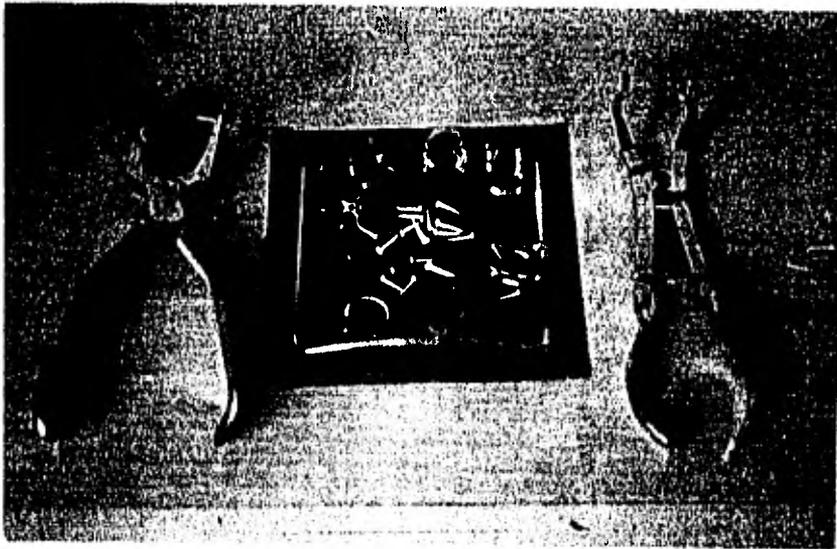


FIG. 21



FIG. 22

Estos pueden ser mantenidos en su lugar usando cualquiera - de los tipos de soportes para rollos de algodón.

El niño tolerará mejor los rollos de algodón colocados de - esta manera, si se pulveriza algo de enjuague bucal de sabor mentola- do o algún tipo de sabor. Esto se puede hacer después de que los ro- llos están en su soporte ya listos para ser colocados en la boca.

RESTAURACIONES DE URGENCIA EN PIEZAS CARIADAS

Ciertamente, las restauraciones de amalgama llevadas a cabo en piezas primarias no son consideradas como "temporales". El cuida- do con que se realizan deberá ser el mismo que el de las piezas perma- nentes.

Sin embargo, habrá niños que sufran destrucción rampante -- que llegarán al consultorio dental con gran necesidad de tratamiento. En estos casos puede iniciarse inmediatamente tratamiento de naturale- za temporal para prevenir el curso de las fuerzas cariogénicas y la - posibilidad de dolores de dientes o abscesos que podrían ocurrir du- rante el período de espera antes de que puedan concentrarse visitas - ordinarias.

Es importante que los padres se den cuenta que estas restau- raciones solo son temporales.

c) Tratamiento quirúrgico

Así los principios generales de la cirugía bucal permanecen constantes, ya se apliquen en adultos o en niños. Sin embargo, en los niños estamos tratando con un organismo en desarrollo en sus aspectos físico y fisiológico.

Por lo tanto deberán modificarse las técnicas para adaptarse a las necesidades del paciente en etapa de crecimiento.

De las intervenciones quirúrgicas la más frecuente es la extracción, siendo una de las que causa mayor temor, sin embargo, según observaciones de algunos autores muchos niños y adultos temen más a la turbina, probablemente porque con ésta han tenido experiencias desagradables. Ver fig. (23)

En todas las intervenciones quirúrgicas debe evitarse nombrar los instrumentos o los distintos pasos de la intervención, porque esto provoca la misma excitación. 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 muy importante trabajar rápidamente su realización en pocos segundos puede ser una grata sorpresa para el niño, él cree que se trata solo de los preparativos y el verdadero dolor vendrá después.

Generalmente los niños también expresan su sorpresa con palabras diciendo que en realidad no era como ellos habían pensado.

En las extracciones, el efecto relativamente tardío del anestésico es una desventaja grande, después de aplicada la anestesia no debe dejarse al niño esperar solo, sino se le debe entretener de alguna manera para que no le vengan ideas angustiosas sobre la inminente intervención.

Inmediatamente después de la extracción se le coloca una gasa estéril sobre la herida y se le deja morder fuertemente, esto es -



FIG. 23

ventajoso porque el niño no puede salivar y por lo tanto no ve sangre - y la herida deja de sangrar más rápidamente que haciendo buches. Algunos niños que están completamente tranquilos, durante la intervención se asustan cuando ven que sangran por la boca por eso, la colocación de la gasa es una medida auxiliar, también desde el punto de vista psicoprofiláctico.

