

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA



**PROCEDIMIENTOS PARA UN COMPORTAMIENTO
SATISFACTORIO DEL NIÑO ANTE EL
TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
GUILLERMINA FARIAS RODRIGUEZ**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO	4
a) Herencia	
b) Medio ambiente	
c) Personalidad	
CAPITULO II	
RELACION ENTRE LA EDAD Y LA EVOLUCION MENTAL	10
a) Primera Infancia	
b) Segunda Infancia	
c) Tercera Infancia	
d) Adolescencia	
CAPITULO III	
REACCIONES ADVERSAS AL TRATAMIENTO DENTAL	19
a) Temor	
b) Ansiedad	
c) Resistencia	
d) Timidez	

CAPITULO IV

- a) Diferentes formas del comportamiento del niño. 28
- b) Variables que influyen en el comportamiento del niño en la primera visita al consultorio dental
- c) Primera visita del niño al cirujano dentista.

CAPITULO V

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO

38

- a) Técnicas no farmacológicas para el manejo del niño dentro del consultorio dental.
- b) Técnicas farmacológicas para el manejo del niño dentro del consultorio dental.

CAPITULO VI

ASPECTO FISICO DEL CONSULTORIO --
DENTAL

58

- a) Decoración del consultorio
- b) Sala de espera
- c) Cuarto de Rayos X (Rx)
- d) Habitación de educación y prevención

PERSONAL HUMANO

- a) Cirujano Dentista
- b) Asistente Dental

- c) Higienista.
- d) Secretaria

CAPITULO VII**MANEJO DE LOS PADRES 89**

- a) Consejos previos a los padres para llevar al niño al consultorio-dental
- b) Influencia de los padres en el -- comportamiento del niño.

CAPITULO VIII**TECNICAS FARMACOLOGICAS PARA EL MANEJO DEL NIÑO 98**

- a) Premedicación
- b) Anestesia General

CONCLUSIONES 121**BIBLIOGRAFIA 124**

INTRODUCCION

El objetivo primordial por el cual me veo motivada a elaborar este trabajo, es el de hacer énfasis en la importancia que tiene el hecho de que el Cirujano Dentista ya sea de práctica General o el Odontopediatra; conozca el manejo adecuado del niño en el Consultorio Dental. Ya que el primer y principal obstáculo ante el cual nos enfrentamos son los diferentes tipos de conducta que los niños presentan.

Todo Odontólogo, tendrá que tomar en cuenta, la diferencia que existe en las técnicas empleadas entre la forma de tratar a un adulto a la de un niño.

El Cirujano Dentista deberá tener conocimientos básicos sobre las modificaciones de la conducta que pueden presentar los niños en algún momento dado, deberá también reconocer que el estado anímico de los pacientes es determinante para el tratamiento mismo; así como factores tan importantes como el medio ambiente familiar o el aspecto socioeconómico del paciente, en fin tendrá que hechar mano de una gama de procedimientos, para que con todos ellos logré poner en práctica los principios y técnicas apropiadas para encauzar en forma positiva a sus pequeños pacientes el tratamiento odontológico.

De esta manera vemos que es de vital importancia el aspecto psicológico en el tratamiento buco dental de los niños debido a que en él se basará el éxito del mismo, dependiendo la obtención de este último de la capacidad del Odontólogo de llevar y familiarizar al niño con la Odontología, creando en él un sentido de responsabilidad y colaboración amplio y alentando en to

do momento al niño e incluso elogiarlo en los momentos más oportunos.

También es necesario, que no sólo pensemos en los niños -- sino que se comprenda la gran influencia de los padres sobre el comportamiento de su hijo, así que conjunta a su labor sobre -- los niños deberá aconsejar a los padres para obtener su completa cooperación.

Es primordial por lo tanto conducir a nuestros pacientes a que acepten el tratamiento dental ya que como sabemos es en la niñez en donde se pueden tomar todas las medidas preventivas ne cesarias para evitarle problemas futuros a ese paciente.

Por lo que de una manera sencilla y breve, se revisarán en el desarrollo de este trabajo los procedimientos empleados en el reacondicionamiento de la conducta, como los cambios de personalidad, etc. de nuestros pacientes.

"ENFRENTAMOS TODOS LOS PROBLEMAS
DE LA NIREZ CON AFECTO.
DE ELLOS ES EL MUNDO DE LA ALE-
GRIA Y EL BUEN HUMOR.
ELLOS SON LA PARTE MAS SANA DE-
LA RAZA PORQUE SON LO MAS PURO
QUE HA SALIDO DE LAS MANOS DE -
DIOS".

DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO.

Si queremos comprender los procesos de desarrollo del niño, debemos conocer las acciones e interacciones, de una tríada formada por: Herencia (características transmitidas biológicamente), el Medio (condiciones externas e internas que actúan sobre el organismo) y la Personalidad que se ve afectada por los factores hereditarios y del medio ambiente.

Es por eso que tiene importancia el hecho de estudiar los aspectos psicológicos del desarrollo del niño, porque es en la etapa temprana cuando empiezan a moldearse las pautas conductuales.

El hecho de estudiar el desarrollo del niño es para ver si existe algún retraso de la evolución, una alteración del desarrollo psicomotor, o de relación, porque esto puede hacer que cambie su comportamiento no sólo hacia nosotros, sino también hacia las personas que le rodean.

H E R E N C I A

Las influencias de la herencia, sobre nuestra composición física, mental, emotiva y social son muy grandes, no obstante - muy difíciles de definir.

Podemos entender por herencia el conjunto de características psicosomáticas que traemos al nacer y recibimos de nuestros padres a través de sus gametos (óvulo y espermatozoide), en el momento de la fecundación.

Estas características aparecen gradualmente con el tiempo a través del proceso de maduración.

La herencia es fundamentalmente responsable de que tengamos cierta constitución, complexión o fisonomía.

Para esto podría mencionar un ejemplo: Un paciente en el que se ve afectada su fisonomía, debido a ciertas características hereditarias, el comportamiento que debemos manifestar es el de comprender su situación y ganar su confianza, porque la conducta que él manifiesta no será del todo cooperadora.

Si hablamos de la herencia podemos decir que no podrá funcionar de no ser en un cierto tipo de ambiente. De ahí que la herencia y el medio no pueden actuar por sí solos; ambos son indispensables para cualquier tipo de desarrollo.

MEDIO AMBIENTE.

En cuanto al medio ambiente decimos que es el conjunto de factores externos e internos que pueden modificar la conducta, la herencia y la personalidad del niño.

En la frase medio ambiente están implícitas todas y cada una de las influencias con las cuales entra el individuo en contacto después de recibir el cuadro hereditario.

Podemos hacer una clasificación del medio ambiente, que comprenda lo arriba citado.

MEDIO FISICO: Constituido por el clima, la situación geográfica del lugar, los vientos dominantes, la lejanía o cercanía de ríos, lagos, la fauna y la flora.

MEDIO SOCIAL: A su vez comprende, la familia y la relación de los padres, los hermanos y hermanas, el de los niños aparte de la escuela, el mundo de la escuela, el mundo de los demás -- adultos (imperativos sociales).

Aplicado a nuestra práctica estos factores son de gran importancia para nosotros y para el niño que asiste al Cirujano Dentista. Porque el niño que llega con temor, normal o absurdo, dependerá de la influencia de su medio de vida que haya recibido.

También es muy frecuente el hecho de que los padres, o los niños en la escuela, hacen el comentario de que asistieron al Cirujano Dentista y tuvieron experiencias dolorosas.

Podemos tener el caso de un niño que ha estado hospitalizado por largo tiempo, el hecho de decir la palabra "doctor" es para que sientan un rechazo hacia nosotros.

El aspecto socioeconómico juega un papel importante en el medio ambiente en que se desenvuelve el niño, para conocer cuales son sus costumbres, la manera de pensar de sus familias; como también el cuidado y la atención que reciben los niños y por parte de quien es recibida.

Por lo que podemos decir que el trato para cada uno de nuestros pacientes será diferente por lo que debemos conocer el medio ambiente en que se desenvuelven nuestros pequeños pacientes.

El niño tiene grandes potencialidades para crear, elaborar, expresar y comunicar. Muchas veces el medio tiende a --inhibir esto, en razón de normas y se hacen patrones de disciplina que facilitarán la vida del adulto, pero que limitan al niño, hay que evitar el limitarlo.

PERSONALIDAD

Se entiende por personalidad el conjunto de características Bio-Psiço-Sociales, dinámicas (es decir que están en constante modificación) que nos individualizan diferenciándonos -

de los demás.

Estrictamente no es posible clasificar la personalidad - pues cada uno tiene la suya, pero sí se hace para tratar de - identificar a los individuos con ciertas formas de personalidad.

Los factores que intervienen en la Personalidad:

1) INNATOS

El temperamento: Se le ha definido como el conjunto de características psicossomáticas que trae el individuo al nacer y que recibió de sus padres a través de la fecundación. Este predomina más en la primera edad.

Constitución: Se designa al conjunto de características raciales como son la estatura, el color del cabello y ojos y todos los aparatos y sistemas que constituyen el organismo humano.

2) ADQUIRIDOS

Carácter: Resulta de una parte del temperamento que se ha modificado por el medio ambiente. Expresa el modo o la manera propia con que cada uno obra, se enfrenta con la vida y reacciona ante ella.

Cuando hablamos del niño, pensamos en alguien que está en proceso de integrar una personalidad. Pero al mismo tiempo, cada etapa de su desarrollo es una situación concreta que debemos atender según habilidades, intereses y necesidades -- que responden a su edad.

En gran parte el ambiente social del niño, que comienza a ejercer su influencia al nacimiento guía el desarrollo de su personalidad.

Factores como los métodos de alimentación, el entrenamiento de hábitos higiénicos, la edad respecto de los hermanos y el medio sociocultural se ha encontrado que guardan relación con los rasgos de la personalidad.

Un ejemplo podría ser la posición del niño dentro de la familia. Porque si es el más pequeño de la familia tenderá a ser mimado por sus padres o hermanos mayores.

Si es el mayor su tendencia será a ser conservador y mostrar un comportamiento moderado.

Las relaciones entre hermanos influyen en el comportamiento del niño y entran a formar parte de su personalidad.

También el hecho que es mejor paciente en algunas ocasiones el niño de un hogar modesto, al que vive en una residencia, pero ésto depende mucho de la educación.

Podemos decir que todo lo anteriormente mencionado tiene influencia sobre el modelo final de la personalidad; y el niño expresa o manifiesta su personalidad a través de la manera de su comportamiento. Y ésta puede ser moldeada por medio de la educación y el medio ambiente que lo rodea.

"CUANDO MAS PLENAMENTE HAYA YIVIDO
EL NIRO TODAS LAS ETAPAS DE SU VI-
DA INFANTIL, MAS POSIBILIDADES DE-
ALCANZAR UNA VIDA PLENA DE ADULTO-
TENDRA".

RELACION ENTRE LA EDAD Y LA EVOLUCION MENTAL.

Es muy importante que tengamos presente que un niño, -- aparte de tener una edad física, tiene una edad mental y que no siempre coinciden éstas; pero van a ir evolucionando poco a poco.

Esto debe ser tomado en cuenta por el odontólogo para poder llevar a cabo un plan de tratamiento, así como también el tener presentes los problemas de conducta con los que se puede enfrentar.

Hay que estar concientes tanto padres como Cirujano-Dentista de las reacciones que van sufriendo los niños con la -- edad; porque no es el mismo comportamiento que manifiesta un niño de 3 años, a uno de 8 o a un adolescente.

El conocimiento de las características de cada una de -- las edades nos permiten conocer más a los pequeños pacientes -- y en determinado momento no sobreexigir su cooperación.

A continuación hablaré del desarrollo en las diferentes -- etapas. Para poder hablar de las diferentes etapas de la vida, empezaremos por saber ciertas definiciones como son la de "Infancia".

INFANCIA: Es la etapa evolutiva de la vida humana con ca -- racterísticas propias, que continúa el período embrionario y precede a la pubertad.

Es preciso considerar que la vida humana no es una suma -- en la que los sumandos (período embrionario y fetal, infancia, adolescencia, juventud, etc.) no pueden ser considerados con -- entera independencia unos de otros, sino un proceso en el que

cada momento contiene a los anteriores.

El término Infancia abarca desde el nacimiento hasta el comienzo de la función reproductora (pubertad).

La Infancia la vamos a subdividir en:

- a) Primera Infancia del nacimiento a los 3 años
- b) Segunda Infancia de los 4 años a los 6 años
- c) Tercera Infancia de los 7 años a los 11 ó 12 años
- d) Adolescencia de 12 ó 14 años a los 18 ó 22 años.

PRIMERA INFANCIA

El aspecto fundamental del ajuste del niño al ambiente extrauterino es la unión afectiva con la madre; pero no es la madre el único elemento activo del ambiente.

El niño al nacer necesita respirar y debe mantener una temperatura más o menos constante, en un medio más variable que su anterior "habitat". Sentirá desde ahora frío, calor, hambre, etc.

Conforme va avanzando en edad va a ir surgiendo el establecimiento de nuevas relaciones.

A la edad de 2 años las cosas que no conoce parecen intrigarlo. Va a ir teniendo un mejoramiento de la coordinación.

El lenguaje es para él un valioso instrumento, para provocar actitudes y acciones en los individuos que le rodean. Es pues el desarrollo más notable e interesante del 2o. año de vida.

Pero la capacidad de comunicación es muy limitada, según

Gesell e Ilg (1949) el vocabulario varía a los 2 años entre 12 y 1000 palabras. Por consiguiente, si su vocabulario es poco, la comunicación es más difícil.

Se dice que a esta edad es la "etapa precooperativa".

Es posible observar en esta etapa de vida, claros signos de angustia infantil, pudiendo aparecer con frecuencia terrores nocturnos, indicando un estado de desajuste o desequilibrio emocional.

A esta edad se lleva bien con los miembros de su familia, pero ante personas y lugares extraños es tímido. Aunque muchas veces prefiere jugar solo. Por otra parte necesita -- palpar y sentir los objetos para captar más o menos su significado.

Durante este período la vinculación a la madre es intensa, aún llega a su punto máximo a los 18 meses de edad; el niño manifiesta fuertes protestas de separación cuando se ausenta la madre, por lo que siempre o en la mayoría de los casos -- deberá la madre pasar a la Sala de Tratamiento con el niño.

A los tres años, se puede lograr en forma leve una comunicación debido a que tiene un vocabulario más rico.

El personal humano nos sirve para tener un acercamiento positivo, esto sucede más frecuentemente cuando los niños ya asisten al "jardín de niños".

En cuanto a los padres, pueden en ciertos casos permanecer con ellos hasta que estén completamente familiarizados -- con todo el consultorio.

SEGUNDA INFANCIA (PREESCOLAR)

Durante el periodo comprendido entre los 2 y 5 años, las diferencias de personalidad en los niños se tornan cada vez - más manifiestas y hacia los 5 años, están bien definidas, alguno de estos rasgos de personalidad persisten hasta la adolescencia y muchas veces en la edad adulta.

El niño de edad preescolar de 4 años, aprende, percibe, - piensa, razona y resuelve problemas de maneras considerablemente diferentes de las que son características de los niños - de 1 ó 2 años de edad.

La adquisición del lenguaje auxilia en el aprendizaje, - este periodo está caracterizado por notables aumentos del vocabulario.

Las destrezas psicomotoras mejoran de manera significativa, con la maduración y la práctica, a los 3 años el niño corre con más armonía, puede saltar, su desarrollo psicológico - va avanzando.