Para otras intervenciones quirúrgicas similares a la extracción, rigen los mismos principios psicológicos ya que las intervenciones quirúrgicas más complicadas exigen más preparativos que son psicológicamente desfavorables como por ejemplo, vestimentas especiales (máscaras faciales), una sala esterilizada, etc., antes de tales intervenciones es necesario preparar psicológica y farmacológicamente al niño, aún en los casos en que se usa anestesia general, ya sea por inhalación u otras vías, ya que un niño bien premedicado y psicológicamente preparado tolera todos los preparativos y la anestesia tranquilamente de modo que el peligro de un trauma psíquico se reduce prácticamente a cero.

"El cirujano nunca debe de olvidar que es responsable no solo de la consecuencias somáticas de la operación sino también de las psíquicas". (H. MENG)

V.- Enfrentemos todos los problemas de la
niñez en afecto,

De ellos es el mundo de la alegría y el
buen humor,

Ellos son la parte más sana de la raza -
por que son lo más puro que ha salido -
de las manos de Dios,

V.- PRINCIPALES MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LA CONSERVACION
DE LA SALUD DENTAL DEL NIÑO

a) Técnica del cepillado

Para que un programa preventivo sea eficaz, quienes enseñen las medidas preventivas deben comprender los hechos fundamentales en la etiología de la caries dental y la enfermedad periodontal, para comunicar esa información a sus pacientes como base para motivar en ellos los buenos cuidados hogareños.

Todo odontólogo siente una responsabilidad hacia sus pacientes de aconsejarles debidamente sobre la importancia del cepillado dental y recomendarles un tipo de cepillo, un dentífrico y la mejor técnica para llevar a cabo esa acción. Ver fig. (24-25)

El método que se ha de recomendar y enseñar al paciente depende de la evaluación del odontólogo y de las necesidades del paciente.

La limpieza dental puede realizarla el higienista dental o el odontólogo, como procedimiento de consultorio o puede realizarla 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 segundo procedimiento se incluye el uso de un cepillo de dientes y pasta dentífrica junto con seda dental y pastillas reveladoras. Estos procedimientos pueden emplearse en parte o completamente hasta cuatro o cinco veces al día.

El mantenimiento de los dientes limpios es eficaz como control de la enfermedad periodontal y que el cepillado dentario es el método más recomendado comunmente para la remoción de los depósitos de residuos bucales y placa de los dientes.



FIG. 24



FIG. 25

CARACTERISTICAS DE EL CEPILLO DENTAL

Por lo general la tendencia actual es la de usar cepillos de dientes relativamente pequeños y rectos, con dos o tres hileras de 10 a 12 penachos de fibras sintéticas cada una, la consistencia debe ser --- blanda, los extremos libres y las fibras redondeadas. Las razones de estas características son las siguientes:

El cepillo debe ser pequeño y recto para poder alcanzar todas las superficies dentarias.

Las fibras sintéticas no se gastan tan pronto como las naturales y recuperan su elasticidad mucho más rápidamente después de usarlas

Los penachos permiten una mejor acción de las fibras, puesto que pueden arquearse y llegar a zonas que no alcanzarían con un cepillo totalmente cubierto de fibras, en que la proximidad entre éstas y su gran número impedirían el libre juego individual de las mismas.

Las fibras deben ser blandas y los extremos redondeados con el fin de no lastimar la encía. Recuérdese que lo que se busca no es realmente "barrer" los dientes, sino remover la placa.

CEPILLOS ELECTRICOS

Existen en general tres tipos de cepillo eléctricos, de --- acuerdo con el movimiento que imparten a las cerdas; horizontales (ida y vuelta), vertical en el arco y vibratorio.

Se han realizado estudios en relación de cepillo manuales y eléctricos; en el conjunto de estos estudios demuestra que no hay grandes diferencias entre ambos tipos de cepillo.

En el proceso de cepillado de los dientes el papel principal corresponde al cepillo cuyas cerdas remueven o desorganizan las colonias bacterianas que se acumulan sobre aquellos.

Por medio de sus componentes tensioactivos y detergentes, los dentífricos ayudan a remover residuos alimenticios y placa, y mediante sus agentes abrasivos a remover manchas y pigmentaciones recién

depositados y actúan como agente preventivo de la caries.