La asimilación de esquemas de comportamiento se originan en esta etapa.

A esta edad algunos niños asisten a guarderías o jardines de niños, si es así después de ingresar a éstos, la mayoría presentan grandes adelantos en materia de participación - social en comparación con sus iguales que no han asistido. -- Porque existe una socialización con sus maestros y compañeros.

Sus compañeros le sirven de modelo de imitación y la - identificación asume un papel importante en la vida del niño.

La identificación la realizan vigorosamente con el padre o la madre. En los padres generalmente el niño adopta para el

padre el papel de héroe característicamente masculino de los niños pequeños como es el policía, vaquero, jugador de fútbol, etc.

La imitación es característica de esta etapa.

Los niños van a ir tomando actitudes más independientes como el bañarse sólo, vestirse sin ayuda de nadie, etc.

El juego es la forma de actividad típica del preescolar - no hay diferencias sociales, ni de organización. La fantasía en este período tienen un papel muy importante por ser tal vez un mecanismo de protección, es decir sirve como amortiguador de problemas emocionales.

El niño muestra desobediencia para atraer la atención de los adultos, que quizá momentáneamente se olvidaron de él.

Es desobediente por el gusto de serlo es decir juega a desobedecer y tal juego estimula su evolución.

Un niño de 4 años generalmente responde con interés a las indicaciones que se le dan. Son muy platicadores; pueden ser desafiantes e inclusive emplear malas palabras.

A los 5 años ya no existe temor el hecho de separarse de sus padres.

Su vida social y personal está más definida. Debemos de halagar al niño en cuanto a la forma de vestirse, porque las muestras de aprobación y halago aumentan su seguridad.

El niño de 6 años trata de independizarse de su familia, se encuentra en una etapa de transición y reacciona en forma muy sensible.

El niño que se siente cómodo en el ambiente dental duran

te sus primeros años será generalmente un buen paciente durante su edad escolar y adolescencia.

TERCERA INFANCIA (ESCOLAR)

Durante la Tercer Infancia el niño queda expuesto a una serie creciente de influencias extrafamiliares. No obstante, las relaciones con los padres siguen siendo, para la mayoría de los niños, el factor más importante en la determinación de la clase de personas que el niño llegará a ser.

El escolar ha logrado un notable dominio de sus movimientos y confía en su destreza; es decir el escolar ha llegado a lo que tradicionalmente se llama "uso de razón" frente a la actitud "irracional" del preescolar.

Entre los 7 y 11 es cuando los recuerdos empiezan a ordenarse en serie cronológica hasta entonces la memoria sigue -- siendo muy desigual.

Encontramos muy frecuentemente la presencia de pesadillas, fobias escolares y la aparición de tics.

El niño ingresa a la escuela primaria y tal cambio de dejar el jardín de niños o el hogar, le exige un esfuerzo de -- adaptación a programas y normas de consecuencia de las que antes no estaba acostumbrado.

Surgen ciertos ajustes como el alejamiento progresivo -- del hogar como foco principal de sus actividades, porque a -- partir del primer año de primaria la escuela se convierte en el centro de la vida extrafamiliar del niño porque pasa en -- ella casi la mitad del día.

El escolar busca la sociedad de otros niños con los que

le es más fácil integrarse. Durante los primeros años de la tercera infancia, predominan los grupos informales, como las "pesadillas". Su papel en el grupo es algo que cuenta y contará siempre en la estructura de su personalidad.

La tendencia al liderazgo también está presente ya sea en mayor o menor grado.

Sulfem dice que también entre los 6 y 9 años el niño -- siente la necesidad de una intimidad personal y se conecta -- con un sólo amigo que es siempre mayor que él y del mismo sexo.

A partir de los 7 u 8 años comienzan a asociarse primordialmente con semejantes del mismo sexo. Aunque las niñas púberes pueden comenzar a expresar un tenue interés en niños un poco mayores que ellas.

A estas edades las amistades tienden a ser más estables y duraderas a medida que se va avanzando en edad.

ADOLESCENCIA.

La adolescencia es un período de notables cambios y ajustes físicos y fisiológicos. La aceleración del crecimiento -- característica de la adolescencia comienza aproximadamente a los 11 años en las mujeres, y a los 13 en los hombres aunque existen amplias variaciones individuales. Las proporciones corporales cambian y se vuelven más semejantes a las de los adultos, se produce una maduración rápida del sistema reproductivo y de las características sexuales secundarias.

Los cambios físicos de la adolescencia pueden dar lugar a muchas preocupaciones a los jóvenes, entre las que figuran, la ansiedad causada por la maduración precoz o tardía, las --

anomalías respecto a los prototipos de apariencia masculina o femenina idealizados, el miedo, el sentimiento de culpa o el rechazo, asociados a los acontecimientos fisiológicos.

Los adolescentes aprenden a controlar su conducta social y adquieren destrezas e intereses propios de la edad y de compartir problemas.

Las características del adolescente en su deseo de independencia personal y una aversión de la autoridad del adulto.

En una gran mayoría, los adolescentes buscan activamente la aceptación social por parte de sus semejantes.

La naturaleza de los grupos adolescentes de compañeros, cambian con la edad y pasa de la "pandilla" preadolescentes a los comienzos de interrelaciones entre compañeros varones y de mujeres, después llega a formar grupos compuestos por diferentes sexos.

A la edad de los 13 años en adelante los pacientes no asisten al consultorio dental, aún cuando durante toda su niñez asistan al consultorio y hayan sido educados dentalmente y acostumbrados a asistir periódicamente al consultorio dental.

Existe un descuido total por parte de los adolescentes con respecto a sus cuidados dentales ocasionando, problemas posteriores que pudieran ser evitados o detectados en esta etapa de su vida.

Por lo tanto para poder manejar este tipo de pacientes, debemos conocer y tomar en cuenta todos los cambios sufridos propios de etapa, y conociéndolos poder brindarles una mejor atención.

"NUNCA SERA INSUFICIENTE REPETIR
QUE LOS NIÑOS SON EL MAS PRECIO-
SO RECURSO CON QUE CUENTA LA HU-
MANIDAD. Y RECONOCER QUE ELLOS-
SON LO MEJOR DE LA MISMA".

REACCIONES ADVERSAS AL TRATAMIENTO DENTAL.

Existen muchas reacciones a la experiencia odontológica - en este trabajo hablaré sólo de las que considero de mayor importancia, como son: el temor, la ansiedad, resistencia y timidez; sin embargo puede darse el caso que se presente una combinación de estas reacciones y resultará más difícil el poder manejar al niño.

TEMOR.

Casi todos los niños sufren temores de vez en cuando, algunos se asustan de los animales, de la obscuridad, de las enfermedades, de las inyecciones, del dentista, del médico, etc.

Sin embargo a medida que el niño crece y se desarrolla, su capacidad de razonar, uno a uno van descartando estos miedos y la experiencia le enseña que hay poca cosas que temer.

Dentro de la clasificación de los temores tenemos muchas - pero sólo mencionaré dos de ellas:

- a) Temores naturales. - En éstos podemos encontrar el miedo al trueno, a la obscuridad; aplicado a nuestra - práctica, miedo al ruido de la pieza de alta velocidad, al aparato de Rx.
- b) Temores adquiridos. - Son desarrollados por imitación de una persona; un ejemplo sería que los padres temen el ir al Cirujano Dentista y el niño por imitar - dice temerlo también.
- c) Temor por experiencias desagradables. - Dentro de éstos tenemos por ejemplo el temor al cruzar la calle - porque sufrió el niño algún accidente de tránsito, o-

también el hecho de haber sido atendido dentalmente - con anterioridad y haya sufrido experiencias de dolor.

Otra clasificación de los temores es la que los divide en temores objetivos y subjetivos.

a) Temores objetivos. - Podemos decir que los temores objetivos son reacciones a estímulos que se sienten, ven, oyen y son de naturaleza desagradable.

Como es el caso de ver por ejemplo a personas con uniforme blanco y los niños desarrollan un miedo intenso, pudiendo ser ésto por experiencias hospitalarias, médicas o dentales sufridas con anterioridad.

También un niño de corta edad y sin experiencia, al oír de alguna situación desagradable o que produjo dolor, a sus padres o a otra persona, desarrolla miedo a esa experiencia y tratará de evitarlas lo más posible.

b) Temores subjetivos. - Podemos decir que son subjetivos porque están basados en los sentimientos y actitudes de las personas con quien conviven.

Un ejemplo pueden ser los temores por imitación que ya se habló en la primera clasificación, pero es de importancia el hacer hincapié que el padre no se da cuenta de que el pequeño adquiere el miedo por imitarlo.

Podemos decir que el miedo que presentan los niños es subjetivo en la gran mayoría.

En las investigaciones de Watson y Lowey afirman que el temor es adquirido en el hogar. Y la mayor parte de los temores infantiles se atribuyen a las actitudes o afirmaciones irreflexivas de los adultos.

Pero se ha visto también que la influencia no sólo es adquirida de los padres sino de amigos, compañeros de juego, libros, periódicos, radio, T.V. y teatros.

Los temores del niño son muy reales para él. Un pequeño-miedoso no puede evitar asustarse, como no puede evitar enfermarse o afligirse, puesto que el miedo es controlado por el -- sistema nervioso autónomo a través del hipotálamo. Y generalmente a medida que aumenta la edad mental del niño, esta res-- puesta puede ser mejor controlada por la corteza.

Sin embargo un niño realmente asustado no puede razonar -- para controlar su temor.

En términos generales el miedo ha sido considerado por al-- gunos psicólogos como innato; en cambio para otros, es adquiri-- do fruto de la educación, del medio ambiente, etc. También se-- dice que el miedo se haya ligado al instinto de conservación.

Lo que sí cabe afirmar es que en innumerables casos, el -- miedo se transmite a los niños por contacto, y de un modo muy-- especial por intermedio de aquellas personas que con él convi-- ven.

Aunque también el temor se aprende en virtud de su asocia-- ción condicionada con el dolor. Es decir muchas veces el niño asocia el miedo, al dolor con el ser malo, ya que en alguna -- ocasión cuando fue malo, fue perjudicado con algún tipo de cas-- tigo.

El miedo es uno de los principales problemas que tiene -- que enfrentarse el odontólogo y es una de las razones por las-- que las personas no asisten al consultorio dental.

Los comentarios que más temor influyen ya sea a niños o -- adultos son los relacionados con experiencias odontológicas an-- teriores.

Es cierto que no todos los niños temen al odontólogo y -- cuando ésto sucede, debemos determinar el grado de temor y que es lo que lo causa.

Aunque muchas veces un niño anteriormente ha tenido contacto con un Dentista y se le ha inflingido dolor innecesario, como respuesta, desarrollará miedo a tratamientos futuros. En estos casos el odontólogo debe comprender la situación es decir el estado emocional en que se encuentra e ir ganando poco a poco la confianza del niño.

El niño por razón natural tiene miedo a lo desconocido y -- en el consultorio dental va a tenerlo por ejemplo, al ruido de la pieza de mano, a la vibración de la fresa, al aparato de Rx. al subir y bajar el sillón, etc.

Es responsabilidad de nosotros que el niño deseche estos temores, en el capítulo siguiente se ampliará más este tema.

Se han estudiado muchos procedimientos para eliminar el -- temor dentro del consultorio dental, uno de ellos es la postergación de la cita, dejar que el niño observe la conducta de -- otro niño mientras le toca su turno, etc.

Desgraciadamente estos métodos no han tenido el éxito deseado; porque el hecho de postergar el tratamiento, no quiere decir que el niño cooperará y se le quitará el miedo.

Lo más recomendable es que el odontólogo converse con el -- pequeño, éste adquiera confianza para poder enterarse de la -- causa del temor. En algunas ocasiones podemos encontrarnos -- con un miedo real o simulado, en este caso los padres y el Cirujano Dentista deberán de aclarar la situación.

ANSIEDAD

Todos en algún momento experimentamos miedo y ansiedad, - en una o en otra forma, y en grado variable. La distinción en tre estas emociones no es tan clara. Ambas comprenden reacciones fisiológicas y psicológicas, entre las que figuran sentimientos y emociones desagradables y molestas. Las dos son res puestas internas que fundamentalmente advierten un peligro, un acontecimiento desagradable o una reacción molesta.

Generalmente el miedo es considerado como la emoción más-específica, es una respuesta a objetos y estímulos particulares, y muy concretos.

La ansiedad por el contrario es un estado emocional más -difuso de foco menos preciso y menos claramente percibido.

Sin embargo como señala Erikson, es difícil establecer -- una distinción entre el miedo y la ansiedad especialmente en - el caso de los niños pequeños pues éstos no distinguen entre -peligros internos y externos, reales o imaginarios.

Podemos decir entonces que la ansiedad no es un estado pa tológico en sí mismo, sino una preparación necesaria y normal-fisiológica y mental para enfrentarse al peligro.

Tenemos estímulos capaces de provocar ansiedad y son aquellos que estuvieron presentes en ocasiones anteriores en las - que se provocaron fuertes sentimientos de miedo.

Como es por ejemplo el caso de un niño que le tenía miedo a un balón que utilizaron para administrar un anestésico durante una operación, pasó a tener miedo a todos los balones u objetos que se le parecieren.

La separación de la madre es una causa importante, aunque no única de ansiedad. La ansiedad producida por la ausencia o

separación de la madre es probablemente más intensa entre el primero y tercer año de edad.

La mayoría de estos niños se sienten ansiosos en situaciones nuevas en las que se encuentran solos. La presencia de la madre comúnmente reduce la inseguridad y la ansiedad producida y por consiguiente permite al niño reaccionar adaptativamente.

Otra causa de ansiedad intensa proviene en los niños pequeños de los intentos que hacen los padres por imponer normas que son demasiado estrictas para el niño.

Una reacción de ansiedad puede ser manifestada por el niño en el consultorio dental por medio de una exhibición de rabietas.

En este caso el profesional deberá decir si la reacción es por verdadero temor o no. Si el niño siente verdaderamente temor el odontólogo deberá ser comprensivo y prudente. Si sucede lo contrario deberá imponer su autoridad y dominar la situación.

RESISTENCIA.

Una de las manifestaciones de inseguridad, que el niño muestra es rebelándose y no queriendo enfrentarse al medio ambiente. Siendo en este caso un comportamiento negativo, es decir, tratar de provocar vómitos, de hacer rabietas, etc., teniendo como resultado una resistencia.

La regresión es otra manifestación y es la adopción de una respuesta característica de una fase anterior del desarrollo, es decir, recurre a pautas de respuesta inmaduras, como es el chuparse el dedo, el seguir mojando la cama, son ejemplos de conducta regresiva en niños que han suprimido tal conducta y tratan de volver a un estado de la infancia más satis-

factorio y menos ansioso.

La conducta regresiva aparece frecuentemente cuando nace un hermanito. Algunos niños de 4 años de edad sienten ansiedad ante la idea que un nuevo bebé los desplace y obtenga el amor y las atenciones que había estado recibiendo. Y mediante la adopción de conductas infantiles tratan de llamar la atención y de conservar los cuidados y atenciones que desean; por ejemplo el no intentar hablar bien, o el seguir con sus hábitos de juego infantiles.

La retracción: es otra manifestación y es una de las defensas que utilizan más frecuentemente los niños de edad preescolar es la de la evitación, o huida de una situación, o de una persona.

La regresión o retraimiento es cuando el niño se tapa los ojos o se va corriendo a su habitación cuando entra un extraño en su casa también es el niño que no se atreverá a utilizar los aparatos de un gimnasio por temor a no ser capaz de usarlos adecuadamente, o también cuando el niño no quiere participar en ninguna actividad, ni siquiera en el juego, no quiere hablar con personas desconocidas y muchas veces ni conociéndolas.

Este tipo de defensa, por consiguiente es a menudo desadaptativa, puesto que el niño que se niega a enfrentarse a situaciones de tensión, podrá con el tiempo llegar a sentir miedo ante todos los problemas y tensiones y tal vez nunca aprenda a manejar adecuadamente las crisis inevitables en el transcurso del desarrollo.

Con estos niños es muy difícil la comunicación porque generalmente no tienen confianza en nosotros, son pacientes que lloran con mucha facilidad y casi por cualquier cosa.

Es de importancia que el odontólogo reconozca y comprenda estos estados psicológicos para poder manejar al niño adecuadamente.

TIMIDEZ.

Es una reacción que podemos observar muy particularmente en pacientes que asisten por primera vez al consultorio.

Generalmente estos niños están asociados, a padres protectores o a padres dominantes.

En los primeros no dejan que su hijo realice sus actividades sino que siempre tratan de ayudarlo.

En los padres dominantes les exigen tanto a los pequeños que crean en el niño sentimientos de inferioridad.

Para poder tratar a estos pacientes puede ser útil el hecho que el niño tímido sea acompañado al consultorio por otro niño el cual esté bien familiarizado y adaptado al consultorio.

El odontólogo debe hacer que el niño tenga confianza en sí mismo, así como también la tenga en él.

Aunque en estos pacientes es difícil llegar a tener una buena comunicación, debido a que los niños tímidos van siempre ligados a la falta de socialización.

"LA UNICA COSA QUE PUEDE HACER NOS
APRECIAR DESDE EL INTERIOR EL ES-
TADO SENSIBLE DEL NIÑO, ES SU SON
RISA".

DIFERENTES FORMAS DE COMPORTAMIENTO DEL NIÑO

A) COOPERATIVA

- a) Paciente normal
- b) Paciente indiferente.

B) FALTA DE HABILIDAD PARA COOPERAR

- a) Niños demasiado pequeños
- b) Impedidos por trastornos neuromusculares (parálisis)
- c) Impedidos por trastornos metabólicos (endocrinos)
- d) Impedidos por trastornos de inteligencia (débil mental)
- e) Impedidos por trastornos sensoriales (sordomudo, invidente).

C) NO COOPERATIVA

- a) Tímido
- b) Miedoso
- c) Consentido
- d) Agresivo
- e) Incorregible o caprichoso
- f) Temperamental
- g) Desafiante
- h) Quejumbroso

Dentro de las categorías de comportamiento del niño en el consultorio dental, encontramos también la siguiente clasificación realizada por Frankl (1962).

NIVEL I. DEFINITIVAMENTE NEGATIVO.

Son niños que rehusan el tratamiento, lloran, forcejean, realizan cualquier evidencia de negativismo externo (pata--

lean, gritan, se bajan del sillón).

NIVEL II. NEGATIVO

Son niños renuentes a aceptar el tratamiento y presentan alguna evidencia de actitud negativa pero muy pronunciada.

NIVEL III. POSITIVO .

Generalmente aceptan el tratamiento, algunas veces son precavidos, tienen buena voluntad para ayudar al Cirujano - Dentista, y siempre siguen las indicaciones que le dan.

NIVEL IV. DEFINITIVAMENTE POSITIVO.

Tienen una buena comunicación con el odontólogo, muestran gran interés por el tratamiento y se puede decir que gozan en la situación en la que se encuentran.

COOPERATIVA

Debemos hacer la clínica no dolorosa y prestarles la -- atención debida ya que muchas veces porque colaboran con no nosotros descuidamos ciertos aspectos, lo cual no debe de ser, pues si es un paciente positivo debemos conservar su buen - comportamiento siempre y no por negligencia nuestra, conver tirlo en un mal paciente.

PACIENTE NORMAL.

Se considera normal cuando su evolución psíquica, física, intelectual y social están en perfecto equilibrio. Niños - considerados como normales dejan de serlo por muchos aspectos. Consideramos pues, normalidad cuando la inteligencia- esté respaldada por un carácter armónico y equilibrado, - - cualquier extremo nos romperá este equilibrio.

El niño normal posee una personalidad fuerte, ha recibido de su medio ambiente experiencia proporcionada a su edad cronológica y psicológica, lo que permite racionalizar los estímulos recibidos.

Su conducta puede obedecer a que antes recibió tratamiento que, aún a costa de experiencias dolorosas, fueron superadas con ayuda de su medio ambiente y éste fortaleció su personalidad.

O también siendo ésta su primera experiencia saber vencer el obstáculo que se supone que existe y el Dentista captar su confianza y hacerle ver que el tratamiento es necesario y beneficioso para él.

Podemos ejemplificar este tipo de paciente cooperador pasando a ver la figura (1) y (2) en esta última podemos observar que el niño está atento a las indicaciones que el Odontólogo le está dando.

PACIENTE INDIFERENTE.

Se trata de niños que son retraídos, no manifiestan sus emociones, no nos permiten conocer sus reacciones. Tienen una vida afectiva emocional exagerada, pero el medio ambiente en que se desenvuelven no les permite dar expansión a sus fuerzas con la intensidad necesaria.

Son niños que no hacen amistad con el Cirujano Dentista y en los que hay que actuar con mucho tacto para conseguir la confianza suficiente y lograr un equilibrio psicológico.



FIG (1)



FALTA DE HABILIDAD PARA COOPERAR

Para un buen cuidado dental del niño incapacitado, lo principal es la actitud del Cirujano Dentista frente a estos niños y sus padres.

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

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

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

Grupo especial merecen los niños imposibilitados, cualquiera que sea su origen, debido a su imposibilidad de comprensión, entendimiento y comunicación, hacen preciso el empleo de métodos artificiales como es la sedación, anestesia general, que serán los últimos recursos que utilice el Cirujano Dentista.

NIÑOS DEMASIADO PEQUEÑOS

Con los niños muy pequeños nos resulta más difícil llegar a tener un buen entendimiento, debido a la falta de comunicación.

Muchas veces queremos mostrarles algún instrumento al niño pero no nos comprende su significado, esto lo podemos observar en niños de 1, 2 e inclusive de 3 años.

La mayoría de los casos estos pacientes serán tratados bajo Anestesia General.

Como ejemplo podemos ver la figura (3) y (4) son pacientes de 1 1/2 años y de 1 año 2 meses respectivamente.

IMPEDIDOS POR TRASTORNOS NEUROMUSCULARES.

Este tipo de atrofia se refiere a la debilidad muscular y a reducción de tamaño de los músculos provocados por degeneración neural.

Estos niños son muy sensibles y su cuidado y manejo deben ser llevados de una manera cordial y amable, para el buen éxito del tratamiento.

Se debe de tomar en cuenta el tipo de parálisis o de - - atrofia que presente el niño, para su correcto manejo.

IMPEDIDOS POR TRASTORNOS METABÓLICOS.

Un ejemplo ilustrativo es la Diabetes Juvenil que suele observarse en pacientes de menos de 15 años. El comienzo clínico es súbito y da lugar a una forma de diabetes, en la cual es corriente la cetoacidosis. Todos estos pacientes son tributarios del tratamiento insulínico, pero es difícil compensarlos porque son muy inestables. Para tratar a un paciente de esta índole es necesario estar en contacto con el médico para que juntos puedan llevar a cabo un plan de tratamiento y bajo que condiciones.

IMPEDIDOS POR TRASTORNOS DE INTELIGENCIA

Todos los niños con retraso mental o de lento aprendizaje



FIG (3)

FIG (4)



deben ser tratados de una manera particular y sobre todo de acuerdo al grado de retraso que presenten.

Algunas ocasiones no asimilarán las indicaciones de una forma rápida sino que después de varias explicaciones lo entenderán. En otros casos quizá definitivamente no entiendan, por lo que se tendrá que recurrir a la Anestesia General.

El déficit de comunicación primaria suele ser la capacidad limitada del niño para comprender lo que se le dice. Las órdenes cortas, sencillas y directas o las explicaciones ayudarán al niño a entender lo que se espera de él; tales como "ven" -- "síéntate". En ocasiones la utilización de gestos simples junto con órdenes directas pueden ayudar al niño a comprender lo que se espera de él. (Ver figura (5) (6) y (7).

IMPEDIDOS POR TRASTORNOS SENSORIALES.

El niño con problemas auditivos quizá posea también un problema asociado con el habla o para articular los vocablos. Dirá las palabras como las escucha, omitiendo o distorsionando aquellas consonantes que no pueda oír. Así intentará contestar preguntas, aunque puede resultar difícil comprenderlo por su mala articulación.

El desarrollo de estos niños no es el de la de un niño con oído normal, por lo tanto no deberá considerarse a este niño como una persona igual a las demás sólo con oído defectuoso.

La sordera traerá problemas sobre la personalidad del niño en desarrollo como es la falta de comunicación con los demás.

En estos casos la entrada al consultorio de un acompañante ya sea padre, la madre o interprete, será muy beneficioso para poder tener una comunicación.



FIG (5)



FIG (6)

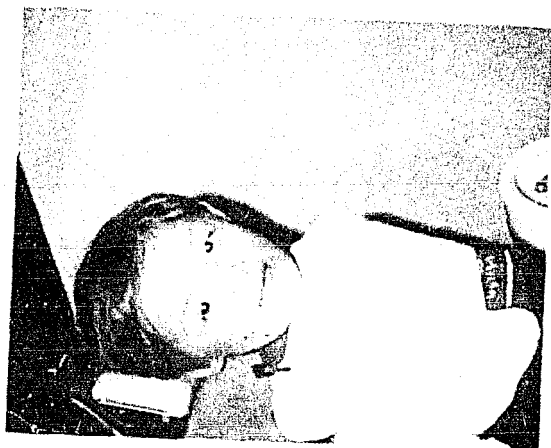


FIG (7)

Los niños con visión limitada o carentes de ella no presentan una deficiente característica del lenguaje. La comunicación verbal con el niño con deficiencias visuales durante el tratamiento dental ofrece un contraste con la que se experimenta con el niño con deficiencias auditivas.

El niño ciego depende de ruidos, del habla y de todo tipo de señales auditivas, suplementadas con sensaciones táctiles - para orientarse en una situación.

El modo de expresarnos y de conducirnos será completamente diferentes a cualquier otro tipo de niños que podamos atender.

En general estos niños pueden llegar a convertirse voluntariamente en buenos pacientes dentales si no son obligados a alcanzar metas poco realistas.

El Cirujano Dentista deberá armarse de paciencia y aceptar los accidentes o contratiempos calmadamente.

NO COOPERATIVA.

TIMIDO

Existen muchas razones por las que el niño puede ser tímido una de ella es la falta de socialización, debido a que no ha tratado con otras personas que no sean las de su hogar.

Estos niños se les reconoce fácilmente en el consultorio porque entran siempre detrás de la mamá.

En estos niños habrá llanto, mutismo, rechazo. Están en situación de incapacidad para afrontar la acción que se les presenta. En su vida psíquica predominan las fuerzas regresivas.

MIEDOSO

Los miedosos cuya imaginación evoca los peligros que hayan sufrido o que el medio ambiente ha creado en ellos. Llegan fácilmente a estados angustiosos, ya que el tratar de racionalizar su miedo lo hacen a través de experiencias imaginarias, y aumentan así su ansiedad.

CONSENTIDO

Los consentidos, en los que el medio ambiente en que se desenvuelven les procura todos sus deseos y al que dominan.

Tienen un exagerado aumento de las fuerzas progresivas - y al no estar acostumbrados a ninguna disciplina son unos completos desadaptados.

Reaccionan en forma de llanto, de rebeldía (que en ellos es habitual), con pataleos y rabietas.

Por lo general son niños que son hijos únicos, el menor, el adoptivo, o el niño que ha pasado una temporada hospitalizado al cual se le concede todo lo que pide.

AGRESIVO

Los agresivos se manifiestan de diferente forma, bien verbal, física o de rebeldía en sus diferentes grados.

Su agresividad es como un medio de vencer la ansiedad -- que en ese momento de la consulta les domina; sobre todo, las fuerzas de retención son las que dominan su personalidad.

El miedo es una de las determinantes de la agresividad, - el niño ante esta situación trata de defenderse con los medios que tiene a su alcance.

En la primera visita, el niño sabe hacer un análisis de la situación que está viviendo en ese instante y de la idea - que en su mente se forme del profesional dependerá su posterior actitud.

Esta puede variar desde la colaboración total a la negación absoluta.

INCORREGIBLE O CAPRICHOSO.

Estos niños están acostumbrados a lograr lo que se proponen ya sea gritando, pataleando, llorando, y este comportamiento es debido a una sobreprotección de los padres o al rechazo de los mismos. Su manejo se torna difícil para lo cual es aconsejable el utilizar la Técnica de la Aversión, que más adelante se explicará paso a paso, para poder tener un mejor control sobre el paciente.

TEMPERAMENTAL

Estos niños pueden estar incluidos dentro de todos los tipos de niños, pero la particularidad de éste es que a veces quiere cooperar y otras no. (Ver figura 8)

Es importante el buscar la razón de este comportamiento, quizá el niño no quiere cooperar porque fue regañado antes de llegar al consultorio, si éste fuera el caso lo mejor es dejarlo ir y darle otra cita, para la cual su comportamiento será diferente.

DESAFIANTE

Es el niño que provoca entre él y el Dentista, conflictos al momento de realizar los procedimientos para el tratamiento.



FIG (8)

FIG (9)



Su comportamiento hacia nosotros va desde una mirada re-
tadora (ver figura 9) hasta lograr entablar una lucha, para -
saber quien puede más. En estos casos el Cirujano Dentista -
tendrá que imponer su autoridad y demostrarle que se hará lo-
que el Doctor dice y no lo que el niño quiera.

QUEJUMBROSO

Es el clásico niño que desde que llega al consultorio, -
hasta que se va está manifestando su resentimiento hacia noso-
tros, aunque no tenga una causa justificada.

Durante el tratamiento se está quejando y con nada pode-
mos lograr que se calle. El odontólogo debe tener mucha pa-
ciencia para poder tratar a estos pacientes.

Vemos que éstas son las diferentes formas de comporta-
miento que pueden presentar los niños, aclarando que son sólo
algunas, porque podemos encontrarlos con muchas otras.

VARIABLES QUE INFLUYEN EN EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN LA PRIMERA VISITA AL CONSULTORIO

- A) ANSIEDAD MATERNA
- B) PRESENCIA DE LA MADRE EN EL CONSULTORIO
- C) DURACION Y HORA DE LA CITA
- D) EDAD DEL NIÑO
- E) EXPERIENCIAS MEDICO DENTALES ANTERIORES
- F) CLASE SOCIOECONOMICA
- G) SEXO

ANSIEDAD MATERNA

Una significativa relación fue observada entre el comportamiento de los niños en una experiencia dental y el nivel de ansiedad de sus madres.

La relación entre la conducta de los niños y las respuestas de las madres, a un cuestionario preoperatorio breve de 4 preguntas concerniente al comportamiento de los niños, manifestó que niños cuyas madres presentaban un alto grado de ansiedad, demostraban un comportamiento más negativo que los niños con madres cuyos niveles de ansiedad eran menores.

Asimismo se observó que si sólo se había realizado un examen de rutina o en otro caso una extracción, la naturaleza de los procedimientos no anulaba el efecto de la ansiedad materna en el comportamiento del niño.