Los dentífricos para el control de las caries está basado en el empleo de fluoruros como preventivos eficaces de la caries, siempre que se use con regularidad.

Solo en los últimos años se ha prestado la debida consideración a las diferencias en la anatomía de los dientes temporales y los permanentes en relación con el cepillado.

Entre las técnicas de cepillado dental se enumeran algunas a continuación:

METODOS DE FREGADO

Con esta técnica se sostiene el cepillo con firmeza y se cepillan los dientes con un movimiento de atrás hacia adelante, similar al del fregado de un piso.

METODO DE FONES

Con los dientes en oclusión se presiona firmemente el cepillo contra los dientes y los tejidos gingivales y se le hace girar en círculos de mayor diámetro posible.

METODO DE BARRIDO O GIRO

Se colocan las cerdas lo más altas que sean posible en el vestíbulo, con los lados de las cerdas tocando los tejidos gingivales. El paciente ejerce tanta presión lateral como los tejidos puedan soportar y mueve el cepillo hacia oclusal. Los tejidos se isquemian bajo la presión al hacer ésta que la sangre se retire de los capilares; a medida que se aproxima el cepillo al plano de oclusión, se le va haciendo girar lentamente, de manera que ahora son los extremos de las cerdas los que toquen el diente; al liberar la presión sobre las encías, la sangre vuelve a afluir a los capilares entonces se vuelve a colocar el cepillo en lo alto del vestíbulo y se repite el movimiento de giro. Se le indica al paciente que en cada zona haga seis claros movimientos de barrido hacia oclusal, después el cepillo pasa a una zona nueva.

METODO DE CHARTERS

Se ponen los extremos de las cerdas en contacto con el esmalte dental y el tejido gingival, con las cerdas apuntando en un ángulo de unos 45 grados hacia el plano de oclusión, se hace entonces buena presión hacia abajo y lateral con el cepillo y se le vibra delicadamente de adelante hacia atrás, ida y vuelta.

Esta técnica masajea bien también los tejidos interproximales.

METODO DE STILLMAN

Se coloca el cepillo en aproximadamente la misma posición requerida para la acción inicial del método de barrido o de giro, excepto que más cerca de las coronas dentales, se hace vibrar el mango suavemente en un movimiento rápido y ligeramente mesiodistal, además masajea adecuadamente los tejidos gingivales.

METODO FISIOLOGICO

Algunos aconsejan esta técnica porque creen que si los alimentos son eliminados en sentido apical durante la masticación, en la misma dirección deben ser cepillados dientes y encías, con un cepillo muy blando se cepillan los tejidos dentales y gingivales desde la corona hacia la raíz en un suave movimiento de barrido, se ha de advertir que al emplear esta técnica debe poner mucho cuidado.

METODO DE BASS

Para el cepillado de las caras vestibulares y linguales, se fuerzan las cerdas directamente de las hendiduras gingivales y en los surcos entre los dientes en un ángulo de unos 45 grados con respecto de los ejes mayores dentarios; se fuerzan las cerdas dentro de las hendiduras cuanto sea posible y con movimientos anteroposteriores cortos del cepillo desaloja todo el material blando de los dientes dentro de las hendiduras, al cual puedan llegar al mismo tiempo se --

se limpian los dientes por sobre el tejido gingival, en los nichos - y entre los dientes lo más lejos que puedan llegar las cerdas.

Las superficies oclusales se cepillan aplicando las cerdas a la - superficie, presionando firmemente y moviendo el cepillo en sentido- anteroposterior en acciones cortas; los dientes anteriores se cepi- llan por lingual dirigiendo las cerdas del talón del costado del ce- pillo hacia las hendeduras gingivales y espacios interdentarios. Ver fig. (26)