El cuestionario es el siguiente:

- 1) Cómo piensa usted que su niño reaccionó en experiencias médico-dentales en el pasado?
 - a) Muy mal _____
 - b) Moderadamente mal _____
 - c) Moderadamente bien _____
 - d) Muy bien _____

- 2) Cómo piensa usted que su niño reaccionará a esta experiencia?
 - a) Muy mal _____
 - b) Moderadamente mal _____
 - c) Moderadamente bien _____
 - d) Muy bien _____

3) Cómo califica la ansiedad de su hijo (temor, nerviosismo en el momento)?

- a) Alta _____
- b) Moderadamente alta _____
- c) Baja _____
- d) Moderadamente baja _____

4) Cómo califica su propia ansiedad? (temor, nerviosismo en el momento).

- a) Alta _____
- b) Moderadamente alta _____
- c) Baja _____
- d) Moderadamente baja _____

PRESENCIA DE LA MADRE EN EL CONSULTORIO

En un estudio realizado por Frankl acerca de la importancia de la presencia de la madre en el consultorio, para el comportamiento del niño se observó lo siguiente:

Los niños de menos de 4 años de edad, era beneficioso para ellos el hecho de que la madre los acompañara a la sala de tratamiento.

En los niños de más de esta edad no mostraban un cambio notorio en el comportamiento estando o no la madre.

Si el odontólogo juzga conveniente que la madre no entre a la sala de tratamiento así se hará, pero nunca deben entrar juntos y que después se salga la madre, porque en estos casos puede haber un sentimiento de desabandono por parte del pequeño.

También se tienen reportes de que no sólo se ve afectada la conducta del niño si la madre está presente durante el tratamiento, sino también va asociado a afectar la conducta del Cirujano Dentista alterando en un porcentaje alto su tensión emocional y obteniendo en forma considerable un gasto de energía, que si por el contrario la madre no está presente, - este gasto de energía está dentro de lo normal.

MOMENTO, DURACION Y HORA DE LA CITA.

La hora y la duración de la cita pueden afectar el comportamiento del niño.

En términos generales se reservarán las primeras horas de la mañana para los niños pequeños. Si el odontólogo explica a los padres que esta hora es la más adecuada porque el niño no está cansado, sino muy alerta, los padres lo aceptarán con gusto. También el odontólogo está alerta para las reacciones que tenga el niño.

Aunque muchas veces los niños no pueden ser atendidos a esta hora sino por la tarde, debido a que van a la escuela -- por la mañana, se tendrá que tener el mismo interés y entusiasmo a esta hora que por la mañana.

Para niños poco cooperativos se reserva la última cita de la mañana, para que no influya su comportamiento a otros - pacientes, o también se le citará cuando no vayan a ser atendidos otros pacientes.

Los niños no deben permanecer más de media hora en el sillón dental porque si se rebasa este tiempo, puede haber -- una tendencia al deterioro de la conducta en las sesiones prolongadas y puede llegar por el cansancio el niño a llorar. -- Aunque en algunas ocasiones es preciso alargar la duración de

la cita, debido a los procedimientos operatorios que se vayan a realizar en estos casos; el Cirujano Dentista se podrá ayudar de la sedación, para controlar más a su paciente.

Lenchner consideró una sesión larga de 45 minutos o más.

La duración de las sesiones debe estar basada sobre los procedimientos involucrados en el tratamiento.

Las madres en un estudio que se realizó preferían que las sesiones fueran largas porque así se terminaría más pronto el tratamiento y no tendrían que traerlo tantas veces.

En estos casos debemos ver la conveniencia del niño en cuanto a sus citas y no tanto la de los padres.

Se recomiendan las sesiones a breve intervalo porque -- los intervalos largos pueden dar tiempo al paciente a que sea víctima de la ansiedad.

Para niños pequeños que duermen siesta no debe dársele citas a esta hora, porque estarían molestos, lloran con facilidad, adormilados y sería difícil su manejo. Es conveniente que cuando los padres llamen para pedir cita mencionen la hora de siesta del niño para poderle dar cita a otra hora.

También es importante si al niño se le da cita a la hora de su programa favorito de televisión, es lógico que no -- quiera ir a su cita o irá pero enojado y de mal humor.

Un momento inadecuado para traer al niño al Cirujano -- Dentista es cuando ha sufrido experiencias emocionales tales como la llegada de un hermanito porque se añadiría ansiedad y descontento en él.

No está por demás decir que el peor momento de llevar -- al niño al Dentista es cuando sufre una odontalgia.

EDAD

Hay que tener muy presente este factor porque, no se trata igual a un niño de 3 años que a uno de 12 años.

En el primero tenemos que depende totalmente el niño de la madre para cualquier actividad, por lo que la separación no es beneficiosa.

En el segundo caso, los niños se sienten más independientes, quieren liberarse de la sobreprotección de sus padres y no están tan presentes el miedo y la ansiedad como en el niño de tres años.

CLASE SOCIOECONOMICA

La educación y el medio ambiente son factores decisivos para el comportamiento del niño.

En un estudio realizado por Milner sobre las actitudes de los padres en relación a la conversación a la hora de la comida, encontró que los padres de clases bajas tienden a inhibir o desaprobar dicha conversación mientras los de clase media la estimulan.

No es una generalidad, pero existen casos que el niño de clase baja es mejor paciente que el niño de clase alta.

SEXO

En estudios realizados se ha visto que el sexo no es un factor determinante para el comportamiento del niño. Sin embargo, se ha observado que las niñas tienen mejor comportamiento que los niños.

PRIMERA VISITA DEL NIÑO AL CIRUJANO DENTISTA

El éxito del Cirujano Dentista en el manejo de la primera experiencia dental de un niño, depende mucho de la sensibilidad a los factores que influyen en él, incluso antes de llegar al consultorio dental.

Estos factores pueden ser: problemas emocionales, capacidad intelectual, experiencias médicas u hospitalarias, etc; así como también si se trata de una visita de primera vez en condiciones normales o de una visita de primera vez en emergencia. Puesto que la manera de tratar a un paciente va a depender de en cual de las situaciones se presente, el odontólogo como su personal estarán capacitados para saber como actuar ante estas experiencias.

Por lo que es muy importante el hacer mención de las diferencias que existen entre la visita normal y la de emergencia.

En un paciente que llega al consultorio en condiciones normales se le familiarizará con el consultorio, con el equipo e instrumental de trabajo, etc., se ganará la confianza -- del pequeño.

En una situación de emergencia el paciente llega con dolor, molesto, en estos momentos el pensar familiarizar al paciente con el consultorio, como en el caso anterior no es lo indicado sino el poder solucionar de inmediato la afección -- por la cual vino al consultorio. El trabajar con niños en estas condiciones se torna más difícil que si fuera en condiciones normales.

PRIMERA VISITA AL CONSULTORIO DENTAL EN CONDICIONES
NORMALES.

Las primeras visitas al odontólogo deben ser estructuradas en tal forma que el niño llegue a tener una experiencia - interesante y agradable.

Los niños deben conocer y tener confianza en el Cirujano Dentista. Por esta razón la primera cita no debe ser delegada al personal auxiliar.

El visitar al odontólogo antes del tratamiento puede hacer que lo desconocido se vuelva más familiar y tal vez mitigue ciertos temores; por lo que se recomiendan estas visitas anteriores, también porque es muy importante el conocer tanto la persona física del Cirujano Dentista, como del consultorio y ésto nos es muy beneficioso.

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

Esta preparación puede comenzar desde la llamada telefónica del padre para pedir una cita, porque algunos dentistas prefieren que los padres no preparen al niño para la visita, sino que él se encargará de relacionarlo de una manera sencilla y con mejor resultado.

Otra forma de preparación es mandando circulares a los padres explicando como es el funcionamiento del consultorio.- Esto fue aprobado por Wright y Alpern en 1971 dando un resultado aceptable tanto a los padres como a los niños para las primeras visitas.

Cuando nuestros pacientes llegan al consultorio con lo que se encuentran primero es con la sala de espera ésta debe-

rá reunir ciertos requisitos, como veremos más ampliamente en el siguiente capítulo.

No debemos hacer esperar a nuestros pacientes porque se propiciaría un estado de ansiedad o el niño estaría demasiado inquieto o fastidiado de estar esperando y ésto de ninguna manera es bueno, debido a que el resultado de ésto va a repercutir en la conducta que observe el niño en el sillón dental. - Por eso es recomendable trabajar con citas.

El Cirujano Dentista deberá salir a recibir al paciente llamándolo por su nombre y los invitará a hacer un recorrido por el consultorio. Es muy importante el contacto físico que exista entre el odontólogo y el paciente; me refiero a contacto físico el hecho de cargar al niño para llevarlo al consultorio o al salir a dejarlo, o también el llevarlo de la mano o alguna otra manifestación de cariño y afecto, ésto propicia una mejor identificación de las dos partes. (Ver figura 10 y 27).

Empezaremos el recorrido, en primer término se le mostrará la sala operatoria explicándole todo lo que hay en ella y su manejo para que sirva cada cosa, como es el enseñarle a subir y bajar el sillón dental, como se enciende la lámpara, como se llena el vaso, etc.

Después se le enseñará el espejo y para que sirva como también el explorar y las pinzas de curación dejando que él las tome para que no les tenga miedo. (ver figura 11).

Pasaremos a la pieza de alta velocidad, le indicaremos como funciona y como gira la fresa; la pieza de baja velocidad se le demostrará haciéndole girar en su uña una copa de hule para que sienta cosquillas y sienta que no pasa nada (ver figura 12).



FIG. 10



FIG. 11

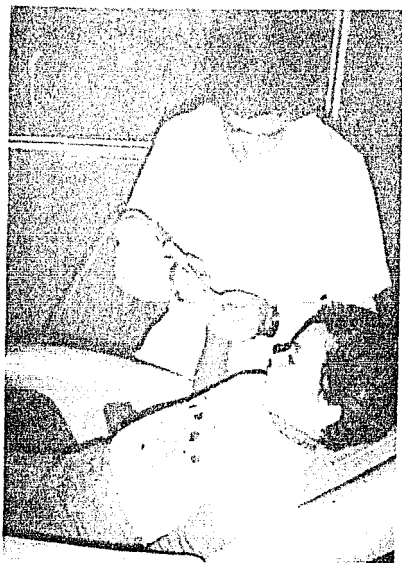


FIG. (12)



FIG. (13)

Se le enseñará la jeringa triple y para que sirven cada uno de los botones, se le permitirá al paciente que él los -- oprima y se dé cuenta para que sirven (ver figura 13).

Debemos conseguir que el niño en vez de tener miedo, -- tenga curiosidad y la sala operatoria es un buen lugar para - que cause interés al niño.

Pasaremos al cuarto de Rx. en el cual se le explicará-- que es una cámara para tomar fotografias de los dientes, se - le mostrará su funcionamiento indicándole que cuando se prende el foco rojo es como si fuera el flash de la cámara.

Siguiendo el recorrido pasaremos a la sala de preven- - ción en la cual se le indicará que ahí se les enseña como cepillarse los dientes a los niños.

Pasando al Privado se le dirá que es donde platica el - Cirujano Dentista con sus papás y con los niños (ver figura - 14).

Al pasar al Laboratorio se le dirá que es el sitio donde se guardan los moldes de los dientes de los niños que así ten al consultorio.

Llevada a cabo la familiarización con el consultorio se procede a llevar a cabo los procedimientos de rutina que serán indoloros, como son la Historia Clínica, la toma de Rx, - profilaxis, no es aconsejable la toma de modelos de estudio - en esta sesión sino que se dejará para la siguiente, pero en ocasiones se puede tomar dependiendo del comportamiento del - niño.

Para la elaboración de la Historia Clínica, el sitio -- donde se realizará será en el privado o en la sala de tratamiento (ver figura 14).



En la primera visita los padres acompañan a los niños, - esto nos es de gran ayuda para la recaudación de los datos -- del pequeño para la elaboración de la Historia Clínica.

En el caso que el niño sea ya mayor, ciertas preguntas se le dirigirán a él para que se sienta dentro de la plática y no excluido.

Posteriormente se pasará al paciente a la sala operatoria, para la inspección bucal, en la que se deberá tener cuidado al introducir el explorador y el espejo para detectar si existe caries o algún otro padecimiento, se realizará en forma delicada para no molestar o lastimar al paciente. La inspección se realiza concienzudamente y se registrará en el - - odontograma de la Historia Clínica.

Teniendo la Historia Clínica se le tomarán las Rx necesarias.

La toma de radiografías en niños, presenta características especiales como: la boca más pequeña, por lo que no es fácil colocar el paquete y como la toma de éstas es la primera experiencia que tiene el niño, es fundamental que esto sea - lo más agradable posible. (ver figura 15) con fines de demostración el operador se quedó a un lado del paciente, pero esto no es correcto debido a las radiaciones; el aparato estaba apagado.

Lo que se debe hacer al tomar una radiografía:

- Por medio de eufemismos designar un nombre al aparato de Rayos X.
- No usar palabras que se relacionen con dolor, siempre usar otras similares que el paciente comprenda, dependiendo de su edad pero nunca engañarlo.
- Explicarle todo lo que le vamos a hacer.

- Dejar que el niño tome la Rx. antes de colocarla en la boca.
- Usar babero de plomo para la protección del paciente.
- Uso de cono corto, con exposiciones de tiempo mínimo.
- Doblar las esquinas de la Rx. para que no moleste.
- Reconocer los esfuerzos del niño a cooperar.
- Empezar por la toma de Rx. oclusales para posteriormente pasar a las periapicales y por último las de Bite-Wing o de aleta mordible.

En una radiografía vamos a ver densidad relativa, forma, tamaño, posición y número de objetos presentes en un área.

Las Radiografías tienen dos limitaciones:

- a) Nos da una visión bidimensional de una imagen tridimensional.
- b) Nos da visión sólo de tejidos calcificados.

Por lo que una radiografía sólo será un auxiliar para el diagnóstico.

Tipos de películas intrabucales:

- No. 0 mide 2 x 3,5 cm.
- No. 1 mide 2.5 x 4 cm.
- No. 2 mide 3 x 4.5 cm.

Tipo de examen radiográfico:

- a) Estudio General

Este estudio consta de la toma de una serie radiográfica en la que el número de ellas dependerá de la edad del paciente.

- De 1 a 3 años: 2 lateral de mandíbula derecha e izquierda.
 2 oclusal superior e inferior
 2 aleta mordible derecha e izquierda
- De 3 a 6 años: 6 anteriores 3 sup. y 3 inf.
 4 posteriores 2 sup. y 2 inf.
 2 aleta mordible derecha e izquierda
- De 6 a 12 años: 6 anteriores 3 sup. y 3 inf.
 8 posteriores 4 sup. y 4 inf.
 2 aleta mordible derecha e izquierda.

b) Examen de áreas específicas

Sirve para la localización de patosis apical o de algún otro tipo de lesión.

c) Exámenes especiales

Entre éstos tenemos las cefalometría, radiografías capalas, laterales de cráneo, ortopantomografía, etc.

En la primera sesión no se debe intentar un tratamiento definitivo, sino como anteriormente se mencionó tratamientos indoloros. El mejor modo de atraer la atención del niño, es hacerle un tratamiento de profilaxis de primera vez, con tizas de goma blanda, esto le dará confianza y disminuirá sus temores.

Empezaremos por procedimientos indoloros porque es más fácil pasar de lo más sencillo a lo más complicado.

Si el paciente no presenta caries, se podría llevar a cabo la aplicación tópica de fluor; en esta sesión ya que ésta no es dolorosa. Si el paciente presentara caries se pueden colocar curaciones sedantes para en la próxima cita empe-

zar el tratamiento.