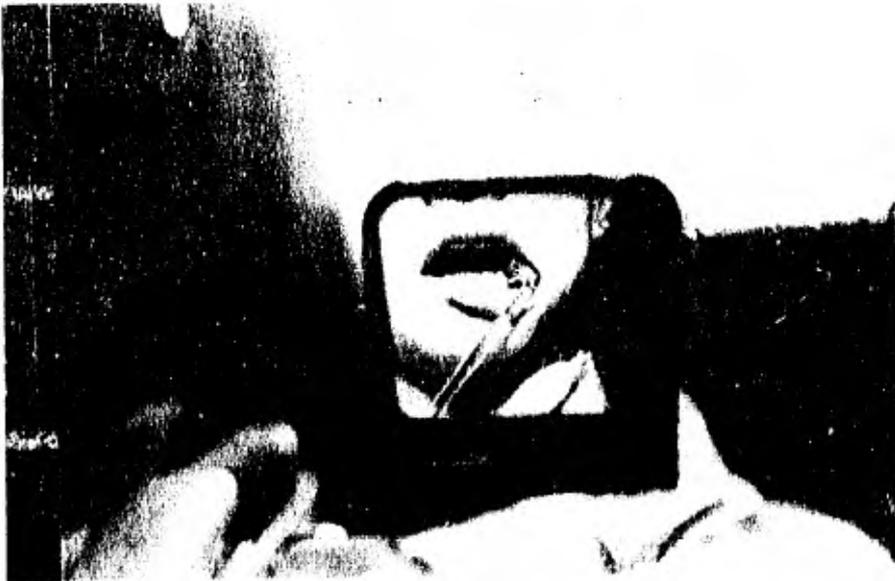


FIG. 26

c) Hilo dental

El uso de la seda o hilo dental no es universalmente recomendado por la profesión, algunos odontopediatras por ejemplo consideran que el empleo de la seda dental en la dentición primaria puede -- causar daño gingival que conduce luego a la periodontitis. Con frecuencia debido a la forma de los dientes primarios y a los espacios interproximales más llenos y dientes en tan íntimo contacto que aseguran que no puede incrustarse en ellos la comida, contando con la dificultad que tienen los niños al utilizar adecuadamente la seda dental.

Sin embargo, se sugiere que en ciertos casos el cepillado-dental se complemente con seda dental.

Se ha afirmado que la mejor seda dental es la que consta de gran número de fibras de nylon microscópicas y no encerados, con un mínimo de rotación.

Para que tenga valor este material, deberá emplearse sistemáticamente, pasando la seda a través del punto de contacto y estirándolo hacia la superficie mesial y distal del área interproximal. --- Inmediatamente después deberán eliminarse los desechos desarticulados con vigorosos enjuagues bucales en agua.

Aunque se sabe que este es un procedimiento bastante complicado en los niños de más edad, deberá incluirse por lo menos el patrón de higiene aún cuando se limite solo a las áreas interproximal y mesial de los primeros molares permanentes.

Una de las técnicas más comunes se describe:

Usando 60 a 90 cms, de hilo sin encerar, se envuelven alrededor del dedo medio de la mano derecha, excepto unos 20 cms,

Envuelva bastante el extremo libre en torno del dedo medio izquierdo para sostenerlo,

Ubique el hilo sobre las puntas de los pulgares o de pulgar a índice o de ambos índices, manteniendo una distancia de 2.5 cms,

Pase el hilo entre cada par de dientes, esto se hace con un movimiento de serrucho por entre los puntos de contacto. No se lo ha de pasar de golpe.

Después de pasar el hilo entre los puntos de contacto, se le curva abrazando el diente anterior y se le lleva hacia abajo del tejido gingival hasta sentir una resistencia. Se pule la superficie dentaria frotando el hilo hacia arriba y abajo. Lo mismo se hace con la cara mesial del diente posterior del par.

A medida que el hilo se deshilacha o ensucia, se desenvuelve del dedo medio derecho y se envuelve en el izquierdo, algo así como el carrete recolector en un grabador de cinta.

Es recomendable que las madres aprendan el uso de el hilo dental y seguramente ésta será más eficaz hasta que los niños adquieran la coordinación muscular y madurez que son indispensables para usar eficazmente el hilo dental.

Esto es alrededor de los 12 a 13 años de vida en donde la incidencia de gingivitis empieza a incrementarse acentuadamente.

Se recomienda el uso de seda dental en niño con problemas de caries o gingivales, y deben hacerse todos los esfuerzos para que los padres acepten la indicación y la lleven a la práctica.

En caso de niños sin patología aparente y, con poca susceptibilidad a las enfermedades bucales, el profesional puede ser más tolerante.

Sin embargo, debe tenerse en cuenta el alto valor en cuanto a la formación de hábitos, de prácticas comenzadas precozmente en la vida. Ver fig. (27-28)

NOTA: TAMBIEN SE UTILIZA CON EL APARATO.

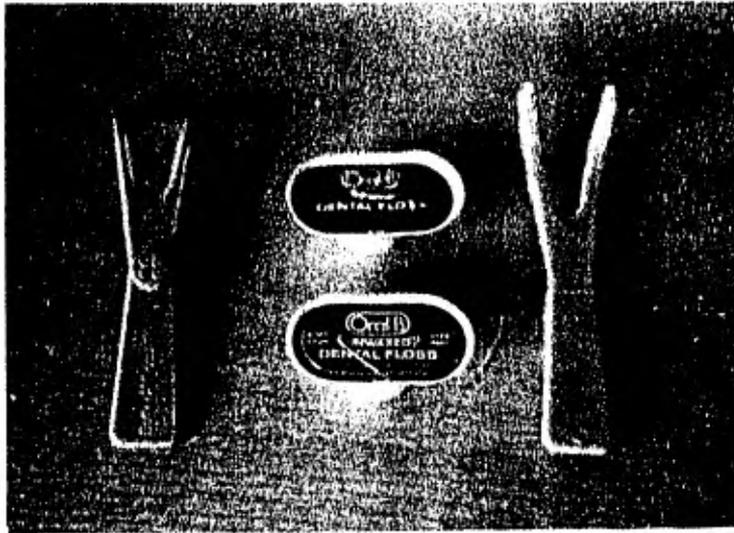


FIG. 27



FIG. 28

c) Pastillas Reveladoras

Después de explicar a los pacientes el papel de la placa en la caries dental y la enfermedad periodontal y la importancia de la -- eliminación minuciosa de esa placa una vez por día, uno de los métodos-- más eficaces para motivar a los pacientes para que la limpien es me--- diante el empleo de pastillas o soluciones reveladoras.

Muchos odontólogos e higienistas emplean pastillas revelado-- ras como ayuda para instrucción en casa.

Las pastillas u obleas contienen una tinta vegetal rojo --- (F.D.C. rojo No. 3, eritrosina)

Después que el paciente mastica la tableta y pasa saliva en-- tre y alrededor de las piezas durante 30 segundos, la placa bacteriana se verá pigmentada de rojo vivo. Se muestran al paciente las áreas ro-- jas y se le informa que está cepillando, pero no limpiando sus dientes

Se le instruye entonces sobre como colocar el cepillo duran-- te el cepillado para poder limpiar todas las superficies disponibles. Esto se sigue con empleo de seda dental.

Se le proporciona al paciente un suministro de tabletas pa-- ra emplear en casa, para así comprobar periódicamente la eficacia de - su técnica de higiene bucal.

En el uso de compuestos reveladores puede contribuir a una-- solución intermedia: El niño se cepilla primero para aprender y prac-- tificar y la madre aplica luego el revelador y completa la remoción de - la placa remanete, al mismo tiempo que le muestra al niño donde debe - mejorar y provee estímulo psicológico diciendo algo por ele--tilo; ----
¡OH! ¡Esto está mucho mejor!, estás realizando grandes progresos, estoy orgullosa de ti.

El primer paso en un programa de control de placa consiste-- en definir el concepto de placa y hacer comprender al paciente de que-- la placa de que hablamos es de él y está en su boca.

Esto se realiza por supuesto usando un compuesto revelador

En el mercado existen muchos de estos compuestos, uno que puede recomendarse porque colorea optimamente la placa es la fuscina básica que se prepara en una solución al 0.5% a la cual se añade un edulcorante y unas gotas de una esencia adecuada (o se le mezcla con un enjuagatorio dental).

Para preparar la solución debe disolverse primero la fuscina en alcohol y luego agregar el agua y demás ingredientes. Para uso particular se le puede dar a los pacientes la receta siguiente:

Rp. Fuscina básica	0.5 g.
Alcohol 96 ^o	2.5 cm. ³
Sacarina sódica	0.2 g.
Agua c/s	100 cm. ³

Añádase esencia al gusto.

INSTRUCCIONES

Se disuelve la fuscina en alcohol y después se agregan los demás ingredientes.

Otra solución reveladora muy popular es la eritrosina (colorante alimenticio), al 1.5% y además puede prepararse con 0.2% de sacarina y una esencia al gusto del paciente.

Así también existen soluciones reveladoras ya preparadas sobre la base de colorantes alimenticios de distintos colores.