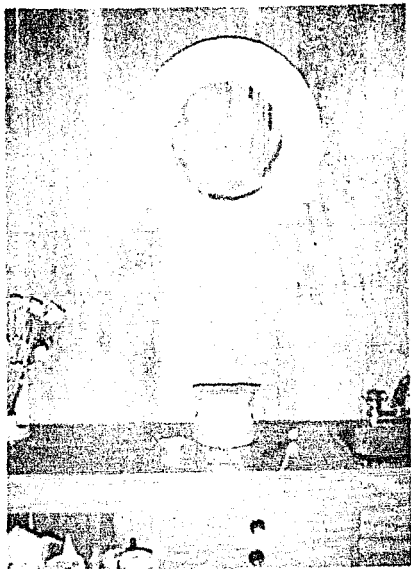
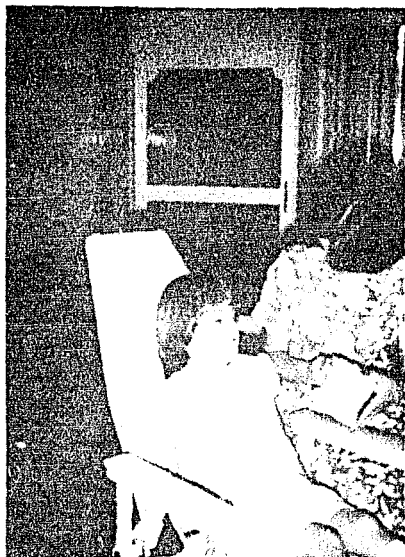
Terminados los procedimientos de rutina en la segunda sesión se le presentará el plan de tratamiento a los padres explicándoles en una forma sencilla y entendible lo que se le va a hacer al niño, pudiendo el Cirujano Dentista ayudarse -- con fotograffas, dibujos, para hacer más ilustrativa la explicación, (ver figura 14). Si es aprobado éste, se iniciará el tratamiento indicado.

Cabe mencionar que el Cirujano Dentista debe indicar -- a los padres el interés tan grande que tiene con respecto a la salud de su paciente y que la odontología no es puramente restaurativa sino preventiva.

En la segunda sesión se instruirá al paciente y a los padres o acompañantes sobre los métodos de prevención. Se enseñará como cepillarse los dientes, es decir la técnica adecuada, también los padres y los niños podrán descubrir la placa bacteriana por medio de las pastillas reveladoras, así como el uso del hilo dental si su edad ya lo requiere, esto se llevará a cabo en la sala de prevención. (ver figura 16 y 17).

Debemos explicar al niño lo que vamos a hacerle la próxima cita. Empezando el tratamiento se le debe decir al niño que si siente alguna molestia en el transcurso del mismo, alce la mano y nosotros pararemos para ver cual es la causa, -- aunque muchas veces esto es tomado como pretexto para no dejarnos trabajar, entonces nosotros debemos detectar cuando es verdad y cuando no. Cabe mencionar que cualquier acción no explicada inspira miedo.

Algunos dentistas cometen el error de tratar de hacer demasiado en la primera visita, esto no es aconsejable de ninguna manera, sino llevar a cabo los procedimientos arriba men



cionados. De esta manera el niño podrá tener confianza en no sotros.

Un punto importante es el no engañar al niño, sino el - inspirar confianza; si es de esperar que el niño sienta moles tia no se le engañe, sino hay que decirle la verdad, porque - una vez engañado, es muy difícil recuperar su confianza.

Es importante recalcar el que nunca debemos dejar un -- tratamiento para después, puesto que si en la primera ocasión no nos impusimos ante el niño evitando alguna situación desagradable ni la segunda, ni la tercera tendremos éxito.

CUESTIONARIO REALIZADO POR NIÑOS EN BOSTON:

LO QUE NO ME GUSTA...

- 1) No me gusta que me hagan esperar
- 2) No me gusta que me mientan
- 3) No me gusta que me digan no duele si va a doler
- 4) No me gusta que me ridiculicen
- 5) No me gusta que me comparen con otros niños
- 6) No me gusta que le digan a mis padres que lloré

LO QUE ME GUSTA...

- 1) Me gusta que me llamen por mi nombre
- 2) Me gusta que me enseñen todo antes de usarlo
- 3) Me gusta que tengan juguetes en el consultorio
- 4) Me gusta que me hablen de las cosas que me gustan
- 5) Me gusta que le digan a mis papás que me porte bien aun que a veces no sea cierto
- 6) Me gusta que me den oportunidad de participar

PRIMERA VISITA AL CONSULTORIO DENTAL EN CONDI- CIONES DE EMERGENCIA

Lo ideal sería que la primera visita del niño al dentista no fuese por un tratamiento de urgencia, pero por desgracia son muchos los niños que ven por primera vez al odontólogo por una necesidad imperativa.

La manera de tratar a un paciente en condiciones normales a un paciente de emergencia, es muy diferente como antes lo había ya mencionado.

En una visita de urgencia es ilógico el pensar realizar los procedimientos de familiarización, aunque puede realizarse a grandes rasgos, pero el paciente llegará molesto debido a que sufre una odontalgia, presenta dolor constante, no ha podido dormir, etc., o también porque sufrió un traumatismo por lo general es en dientes anteriores.

En pacientes que llegan por haber sufrido un traumatismo es característico que no se dejen revisar, no abren la boca, no dejan de llorar, por lo que el dentista debe tener mayor paciencia y control para poder en primer término calmar y controlar al niño y a los padres porque generalmente los padres llegan muy alarmados al consultorio, al ver al niño llorando y quejándose e incluso con sangre en la boca y en la ropa.

Se deberá realizar el interrogatorio necesario para poder resolver que tipo de tratamiento se le realizará inmediato o mediato esto dependerá de como fue el accidente, dónde y cuánto tiempo ha pasado desde el accidente hasta llegar al consultorio.

Cuando ha sufrido algún traumatismo el niño llega llorando al consultorio, aunque durante el tratamiento siga lloran-

do se deberá seguir realizando el trabajo necesario rápidamente y con el mínimo de dolor.

Muchas veces por el estado en que se encuentra el niño, se le permitirá la entrada a la madre porque su presencia le dará seguridad y reducirá el miedo e incluso podrá la madre tener en sus piernas sentado al niño mientras se realiza el tratamiento de emergencia.

Las causas más comunes que favorecen a los traumatismos son:

- a) Accidentes automovilísticos
- b) Accidentes por "juegos infantiles" como son las resbaladillas, los columpios, los patines, las patinetas.
- c) Caídas de bicicleta
- d) Por traumatismos directos
- e) Caída de escaleras
- f) Resbalones en los baños

Como ya se dijo, los traumatismos generalmente afectan a los dientes anteriores; a continuación se menciona en que orden se ven involucrados:

- a) Centrales superiores
- b) Laterales superiores
- c) Central y laterales inferiores
- d) Caninos superiores

En la figura (18) se muestra una gafa de lo que hay que tener en cuenta cuando los padres llaman por teléfono, solicitando un tratamiento dental de emergencia para sus hijos.

Ofrece a la ayudante dental un esquema de los cursos posibles que puede seguir la conversación, es decir, las preguntas esenciales que han de hacer, los tipos de respuesta que - cabe esperar del padre y la reacción a cada tipo de respuesta.

¿TIENE COLOR EL NIÑO?

¿QUE EDAD TIENE?

¿DOLOR DE MUELAS?

¿ACCIDENTE?

¿Cara hinchada?

¿No puede dormir por la noche?

¿Dolor esporádico?

¿Cuándo y cómo ocurrió el accidente?

**VISITA URGENTE
CITAR AL NIÑO
PARA EL MISMO DÍA**

**VISITA URGENTE.
CITAR AL NIÑO
PARA EL MISMO DÍA**

¿Dolor producido solamente por los dulces?

¿Lesión del tejido blando?

¿Lesión del diente?

(Informar al padre que no se extraerá el diente el mismo día a no ser absolutamente necesario)

¿Diente sensible al calor o al frío?

¿Membranza de dentro de la boca o de fuera?

¿Se queja el niño con mucha frecuencia?

¿Hemorragia intensa?

¿Hemorragia ligera?

¿Evita masticar con este diente?

(Nota: Una pequeña cantidad de sangre mezclada con la saliva puede confundir al padre)

¿Sabe señalar el niño el diente que le duele?

VISITA ORDINARIA

VISITA URGENTE

CITAR AL NIÑO PARA LA PRIMERA HORA LIBRE DENTRO DE LA SEMANA

(Nota: Si el padre está muy angustiada, llamar al dentista)

¿DIENTE TEMPORAL?

¿DIENTE PERMANENTE?

¿No se ve la situación del diente?

¿Diente visible pero muy desviado?

¿Diente estillado?

¿Diente flojo?

**VISITA URGENTE.
CITAR AL NIÑO PARA EL MISMO DÍA**

CITAR AL NIÑO PARA LA PRIMERA HORA LIBRE

**VISITA URGENTE
CITAR AL NIÑO
PARA EL MISMO DÍA**

¿Derección de la fractura (Vertical, horizontal, diagonal)?

(Tranquilizar al padre: Los dientes permanentes que no han hecho erupción rara vez sufren lesiones; generalmente el diente vuelve a lugar, pero toma un color oscuro)

¿SE VE UN PUNTILO ROJO?

¿NO SE VE NINGÚN PUNTILO ROJO?

**VISITA URGENTE
CITAR AL NIÑO PARA EL MISMO DÍA**

VISITA CORRIENTE

Guía de la ayudante dental para las llamadas de urgencia.

"EL NIÑO NECESITA PODER ALCANZAR UN
ARMONIOSO DESARROLLO DE SU --
PERSONALIDAD EN UNA ATMÓSFERA DE --
AFECTO Y DE SEGURIDAD MATERIAL Y MOR
RAL".

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO

Podemos definir el manejo del niño en el consultorio dental: "como los métodos por medio de los cuales el Cirujano -- Dentista y todo el equipo que colabora con él, utilizan para poder realizar el tratamiento del niño efectiva y eficientemente, y al mismo tiempo, inculcar en el niño una actitud positiva hacia la odontología".

El manejo exitoso del niño dependerá del cariño, firmeza, sentido del humor del Cirujano Dentista para pasar por alto las demostraciones iniciales de no cooperación.

El odontólogo debe encarar las situaciones de manera positiva y amistosa, debe de transmitirle la idea de que el trabajo es sumamente importante y esencial para el bienestar del niño.

Si el niño demuestra buen comportamiento, se debe de - - alentarlo, esperando el momento oportuno para felicitarlo.

Deberá existir confianza, seguridad y entusiasmo en el personal auxiliar como en el Cirujano Dentista, hacia el niño.

El primer objetivo en el manejo exitoso es establecer la comunicación y hacerle sentir que el odontólogo y su personal lo van a ayudar demostrando su amabilidad y confianza.

El manejo correcto se basa primordialmente en conocimientos, sentido común y experiencias del odontólogo.

El comportamiento del niño en el consultorio puede ir sufriendo cambios por ejemplo, un niño que a los 3 años era cooperador puede que a los 5 años se vuelva difícil su manejo.

El niño puede comportarse de alguna manera que en el pasado le sirvió para liberarse de algo desagradable. Por ejemplo si en su casa puede evitar lo desagradable con negativismo y ataques de mal genio, tratará de hacer lo mismo en el consultorio.

Tranquila y completamente se tiene que hacer, lo que se haya dispuesto para la cita. El odontólogo debe siempre tener dominio y no enfadarse porque ésto demuestra que el niño ha podido más que el dentista y que ha sufrido una derrota, por el hecho de que se enoje, grite o se altere.

Si el odontólogo se encuentra en este estado, lo mejor será despedir al niño y tratarlo en otra ocasión, y si en dado caso no pudiera controlarlo lo mejor es remitirlo, pero nunca trabajar bajo estas circunstancias.

TECNICAS NO FARMACOLOGICAS PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA EN EL NIÑO.

- A) COMUNICACION
- B) LENGUAJE Y EXPRESION
- C) CONTROL DE LA VOZ
- D) PSICOLOGIA DEL APRENDIZAJE

COMUNICACION

La comunicación es lo más importante para el buen manejo del niño y lo podemos lograr mediante ciertas actitudes.

El hecho de cargar al niño y llevarlo adentro de la sala de tratamiento o llevarlo de la mano indica que existe una comunicación más estrecha, por lo que el contacto corporal es muy beneficioso para la comunicación.

Hay que estar hablando continuamente con el niño, para - que no se sienta ignorado durante el tratamiento. Y si el niño nos hace preguntas, lo mejor es responderlas con la mayor exactitud posible.

Es importante que el niño se sienta ubicado en el consultorio y tomado en cuenta, por ejemplo durante el tratamiento - se le puede permitir el ayudar a sostener el espejo, eyector, etc. Con ésto se le demuestra una gran confianza a la vez -- que se alivia la tensión emocional.

La actitud y voces amistosas y naturales dan mucha seguridad a nuestros pacientes.

Para que exista una buena comunicación tenemos que tomar en cuenta tres elementos:

- a) Transmisor (Cirujano Dentista)
- b) Mediador (medio ambiente)
- c) Receptor (paciente)

LENGUAJE Y EXPRESION

A) NIVEL ADECUADO: Cuando el odontólogo se dirige a los niños deberá ponerse a su mismo nivel tanto en posición, conversación, palabras e ideas.

B) EDAD DEL PACIENTE: La conversación será de acuerdo a la edad del paciente.

No es lo mismo hablar con un niño de 6 años a uno de 12 años, en primera instancia la diferencia de edades lo dice todo, no tienen las mismas actividades, sus aficiones son distintas, etc.

Podemos dejar en algún momento que el niño lleve la con-

versación, si nos hablara de algún deporte que practica es -- bueno que le preguntemos sus experiencias.

C) EUFEMISMOS: Son palabras o frases que se utilizan para suavizar una idea y que el niño pueda comprender y asimilar.

Deberán ser suprimidas las palabras que inspiren miedo y cambiarlas por las que ellos usan. Muchas veces los tratamientos no inspiran miedo pero una palabra puede crear temores.

Tenemos ciertas palabras que pueden ser cambiadas como:

Inyección	"piquete de mosco"	"pellizco"
Fresa	"avioncito"	
Sillón dental.....	"sillón de astronauta"	
Aparato de Rx.....	"Cámara fotográfica"	
Cono de Rx.....	"trompa de elefante"	
Caries.....	"animalitos que comen la muela"	
Anestesia.....	"para dormir a los dientes"	
Dique de hule.....	"impermeable"	

El uso de estos eufemismos dependerá de la edad del paciente.

Por medio de la palabra podemos lograr la normalización de la conducta de los niños desadaptados en el consultorio -- dental; ya que la palabra es la forma de mayor compenetración y uno de los métodos más eficaces, porque la palabra es el mé todo más antiguo de curación. Ha sido empleada desde el curandero primitivo hasta el psicólogo actual.

CONTROL DE LA VOZ

- a) TONO
- b) VOLUMEN

En odontopediatría son de fundamental importancia no sólo los vocablos empleados sino también el tono de voz, expresión, los ademanes, etc. Todo indispensable para la conservación del estado de tranquilidad en que debe transcurrir la consulta.

El tono de la voz es un factor importante para lograr la ayuda del niño.

Una voz firme, modulada, suave, sin discrepancias, contribuye en gran manera a calmar los estados de tensión. En algunos casos se tendrá que subir de tono de voz pero serán contados.