FLUOR

EL FLUOR POR VIA ENDOGENA

El método más utilizado para administrar el fluor por vía endógena es a través del agua que deberá tener una concentración de una parte de fluor por un millón de partes de agua es decir deberá tener un miligramo de fluor por litro, se dice que esta concentración, ya que como además sabemos es una concentración de 4 a 5 partes por millón, se presenta la fluorosis y en concentraciones que llegan a un cuarto de gramo por litro se pueden presentar intoxicaciones.

TIPOS DE FLUOR

FLUORURO DE SODIO

Este se usa en una concentración del 2%, esta solución es bastante estable cuando se mantiene en envases plásticos, se debe tener mucho cuidado con este ya que es muy venenoso.

El fluoruro de sodio contiene 54% de sodio, 45% de fluor y 1% de humedad, cuando viene el polvo en cápsulas dosificadas para prepararlo, se debe utilizar únicamente agua bidestilada y los recipientes deberán ser de plástico, el sabor de este fluor es incoloro, inodoro e insaboro.

Sus técnicas de aplicación es un poco larga ya que se recomienda hacer una serie de cuatro aplicaciones con intervalos de 3 a 4 días a las siguientes edades: 3, 7, 10 y 12 años.

Cuando se hace la serie completa de aplicaciones logramos reducción en la incidencia de caries de un 60% y si no se aplica la se--

rie completa se reduce notablemente efectividad por esta causa, su uso se ve limitado a la práctica particular ya que es imposible efectuarlo en forma masiva en grupos de escolares.

FLUORURO ESTANOSO

Este tipo de fluoruro se utiliza en concentraciones del 8- al 10% viene presentado en forma de polvo ya sean en frascos o en cápsulas dosificadas, este tipo de fluoruro al ser preparado en solución es poco estable y tiene un tiempo de aplicación de 15 a 30 minutos, ya que después de este tiempo la solución se precipita formando hidróxido estano y óxido estánico los cuales se observan como un sedimento lechoso.

Para preparar estas soluciones se deberán utilizar recipientes de plástico y para agitarlos utilizaremos instrumentos de madera, plástico o de cristal. Un modo de ayudar a la preservación momentánea de este tipo de solución es agregando de 1 a 2 ml. de glicerina por cada 10 ml. de solución, estas soluciones tienen un sabor metálico y amargo por lo que mucha gente les adiciona escencias y edulcorantes (sacarina).

La técnica de aplicación, ésta se recomienda hacerla una vez al año entre los 3 y 12 años.

APLICACION DE SOLUCIONES ACIDULADAS

Se llama fluoruro fosfato de sodio acidulado.

Este tipo de fluor viene presentado en forma de gel son los más estables y vienen listos para usarse de fábrica, contienen 1,23% de iones fluor los cuales se obtienen al mezclar un 2% de fluoruro de sodio, 0,34% de ácido fluorídico a los cuales se les añade un 0,98 total de la solución de ácido fosfórico, el ph resultante de esta mezcla se ajusta a un 3,0.

Estas soluciones son agregadas de agentes gelificantes, escencias y colorantes, su técnica de aplicación es semejante a la del-

fluoruro de estano y basta una aplicación anual para obtener efectividad estas soluciones y geles se deben manejar exclusivamente en plástico.

APLICACION TOPICA DE FLUOR

A continuación se enumeran:

1.- Se hace una profilaxis utilizando una pasta abrasiva que contenga polvo de piedra pómez con el objeto de eliminar de la superficie dentaria todos los restos alimenticios, placa bacteriana, mucina, manchas etc.

La limpieza se hará utilizando el motor al cual se le adaptarán cepillos, estos pueden ser de pura cerda, hule o una combinación de hule con cerda.

2.- Consiste en hacer un lavado de las superficies dentales para eliminar todos los restos de la pasta.

3.- Se realiza el aislado de los dientes, este aislado se hace utilizando royos de algodón los cuales se colocan en superior únicamente por el lado vestibular y en inferior se colocan tanto en vestibular como en lingual. En ambos casos deberemos tener cuidado de que los royos de algodón no estén en contacto con los dientes.

4.- Una vez aislado el campo procedemos a secar las superficies de los dientes utilizando un chorro de aire con el fin de deshidratar las superficies y facilitar el intercambio iónico.

5.- En sí, es la aplicación que se deberá hacer, no importa el tipo de fluor que se utilice con isopos de algodón montados en plástico o madera, nunca deberá hacerse utilizando metal.

Durante este quinto paso se incluye el llamado tiempo de espera que deberá ser de 30 a 60 segundos antes de retirar los royos de algodón se-

le debe de recomendar al paciente que en 30 minutos después de la aplicación no deberá comer ni beber nada.

APLICADORES ANATOMICOS

Existen los aplicadores anatómicos que están diseñados exclusivamente para tratamientos tópicos de fluoruro, no requieren limpieza o esterilización.

Están fabricados en poliestireno, que es un material flexible que por sus características anatómicas se ajustan a la forma de cada arcada y su sellado distal aísla los dientes previniendo la contaminación del fluoruro con la saliva sin riesgo de que éste sea tragado por el paciente o absorbido por el aplicador.

Estos aplicadores vienen por pares diferenciados en color blanco para la arcada superior y en color azul para la inferior, esto facilita su identificación y permite que el fluoruro se adhiera a todas las superficies de los dientes. Ver fig. (29)

INSTRUCCIONES PARA SU USO

- 1.- Selecciones el aplicador con la medida apropiada a los requerimientos del paciente.
- 2.- Llene cada aplicador con gel, no más de 1/3 de su capacidad.
- 3.- Después de secar con aire, inserte cada aplicador y pida a su paciente que muerda suave pero firmemente durante 4 minutos.
- 4.- Después de 4 minutos los aplicadores se retiran y se desechan. Se le pide al paciente que escupa y que no se enjuague, coma, beba, durante los 30 minutos siguientes al tratamiento.



FIG. 29

DENTIFRICOS DE FLUORURO

Las investigaciones extensas sobre los efectos de dentífricos con compuestos de fluoruro de diversos tipos han dado ciertos resultados alentadores. Los que atraen mayor atención actualmente son los de fluoruro estannoso, monofluorofostato de sodio, fluoruro, fosfatos ácidos y aminofluoruro.

Después de evaluar diversos estudios clínicos se han clasificado dos dentífricos como: Grupo "A" Crest (que contiene pirofosfato de calcio y fluoruro estannoso). Grupo "B" Colgate MFP (que contiene monofluorosfosfato de sodio y metafosfato insoluble como abrasivo).

Esta clasificación viene apoyada por la afirmación de que estos dentífricos proporcionan protección contra la caries si se siguen programas de buena higiene bucal.

TABLETAS, GOTAS Y ENJUAGUES BUCALES CON FLUORURO

Hasta muy recientemente, la mayoría de las afirmaciones sobre las propiedades de las tabletas, gotas y enjuagues de fluoruro para reducir la destrucción dental carecían de respaldo científico.

Sin embargo, parecen indicar ahora que con estos vehículos se pueden obtener algunos efectos beneficiosos en personas.

La fluoridación del agua es la mejor manera de administrar al público fluoruro. Para que los niños reciban los beneficios del fluoruro por la vía general, la única respuesta actualmente es la ingestión diaria de suplementos de fluoruro desde el nacimiento hasta que se haya completado la erupción de las piezas.

Las recomendaciones de Arnold son: Tabletillas de fluoruro de sodio (2,21 mg. NaF, equivalentes a 1.0 mg. de fluoruro) administradas a niños de diferentes grupos de edad.

No se recomienda el empleo de estas tabletas cuando el suministro público de agua contiene más de 0,5 ppm. de fluoruro. Deberán

guardarse las tabletas en lugar seguro, lejos de los niños.

Las gotas de fluoruro generalmente consisten en una solución de fluoruro de sodio, añadida con cuentagotas al agua o zumo de fruta del niño. Supuestamente, este método de administración del fluoruro deberá dar resultados similares al de las tabletas de fluoruro, pero aumenta la posibilidad de dosificación inadecuada.

No se han estudiado tan ampliamente los enjuagues bucales -- con fluoruro como las tabletas con fluoruro.