PSICOLOGIA DEL APRENDIZAJE

Los procesos de aprendizaje están sujetos a la acción de:

- a) Estímulo
- b) Respuesta

Estos estarán dados para poder:

- a) Motivar
- b) Reforzar
- c) Generalizar
- d) Discriminar
- e) Modificar la conducta

MOTIVAR

Podemos motivar a nuestro paciente para que acepte el -- tratamiento tomando en cuenta los procedimientos de reacondicionamiento como son: el miedo que el niño tiene a la odontología, los procesos de familiarización, comunicación padre - dentista-niño, etc.

Un punto importante en el reacondicionamiento son los as pectos de la técnica usada por Addeleston "decir...mostrar.... hacer..." él nos dice que utilizando este método no produciré mos traumas psicológicos.

REFORZAR

El refuerzo de una conducta aceptable es un halago a con seguir o realizar, especialmente si se anticipan procedimientos complicados.

Hay que tener cuidado en no sobornar al paciente, porque el soborno indicaría que el dentista no puede manejar la si-- tuación. Tenemos que hacer una diferencia entre soborno y re compensa.

En el soborno decimos "si te portas bien te daré un rega lo", y entonces el paciente se seguirá portando quizá no tam-- bién para recibir sobornos.

La recompensa es que si el niño observa buena conducta, - se le dará un obsequio al terminar la sesión, sin haber men-- cionado antes que se le daría.

Podemos decir que en odontología no tiene lugar el sobor no, pero sí la recompensa.



FIG (19)

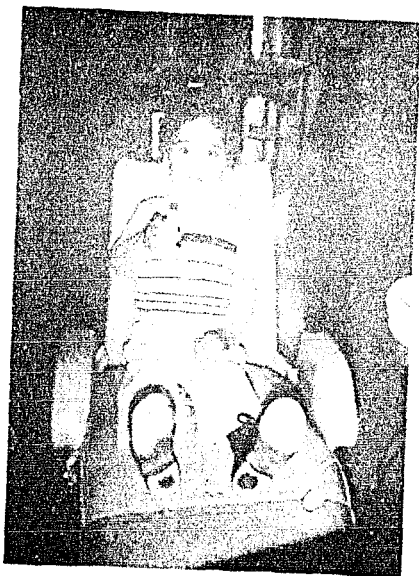


FIG (20)

TIPOS DE REFORZADORES

- Las señales reforzadoras son objetos que pueden juntarse y más adelante ser cambiada por algo deseado.

Tenemos por ejemplo los puntos, globos, estrellas, estampas, pedacitos de cartas, figuras de yeso, anillos de plástico con figuras de animales o personajes infantiles. (ver figura 19, 20, 26).

Algunos odontólogos han usado los signos reforzadores en la terapia del hábito.

Los niños pueden cambiar sus fichas o boletos por un reforzamiento previamente convenido, ya sea con los padres o -- con el dentista, pudiendo ser un paseo al zoológico o un nuevo juguete.

- Actividades en las cuales el niño goza, pueden usarse también como reforzadores. Si el niño actúa como uno desea, puede entonces hacer lo que a él le plazca.

Generalmente los padres utilizan esta clase de sistema - de trueque como reforzador. Reglas como "termina tu tarea y entonces podrás jugar", o también, "come tus verduras y luego te daré tu postre", estas frases son típicas.

Con algunos niños el más grande reforzador para un comportamiento deseado en el sillón dental es el permiso de irse, por lo tanto el no permitir que el niño se vaya hasta que permanezca quieto puede ser un paso en la enseñanza del comportamiento deseado.

Ginott ha sugerido el dar a escoger alguna alternativa - en el tratamiento cuando ésto sea posible.

Dice que en vez de preguntar a un niño si está listo pa-

ra el tratamiento que va a empezar, le puede dar a escoger - entre la restauración de un diente derecho o izquierdo (asumiendo que el orden no es significativo). Dando al niño la responsabilidad de participar en esta decisión es usualmente reforzador.

- Los reforzadores sociales implican una conducta personal hacia el niño. Dándole atención, palabras de alabanza, sonriéndole mostramos los reforzadores sociales. Estos están muy al alcance ya que salen del interior y son muy poderosos ya que la necesidad de sentirse amado el niño es una de las necesidades psicológicas básicas.

Si se le da al niño un regalo cuando observó buen comportamiento es benéfico para nosotros y para él porque el regalo impresionará al niño, pero más que esto, lo que le interesa es que se le haya reconocido que observó buena conducta.

GENERALIZAR

No debemos generalizar que todos los niños van a comportarse de tal o cual forma, ya que cada niño es siempre diferente de otro.

Como ejemplo, podemos mencionar que cuando se está llevando a cabo la observación del niño, se deben de tomar en consideración que sus reacciones serán diferentes si él está solo o en compañía de su madre y que van a variar más si el padre o los hermanos se encuentran presentes.

En cada situación tenemos por decirlo así, un niño "distinto". Y no por el hecho que se comporte distinto en diversas situaciones vamos a decir que su comportamiento es negativo o positivo, sino que tenemos que tomar en cuenta el tipo de paciente que es.

Desgraciadamente sí hay ocasiones en que el niño es etiquetado como "problema" sin serlo y esto sucede cuando el niño procede en la forma no esperada por sus padres o por el odontólogo. De ahí que el odontólogo sepa distinguir los diferentes tipos de comportamiento. Estos ya han sido mencionados en el transcurso de este trabajo.

DISCRIMINAR

Es primordial el hecho que no debemos discriminar al niño en ningún aspecto.

Algunos dentistas emplean el ridículo como medio de mejorar la conducta, pero definitivamente este método es inadecuado.

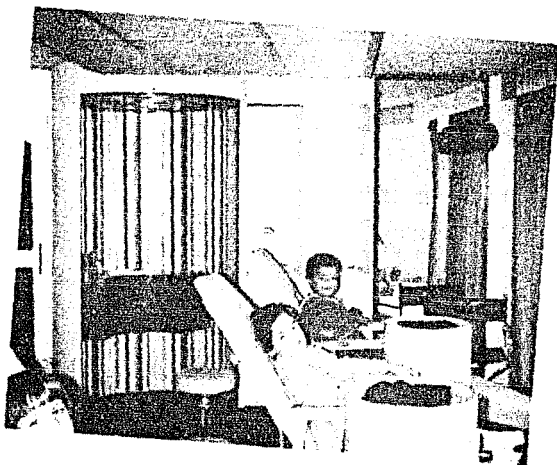
El ridículo puede producir frustraciones y resentimientos en el niño y de esto puede resultar un aumento de aversión hacia la odontología.

MODIFICACION DE LA CONDUCTA

Con el fin de obtener la cooperación de sus pacientes en sus esfuerzos para tratarlo, y para enseñarles medidas que les aseguren una mejor salud dental, el Cirujano Dentista debe estar consciente del papel que la conducta desempeña para determinar su éxito.

Aunque no somos psicólogos profesionales o psiquiatras, estamos muy interesados en la conducta humana; podemos además, aprender a usar los instrumentos del psicólogo, particularmente aquellos relacionados con la modificación de la conducta humana.

Hay que hacer notar que la conducta del niño, se modifi-



ca mejor con sugerencias que con exigencias.

Para la modificación de la conducta tenemos dos situaciones:

- a) Modelismo
- b) La descentralización.

MODELISMO

El modelismo consiste en tener en la sala de tratamiento varios sillones dentales, éstos estarán distribuidos en tal forma que los pacientes puedan verse unos a otros (ver figura 21 y 22).

Los niños nuevos en esta práctica serán admitidos para observar a pacientes experimentados recibir el tratamiento y les sirva de modelo.

Los niños miedosos serán admitidos y durante la sesión sólo se realizarán procedimientos menores. A los pacientes experimentados se les pide que animen a los nuevos pacientes.

Un punto muy importante que nosotros debemos tomar en cuenta es que a los niños les gusta hacer cosas que hacen otros niños. Y si el niño observa que un niño se porta bien durante el tratamiento, él tratará de imitarlo, o le podrá servir de reto.

DESCENTRALIZACION

Esto consiste en llevar al niño a un cubículo aislado, debido a que observa mal comportamiento, es decir que esté llorando, pataleando; para que no influya en la conducta de -

los demás pacientes que estén bajo tratamiento.

De otra manera podría desencadenar en los otros pacientes, llantos, gritos en todo el consultorio y ésto lógicamente nunca es bueno. Por lo que estando aislado evitaremos ésto. Como también el tener la libertad de llevar a cabo los procedimientos de disciplina para poder controlar a nuestro paciente; dentro de estos procedimientos tenemos, el de hablarles en forma tranquila y calmada para convencerlo, si ésto no diera resultado recurriremos a los medios físicos para que de esta manera nuestro paciente entienda lo que se le dice.

Se efectuará entonces la "Técnica de la Aversión", que consiste en:

- 1) Colocar mano sobre boca
- 2) Colocar mano sobre boca y nariz
- 3) Colocar toalla previo a la colocación de la mano sobre la boca
- 4) Colocar toalla previo a la colocación de la mano sobre boca y nariz.

(Ver figuras 23, 24, 25, 26 y 27). En estas fotografías ilustro desde que la niña está renuente al tratamiento, como se lleva a cabo la técnica, como se recompensa a la niña con una estrella y un anillo con una figura y como sale del consultorio de la mano del Cirujano Dentista demostrando seguridad y confianza.

La manera de llevar a cabo esta Técnica es colocando suavemente la mano sobre la boca del niño, indicándoles que ésto no es un castigo, sino un medio para que escuche lo que se le va a decir.

No debe intentarse bloquear la respiración nasal de pri-

mera intención, pero si es necesario se hará dejándolo respirar de vez en cuando.

Mientras el niño siga llorando, hay que hablarle al oído con voz normal y suave, diciéndole que le quitaremos la mano cuando deje de llorar; nunca debe haber malicia en la voz.

Muchas veces se piensa que el niño no nos escucha pero - los resultados demuestran que si oyen lo que se les dice.

Cuando el niño deje de llorar se retirará la mano y se le hablará sobre alguna experiencia sin relación a la odontología; en algunas ocasiones vuelven a llorar, entonces esta - operación se tendrá que llevar a cabo cuantas veces sea necesario.

Es sorprendente lo eficaz que resulta esta técnica y los niños no guardan resentimientos y se dan cuenta de que lo que se hizo fue para su propio bien.

Se tienen resultados buenos, siempre y cuando se realice en determinados pacientes y cómo debe de ser. No pensaremos en hacerlo en un niño de 12 años porque lo más seguro es que salgamos perdiendo, pero si puede ser recomendable en pacientes de 4, 5, 6 años.

Se deberá emplear la técnica cuando los demás medios hayan fracasado, debido a que es una medida extrema se tendrá - que informar a los padres sobre el procedimiento empleado, in dicándoles que no se les va a hacer daño alguno, sino que son medidas necesarias para poder controlar a su hijo.

Como ya se dijo, primeramente se deberá colocar única mente la mano sobre la boca, si ésto no fuera suficiente, se ten drá que colocar la mano sobre la boca y nariz, tomando estas - medidas, el paciente deja de llorar porque siente que no puede respirar.

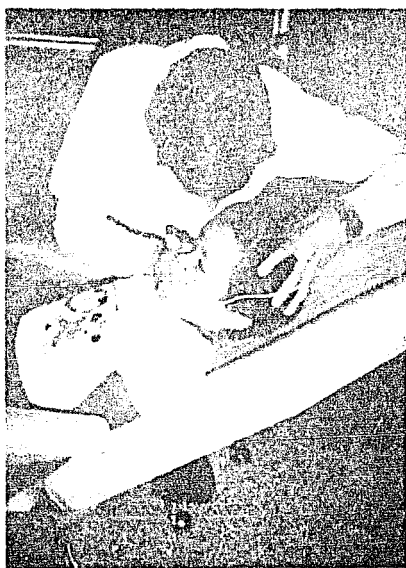
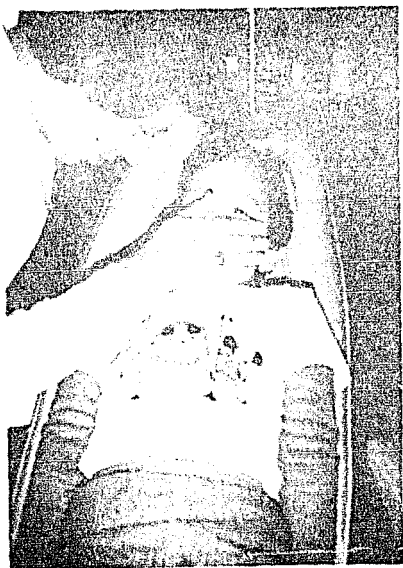
El colocar una toalla es con el objeto de no marcar los dedos en la cara del paciente, ésto nos sucede muy a menudo - en pacientes de tez blanca principalmente.

Previo a llevar a cabo esta técnica se hablará con los padres para que nos autoricen a realizarla.

En la literatura existen muchos reportes de controversia entre los Odontopediatras acerca de esta Técnica. Desde mi punto de vista pienso que se emplea este tipo de Técnicas por que dan resultado inmediato de cambio de comportamiento y el Cirujano Dentista es reforzado por el éxito.

Pero no hay que pasar por alto que la experiencia recibida hace que su yo interno sea afectado ocasionando problemas psicológicos, siendo también dañada la relación dentista-paciente, no sólo a esta edad temprana sino en el futuro cuando sean adultos, ya que podrían convertirse en pacientes faltistas, pacientes con aversión a la odontología o también que no toman en cuenta lo que el Dentista les dice para su conservación bucal.

Pero pienso que cada Odontólogo en particular resolverá el llevarla a cabo o no dependiendo de su propio criterio.





"LOS ADULTOS DE HOY NO SOMOS MAS QUE LA RESULTANTE DE NUESTRO TIEMPO, DE NUESTRA FAMILIA Y DE TODO AQUELLO QUE CONSTITUYO NUESTRAS EXPERIENCIAS, BUENAS O MALAS, DURANTE NUESTRA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA".

ASPECTO FISICO DEL CONSULTORIO.

Se ha escrito mucho sobre el aspecto de los consultorios dentales principalmente donde se han de tratar a niños.

Son muchos los factores que se necesitan para poder instalar un consultorio; entre algunos tenemos, el nivel económico y social del área, facilidades de estacionamiento o de - - transportación, si sólo va a estar dedicado a la atención de niños o no.