CONCLUSIONES

Después de haber revisado la bibliografía y de haber realizado esta tesis, he llegado a las siguientes conclusiones:

- 1.- Con ciertas nociones que se tengan sobre la materia y mejor aún - si se tienen más conocimientos, se nos facilitará el tratar de interpretar ciertas actitudes que los niños demuestran dentro del consultorio dental.
- 2.- Así mismo, el C.D. ó el Odontopediatra, no debe perder su calma - ni tampoco agotar su paciencia y comprensión tan fácilmente ante un niño, sino tratar de comprender esas reacciones.
- 3.- Por lo mismo, de la manera o forma de como tratemos a nuestro paciente infantil estará en juego su comportamiento futuro dentro ó fuera del consultorio.
- 4.- El medio ambiente en el que se desenvuelve es importante ya que - en ocasiones adopta ciertas formas relacionadas con el sitio donde habita
- 5.- En cuanto a la cooperación y el trato del niño, no estoy dando -- fórmulas o recetas especiales sino técnicas, esto se tiene que entender ya que existen muchas variantes en la conducta del niño, - no tiene que ser esto que ser generalizado, sino tratar a cada niño individualmente.
- 6.- También de las motivaciones que le demos a nuestro paciente infantil influirá para que tome en cuenta las principales medidas preventivas para el buen estado de la salud dental.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- BARWIN, HARRY
DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO
EDITORIAL INTERAMERICANA
4a. EDICION, 1974
- 2.- BEHAVIOR MODIFICATION FOR THE CHILD DENTAL PATIENT
ROSENBERG H.N.
J. DENT CHILD 41 (2) 111-4
MAR-APR, 74
- 3.- BIJOU, SIDNEY W.
PSICOLOGIA DEL DESARROLLO INFANTIL
EDITORIAL TRILLAS
MEXICO, 1978
- 4.- CLAUSS, GUNTER
PSICOLOGIA DEL NIÑO ESCOLAR
EDITORIAL GRIJALBO
MEXICO, 1975
- 5.- CLINICA ODONTOLÓGICAS DE NORTEAMERICA
ODONTOLOGIA PEDIATRICA
EDITORIAL INTERAMERICANA
1973
- 6.- FANCONI, G.
TRATADO DE PEDIATRIA
EDICIONES MORATA
V. 1

- 7.- FINN, SIDNEY B.
ODONTOLOGIA PEDIATRICA
EDITORIAL INTERAMERICANA
4a. EDICION 1976
- 8.- FUENTE, MUÑIZ RAMON DE LA
PSICOLOGIA MEDICA
FONDO DE CULTURA ECONOMICA
MEXICO, 1974
- 9.- GESSEL, ARNOLD Y OTROS
EL NIÑO DE 1 A 4 AÑOS
BIBLIOTECA DEL EDUCADOR CONTEMPORANEO
EDITORIA PAIDOS
6a. EDICION, 1975
- 10.- LIUBLINKAIA, A.A.
DESARROLLO PSIQUICO DEL NIÑO
EDITORIAL GRIJALBO
MEXICO, 1971
- 11.- MATERNAL INFLUENCE ON CHILD BEHAVIOR
IN THE DENTAL SETTING
JOHNSON R.
PSYCHIATRY MED. 2 (3) 221-8
JULIO, 71
- 12.- MC. DONALD, RALPH E.
ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE
EDITORIAL MUNDI
2a. EDICION
- 13.- MUSSEN, PAUL HENRY
DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD EN EL NIÑO
EDITORIAL TRILLAS
MEXICO, 1978

- 14.- NELSON, WALDO E
.
TRATADO DE PEDIATRIA
SALVAT EDITORES
V. 1
6a. EDICION, 1975
- 15.- NEILL, A.S.

SUMMERHILL
FONDO DE CULTURA ECONOMICA
MEXICO, 1976
- 16.- PARENT'S PRESENCE AND THE CHILD'S RESPONSE
TO DENTAL STRESS

VEN HAM L.L.
BENGSTON D.
CIPES M.
ASDC J. DENT CHILD 45 (3) 213-7
MAY-JUN 78
- 17.- THE PREVENTION OF THE CHILD BEHAVIOR PROBLEMS
IN THE DENTAL OFFICE

KORF S.R.
J. PREV. DENT 4 (2) 23-9
MAR-APR 77
- 18.- PSYCHOLOGY IN PEDODONTICS

DEL CARMEN NAVARRO MARTINEZ
AN. ESP. ODONTO ESTOMATOL. 33 (3) 231-46
- 19.- REVISTA DEL ODCNTOLOGO MODERNO

VOL. 4 No. 6 1976
EDITADA POR EDICOM
- 20.- SECURING COOPERATION FROM THE CHILD DENTAL PATIENT

WILLIAMS Q.E.
CLARK C.M.
J, DENT CHILD 43 (6) 416-9