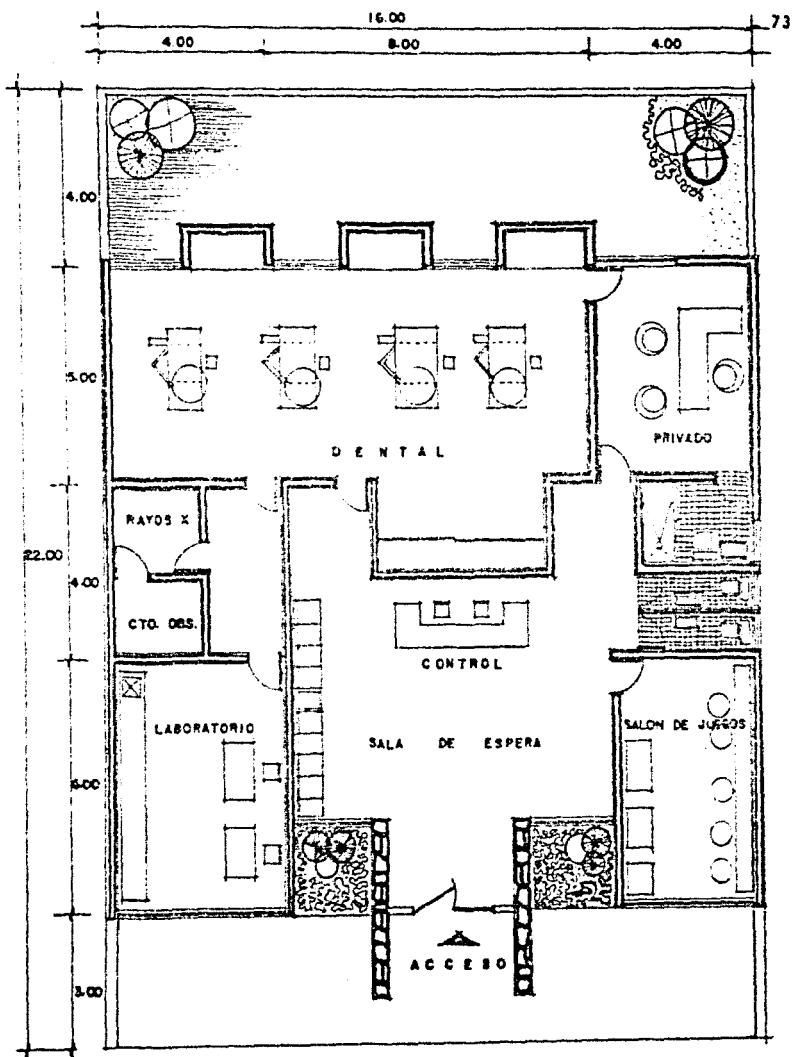
En el plano de la figura (28) se muestra el diseño de un consultorio para un Cirujano Dentista especialista en niños.

Su distribución es la siguiente:

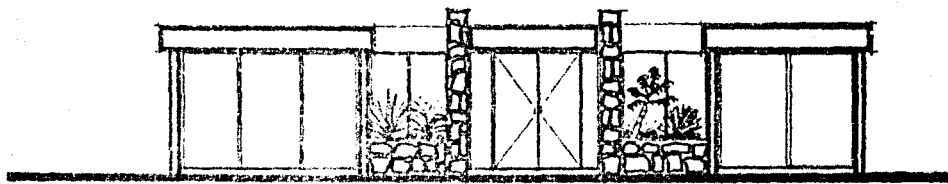
Sala de Espera	Sanitarios de Pacientes
Privado	Sanitarios Privados
Sala de Juegos	Habitación de Prevención
Sala de Tratamiento	Laboratorio
Cuarto de Rx.	

Es conveniente si sólo se van a tratar pacientes infantiles que el decorado sea definido, es decir las paredes desde la sala de espera hasta la sala de tratamiento, puedan tener un ambiente de circo o de figuras de Walt Disney. Esto no -- puede dejar de impresionar tanto a los niños como a los padres que el consultorio ejemplifica un interés especial para los niños, pero hay que tomar en cuenta a los padres que no -- se sientan fuera de lugar por el decorado, del consultorio -- específico para niños.

Lo primordial es que debe existir una atención especial para crear un ambiente agradable en el cual tanto los niños -- como los padres se sientan confortables.



CONSULTORIO DENTAL INFANTIL
 PLANTA ARQUITECTONICA ESC. 1:100



CONSULTORIO DENTAL INFANTIL

FACHADA PRINCIPAL ESC. 1:100

Sin embargo la decoración del consultorio va de acuerdo en la mayoría de los casos con el gusto personal.

Un punto muy importante es la limpieza que debe guardar un consultorio, es indispensable porque los padres juzgan la capacidad del Odontólogo por el aspecto y limpieza del consultorio y la pulcritud debe apreciarse en todos los detalles, - si encontramos un consultorio sucio este revelará el nivel y la eficacia del Cirujano Dentista.

SALA DE ESPERA

El hecho de encontrarse con una atmósfera familiar, lo más parecida posible al ambiente natural del niño ayuda a establecer el contacto inicial.

Para un niño de corta edad puede resultar extraño y turbador el silencio extremado de la sala de espera porque está acostumbrado al medio familiar y a la actividad. Una música apenas audible y relajante en la sala de espera tiene efectos reconfortable en los padres y niños y hace desaparecer la frialdad que se siente muchas veces en una habitación silenciosa.

Es muy importante la impresión que los padres y los niños tengan al llegar y estar en la sala de espera, servirá para formarse la primera opinión del Dentista. Para el niño le servirá para aceptar o rechazar todo lo que le siga después.

La recepción debe estar cuidadosamente amueblada, con libros y muebles adecuados, la colocación de plantas da más vida al lugar. Las revistas o libros deberán de ser tanto para personas adultas de ambos sexos, como para jóvenes y niños de



F13 (24)



F13 (25)

diferentes edades, éstas deberán estar actualizadas, es conveniente tener una suscripción a revistas infantiles para que siempre estén presentes. (ver figura 28 y 29).

Se debe destinar un área dentro o a un lado de la sala de espera especialmente para los niños, donde se tengan disponibles sillas y mesas de niños donde puedan sentarse y leer o dibujar, divertirse con juegos educativos o juguetes de diferentes tipos. (ver figura 30 y 31). También es conveniente colocar material didáctico y de esclarecimiento, para que se familiaricen colocando en las portadas dibujos infantiles que puedan ser colocados por ellos y así poder llamarles más la atención.

La decoración es muy importante se pueden colocar posters o losetas de colores representando animales o personas cepillándose los dientes o comiendo alguna fruta.

Dentro de la decoración podemos colocar alguna lámpara pequeña en la mesa con una pantalla interesante, que llame la atención del niño o un acuario para que se entretenga viendo los peces.

La sala de espera también sirve para poder relacionar a sus pacientes con otros que esperan su hora de cita. (ver figura 31).

SALA DE TRATAMIENTO

Debe prestarse especial atención a la ambientación del consultorio; el aspecto del gabinete es de capital importancia, así como sus alrededores y sus demás anexos.

La sala operatoria puede hacerse más atractiva al niño



FIG. (30)

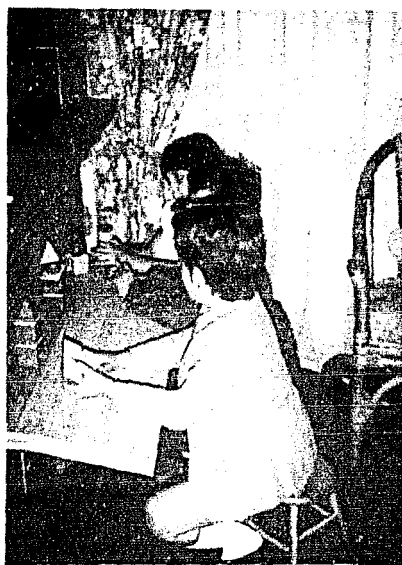


FIG. (31)

si algunos dibujos en las paredes muestran niños jugando, o posters con colores vivos que tengan algún mensaje, o también la carita de un niño riendo. Por el contrario nunca debe existir un cuadro con un niño triste o llorando porque influiría en el ánimo del paciente. (ver figura 32).

En el gabinete sólo estará presente el instrumental a usarse, sin necesidad de exponer a la vista muchos instrumentos innecesarios. Debe evitarse los olores desagradables, como son los de ciertos medicamentos; éstos tendrán un lugar específico y lo más alejado posible del área de trabajo.

Existe un diseño de consultorio llamado de "Bahfa Abierta" en el cual están 3, 4 ó 5 sillones dentales distribuidos en tal forma que simulan una bahfa, éstos no tienen divisiones entre uno y otro (ver figura 33). Esto ha dado buen resultado porque permite que otros niños e incluso hermanos más pequeños puedan ser espectadores de los tratamientos que se realicen a otros niños (excepto intervenciones quirúrgicas) resultando muy ventajoso por su valor educativo.

Tenemos otros diseños de consultorio en donde los odontólogos prefieren el tradicional cubículo separado; pero esto se ha dejado a la consideración de cada odontólogo en particular.

CUARTO DE RAYOS X

Deberá ser un lugar pequeño donde esté el sillón dental, el aparato de Rayos X, un negatocospio, babero de plomo. Los muros estarán recubiertos con plomo para evitar las radiaciones secundarias.

Podemos tener en las paredes posters con dibujos infantiles.

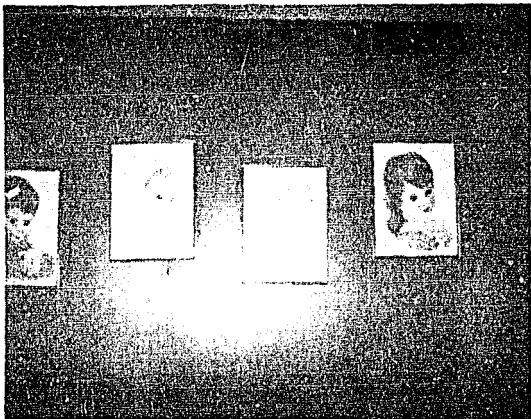


FIG (33)

En el cuarto puede estar solo un aparato de Rayos X o - también el aparato de estudios especiales como son las cefalometrías, etc.

Para revelar las radiografías pasaremos al cuarto de revelado el cual será un cuarto oscuro y sólo contaremos con - una luz de seguridad que será roja, para evitar que se vean las películas.

Tendremos un lavabo para el lavado de la radiografía y - con los líquidos correspondientes, revelador y fijador.

Son muy importantes los ganchos para las radiografías, - para no tener que rayar o manchar éstas, deberán de tener un sitio determinado en el cuarto de Rayos X.

LABORATORIO

El laboratorio será primordialmente para ajustes inmediatos y retoques que el odontólogo debe atender principalmente, (ver figura 34). Como también para el corrido de modelos, al macén de modelos.

Será una área reducida donde habrá mesas de trabajo, con motores de baja velocidad, una recortadora, y gabinetes para la colocación de trabajos.

HABITACION DE EDUCACION Y PREVENCIÓN

Hay que insistir reiteradamente sobre la prevención en - cada visita por lo tanto deberá existir un área específica -- dentro del diseño del consultorio para tal fin. Es decir separada de las demás áreas que puedan causar tensión al pacien



FIG (34)



FIG (35)

te.

En este lugar es donde se enseñará y demostrará tanto a los padres como a los niños las técnicas de cepillado de los dientes, el uso del hilo dental, pastillas reveladoras, la importancia de la dieta y de la aplicación tópica de fluor. - (ver figura 35).

Para facilitar la enseñanza contaremos con material didáctico como son macromodelos, tipodontos, fotografías con dibujos infantiles, - pantalla y proyector para el material audio visual.

Como también de espejos y un lavabo para que se lleven a cabo correctamente todos los métodos de prevención.

PERSONAL HUMANO

El personal humano estará constituido por:

- a) CIRUJANO DENTISTA
- b) ASISTENTE DENTAL
- c) HIGIENISTA
- d) SECRETARIA

Este personal deberá tener que desempeñar sus funciones-específicas, a continuación describiremos cuales son éstas para lograr el mejor éxito del manejo del consultorio.

Todo el personal deberá mostrar amabilidad, confianza -- tanto a los pequeños pacientes como a los padres de los mismos.

Hacer que el niño se sienta confortable y confidente en el consultorio dental requiere que todo el personal con el -- cual él se halla en contacto refleje una aureola de amistad e interés personal.

CIRUJANO DENTISTA

La primera tarea del Dentista que se dedica a los niños-- y tal vez la más importante, consiste en la preparación psicológica del niño en todo lo referente a la odontología.

El Dentista debe poseer algunos conocimientos sobre psicología infantil para poder aplicar los conocimientos de su -

profesión.

El odontólogo al recibir al paciente deberá manifestar - su alegría indicando alguna frase como "es agradable volver a verte". Deberá siempre el niño ser llamado por el Dentista - por su nombre y si no lo sabe o recuerda preguntar, pero nunca decirle "muchachito" "niño" o algún otro sinónimo.

Las palabras de cortesía utilizadas por el odontólogo tales como "gracias", "por favor", nunca están por demás el mencionarlas cuantas veces sea necesaria.

El profesional no debe mostrar su impaciencia, enojo o - disgusto cuando está trabajando, pues esto asustaría al niño.

Asimismo el Cirujano Dentista no ha de limitarse a su labor reparativa, sino que debe ser jovial, cortés, entusiasta - y una cosa muy importante saber dominar su estado de ánimo y - mostrar seguridad en lo que está realizando.

El arreglo personal influye mucho, debe cuidar el estar bien vestido, el aseo de las manos es importante procurar - siempre estén limpias y recortadas las uñas y que el aliento - sea agradable.

Es de subrayar que no es conveniente el usar el tradicional color blanco, sino por el contrario una bata de color para evitar posibles asociaciones con experiencias negativas médicas u hospitalarias.

Algunos profesionales han desechado por completo la bata de color y trabajan con ropa sport e inclusive utilizan playeras con dibujos infantiles que llaman la atención del niño.

Esto puede ocasionar problemas no con los niños sino con los padres; porque el no ver al Doctor con una bata piensan -

en la falta de formalidad del mismo, pero esto puede aclararse si se les explica el porque de este cambio.

Un punto muy importante es el hecho de que el odontólogo tenga paciencia y respete la personalidad del niño.

SELECCION DE PERSONAL

El odontólogo debe estar consciente de que tiene que emplear personal auxiliar para poder dedicarse a otras tareas-- que no pueden ser delegadas a otros. Es muy importante la selección del personal, ya sea una asistente dental, la secretaria, etc. Deberán ponerse a prueba para verificar si su trabajo es satisfactorio para el manejo del consultorio. En la mayoría de los casos se deben de dar instrucciones precisas -- para que se trabaje como el Dentista desea.

ASISTENTE DENTAL

Una asistente dental competente es indispensable en todo consultorio, debe de tener una personalidad y trato agradable, ser amable, pulcra, que quiera y le gusten los niños. El buen trato de la asistente ha conquistado a muchos niños y -- agradado a los padres.

La ayudante puede ejercer una gran influencia en la aceptación del nuevo ambiente por parte del niño. Su papel comienza con la conversación en la primera visita y asume especial importancia mientras cumple sus deberes durante la primera visita del pequeño.

Como la ayudante es una figura decisiva en el éxito del trato con el paciente, el dentista le ha de dar instrucciones

específicas para guiarla en la conducta adecuada con el niño y en cómo debe llevar las conversaciones con el acompañante.

La asistente es de gran valor alrededor del sillón dental ya que ayuda a facilitar los procedimientos operatorios, factor importante en el manejo del niño.

¿Porqué es importante la utilización de una asistente - eficiente en un consultorio de odontopediatría?.

Podemos contestar esta pregunta de la siguiente manera:

1) Disminuye el tiempo de la visita dental.

2) Estudios de tiempo y movimiento muestran que un ayudante hace disminuir el número de pasos y movimientos, lo que reduce el cansancio del dentista.

3) El dentista trabaja con más eficiencia y rapidez.

Para obtener el máximo rendimiento es necesario también tener un equipo moderno, para la facilitación de la técnica - a 4 manos, esto indica que constantemente se emplearán las manos del ayudante en el tratamiento del niño para poder obtener los tres puntos arriba mencionados (ver figura 36).

Relación con el niño mientras el Dentista realiza el tratamiento.- La ayudante ha de aprender a guardar silencio y - dejar que el Dentista explique las maniobras del tratamiento - sin interrumpirle. No ha de permitir que el niño toque los - instrumentos sin autorización del Dentista. Tampoco debe decirle que no le harán daño, si pregunta que si le pondrán una "inyección", hay que decirle que el Dentista le explicará lo que piensa hacer. Cuando el Doctor tenga que salir de la habitación, la ayudante se quedará con el niño.

La asistente se encargará de que todo esté en orden, para cuando llegue el Dentista. Las Historias Clínicas de los pacientes citados, así como el instrumental necesario para cada paciente.

HIGIENISTA

La labor de la higienista es dar la instrucción a los padres y niños sobre como conservar una buena salud tanto oral como general.

Todos los procedimientos se llevarán a cabo en la habitación de educación y prevención.

Se le explicará cómo debe llevarse a cabo la técnica de cepillado y el uso del hilo dental para esto contaremos con el material didáctico destinado para estos casos. (ver figura 35 y 37).

Una vez mostradas las técnicas se le pide al paciente -- que las realice frente a un espejo y vamos ir corrigiendo sus errores; ésto será checado en cada sesión cuantas veces sea -- necesario hasta que el cepillado se convierta en rutina. (ver figura 38).

Esto no es fácil, porque muchos niños afirman que sí se han cepillado y no es verdad; para esto contamos con ciertos medicamentos como son las pastillas o soluciones reveladoras, para descubrir la placa bacteriana y se les demuestra -- claramente que no se han cepillado correctamente.

Los padres deben tener pleno conocimiento de la utilidad de las soluciones reveladoras; por lo que deberán llevar un estricto control tanto en el hogar como en el consultorio.

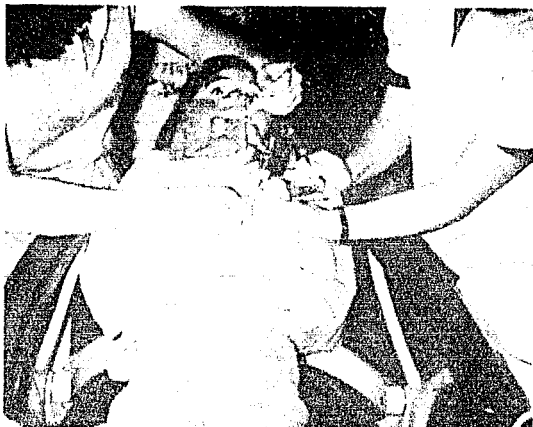


FIG (36)



FIG (37)

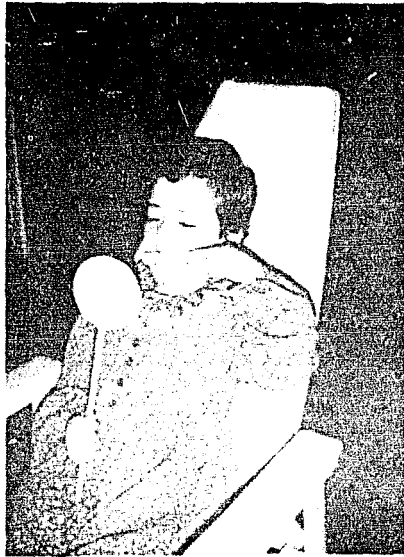


FIG. (33)

La labor de la Higiniesta es que inculque tanto a los pa dres como a los niños un verdadero interés por la prevención; haciéndoles notar que de nada sirve que les restauren sus - - dientes, si no los cuidan utilizando los medios necesarios.

En ocasiones no se les realiza ningún tratamiento a los niños si no llegan con los dientes bien cepillados.

Sin embargo es muy difícil lograr que todos los pacien-- tes hagan conciencia de la importancia que tiene la preven- - ción.

Existen en el mercado estuches preventivos y han resulta do de gran utilidad. Este consta de un cepillo, pastillas o- solución reveladora, hilo dental, espejo dental; y esto llama mucho la atención del niño.

¿Cómo motivar a nuestro paciente?

Podemos lograrlo indicándole al paciente que si obtiene un índice de salud bucal aceptable durante dos visitas segui- das podrá pertenecer a un club, que será "Club de La Sonrisa".

Según las explicaciones del Dr. Jack Anderson, los niños colaboran mejor cuando se convierten en algo "especial" y son miembros de un club.

Para poder ser socios activos deberán mantener su nivel- de salud bucal en óptimas condiciones; se colocará el nombre- del niño en la "lista de la sonrisa". Se le proporcionará -- una credencial y un certificado que lo hace socio del club.

Este tipo de motivación es del agrado principalmente en- la edad de 6 a 11 años.

FOLLETOS EDUCATIVOS.

Estos folletos deberán ser distribuidos a los padres y a los niños, éstos tendrán ciertas características como es el - de ser cortos y fáciles de entender porque de lo contrario no llamarían la atención deseada.

En éstos se ilustrarán las técnicas de cepillado, como utilizar el hilo dental, importancia del fluor, es decir todas las medidas preventivas con las que podemos contar.

INGESTION DE ALIMENTOS

Es muy difícil el convencer a los padres sobre la alimentación que deben llevar a cabo para mejorar su nutrición y su salud tanto general como dental.

Puesto que la mayoría de los niños consumen en exceso -- carbohidratos refinados, la higienista asesorará a la madre - principalmente cuáles son los alimentos que pueden ingerir -- sin que contengan gran cantidad de carbohidratos, con esto no quiero decir que se van a excluir éstos porque sabemos que - los carbohidratos dan la energía al organismo.

Un ejemplo sería que en el desayuno tuviera un alto contenido de proteínas y poca azúcar y los alimentos entre comidas substituirlos por fruta, alimentos libres de azúcar.

Logrando tener una alimentación balanceada y siguiendo - las técnicas de prevención podemos llegar a tener una buena - salud general.

SECRETARIA

Será la encargada de tener en orden todo lo correspondiente a la administración del consultorio, en cuanto a papelería, teléfono y correspondencia, etc.

Deberá contestar el teléfono con una voz agradable, ya que esto es una demostración de buena educación.

Estará pendiente de anotar las llamadas de los padres para solicitar citas.

Llevará un control de citas, así como también las visitas de control cada cuando se tienen que realizar a los pacientes.

Será la encargada de los recordatorios de citas tanto en el momento de la consulta, como el de llamar por teléfono, ya sea por la mañana para recordar la cita de en la tarde, o un día antes de la cita, si es por la mañana.

Llevará un archivo de las Historias Clínicas, que las tendrá listas para cuando esté citado el paciente.

Recibirá de una forma amable a los padres y al niño, debiendo llamarlo por su nombre.

Hará que la estancia en la sala de espera sea lo más placentera posible. (Ver figura 28).

"CONVIVIR CON EL NIÑO SIGNIFICA
COMPARTIR Y DISFRUTAR SUS INTE
RESES CUALESQUIERA QUE SEAN ES
TOS".

MANEJO DE LOS PADRES

En este capítulo trato de enfocarme, hacia la posición - que debemos tomar para asesorar a los padres dentro y fuera-- del consultorio, para poder obtener resultados óptimos con-- sus hijos.

Aunque es responsabilidad de los padres inculcar en sus hijos actitudes convenientes o positivas hacia la Odontología, el Cirujano Dentista puede y debe ayudar asegurándose de que los padres estén informados de los procedimientos previos que deberán realizar antes de llevar al niño al Consultorio Dental.

Debemos tener inteligencia y diplomacia para poder transmitir dicha información a los padres de una manera profesional, obteniendo una comunicación entre Padres-Hijo-Cirujano - Dentista.

INFLUENCIAS PATERNAS

Las relaciones de Padres e hijos tienen importancia para el comportamiento que manifiestan los niños.

Si los padres muestran actitudes positivas hacia sus hijos, éstos tendrán buen comportamiento y por lo general serán buenos pacientes. Y si por el contrario tenemos actitudes -- erróneas, alteran el comportamiento de sus hijos haciendo difícil su manejo en el consultorio.

De esto podemos decir que la actitud de los padres, puede determinar que un niño sea amigable y hostil, cooperador - rebelde. Aunque muchas veces los padres se van a los extremos en cuanto al comportamiento que tienen hacia sus hijos; a continuación menciono alguno de estos casos.

PROTECCION EXCESIVA

Es verdad que los niños necesitan amor y afecto, pero muchas veces los padres exageran y tratan de sobreproteger a -- sus hijos creando en ellos confusiones como puede ser, el no tener iniciativa propia para cualquier actividad, como el --- también que se sientan discriminados. Y siempre ya sea la madre o el padre lo ayudan en la realización de cualquier actividad por mínima que sea ésta, como es el hecho de vestirse, de alimentarse.

Podemos colocar en esta clasificación a los padres dominantes e indulgentes.

Padres Dominantes.- Estos van a hacer que sus hijos - sean muy tímidos, delicados, temerosos, los niños no son - - agresivos, por lo general son buenos pacientes, pero hay que vencer ciertos sentimientos de inferioridad que presentan estos niños. Los padres exigen de tal forma a sus hijos que la mayoría de las veces los incitan a competir con otros niños e inclusive de mayor edad.

Padres Indulgentes.- Son los que dan todo a sus hijos, - se les hace creer que son superiores a los demás y son desconsiderados, egoistas y tiranos. Se vuelven caprichosos porque quieren hacer siempre su voluntad, por lo que son difíciles - de manejar en el consultorio.

El odontólogo tendrá que poner todo de su parte para evitar cualquier incidente de tipo personal con los padres, porque éstos siempre quieren entrar a la sala de operaciones y - cualquier forma de disciplina que tome el Dentista para con el niño, los padres lo toman como maltrato e inclusive como agresión al niño.

PADRES QUE RECHAZAN A SUS HIJOS

Aparte de sufrir la falta de amor y cariño son tratados con desprecio. Estos niños se les critica, atormenta, por lo que no tienen seguridad en su casa, se tornan agresivos, negativos, desobedientes y son muy activos.

En el consultorio pueden ser difíciles de manejar, pero debemos ganar su confianza porque estos niños están necesitados de atención y bondad.

PADRES CON ANSIEDAD EXCESIVA

Se ven asociados con exceso de afecto, protección, son niños mimados. Van a tener comportamiento de temor, timidez, son huraños.

Si el niño tiene alguna enfermedad de poca importancia, los padres se precipitan y hacen que el niño tenga miles de cuidados.

PADRES QUE TRATAN QUE SUS HIJOS SEAN IGUALES A ELLOS.

Estos padres quieren que sus hijos reaccionen como ellos quieren y si esto no sucede así, sino por el contrario el ni-

no reacciona en forma desfavorable, muestra su descontento.

Estos niños no tienen confianza en sí mismos, reaccionan en el consultorio dental de la misma manera que los niños de padres dominantes. Y si la dominación de los padres se administra adecuadamente el niño tenderá a ser un buen paciente dental.

RESPONSABILIDAD DE LOS PADRES EN EL MANEJO DEL NIÑO.

Hay que hacer comprender a los padres que cuando los niños estén en el consultorio, el odontólogo sabrá mejor guiar al niño emocionalmente para un mejor éxito en el tratamiento.

Porque los padres como veremos más adelante tienen diferentes formas de comportarse dentro del consultorio dental.

El Cirujano Dentista deberá informar a los padres de ciertas reglas que tiene que seguir principalmente cuando va el niño por primera vez al consultorio.

REGLAS A SEGUIR

- Debemos pedirles a los padres que no transmitan sus propios temores al niño, es decir evitar comentarios desagradables acerca de la Odontología pues al escuchar esto los niños se van creando un cierto temor hacia nosotros, pudiendo evitarlo si se expresan de otra forma y así el niño tendrá una idea positiva.

Hay que explicarle que la Odontología ha evolucionado en gran forma y que con las técnicas y aparatos modernos se ha conseguido el alivio del dolor.

- Debemos hacer hincapié el que no utilicen la visita al Cirujano Dentista como amenaza de castigo. Porque generalmente va asociado la palabra castigo con dolor.

- Es importante el que los padres lleven a su hijo de visita al consultorio para que éste se vaya familiarizando, para el momento en que necesite de algún tratamiento, el ambiente le resulte un tanto familiar.

- - Manifestarle a los padres que si tienen ellos ánimo ante la visita al Odontólogo, esto ayudará que sus hijos lo tengan también.

- Es recomendable aconsejar a los padres sobre el ambiente del hogar, pues este gobierna el destino del niño en su medio social. Y si existe armonía en el hogar y se establece en forma adecuada generalmente tendremos buenos pacientes.

- No estará por demás el insistir las visitas regulares para crear buenos pacientes dentales.

Un aspecto importante es el que el peor momento para la visita del niño al Cirujano Dentista es cuando sufre una - - odontalgia.

- Decirles a los padres que el soborno nunca será bueno, porque el niño lo asociaría a que le puede pasar algo.

- Los padres nunca deberán ridiculizar la Odontología.

- Los padres deberán tener una información satisfactoria para contrarrestar las posibles influencias que pueden tener los niños acerca de comentarios desfavorables hacia la Odontología de parte de sus compañeros de juego o en la escuela.

- No deberá de mentirles a los niños con respecto al tratamiento que se realizará, porque muchas veces los padres prometen a sus hijos que solo le harán una limpieza y resulta -- que llegan al consultorio y el tratamiento va hacer una pulpo tomia.

La persona que tiene que decidir que es lo que se va a - hacer es el Odontólogo, de lo contrario existiría siempre desconfianza.

- Cuando se aproxime la fecha para cita, se le explicará al niño de una manera natural de que ha sido invitado por el Dentista para una revisión.

- Evitar decir que tiene que ir al consultorio porque se ha portado mal o cualquier cosa semejante que siempre los padres dicen a los pequeños.

- Los padres deberán confiar plenamente en el Odontólogo y no deberán entrar a la sala operatoria a menos que se le indique su presencia en ella, permanecerán en la sala de espera.

Voy a mencionar una clasificación de la conducta que observan en el consultorio los padres.

PADRES PROTECTORES

Son los que permanecen al lado de sus hijos mientras se realiza el tratamiento y quitan importancia al profesional, - convencidos de que si permanecen con ellos, el niño sentirá - más seguridad.

Si el Dentista da una orden ellos la repiten creando confusión en la mente de los pequeños.

La presencia en la consulta debe evitarse siempre. Si es indispensable que estén junto al niño, deberán guardar silencio para evitar problemas de adaptación.

PADRES ENGAÑOSOS

Tratan de distraer la mente de sus hijos para alejarlos de la realidad de los procedimientos que se están llevando a cabo. Estos engaños hacen que el niño no colabore y restan autoridad al Cirujano Dentista, quien deberá retirarlos de la sala de tratamiento.

PADRES REGAÑONES

Llevan al niño a la consulta para que se le resuelva el problema de dolor, que representa en los padres el hecho que el niño no los deje tranquilos por el malestar que presenta.

Tienen miedo de ir al consultorio y generalmente es mayor que el que pueda experimentar el niño.

Amenaza al pequeño desde que salen de su casa, hasta que llegan al consultorio, prometiendo castigarlos si no observan buena conducta.

El odontólogo debe hacer comprender a los padres que mientras más regañen a sus hijos, éstos tendrán más desadaptación, y lo más conveniente es que se retiren de la sala de tratamiento.

PADRES DESPREOCUPADOS

En estos padres su trabajo no les permite acompañar al niño a la consulta y los envían con algún familiar, el cual tiene una autoridad deficiente sobre el pequeño.

En estos niños generalmente las condiciones de salud bucal no son buenas debido a la despreocupación de sus padres.

Bajo estas circunstancias el Odontólogo debe exigir la presencia de los padres para hacerle ver las responsabilidades y la importancia del tratamiento a realizar.

PADRES DEBILES

Van a la consulta con sus hijos porque piensan que van a sentir mucho miedo los niños. Muchas veces se quejan más que el niño y en ocasiones piden al Odontólogo que no se efectúe el tratamiento para no ver sufrir al niño.

De esto podemos decir que lo ideal es que los padres no asistan a la sala de tratamiento sino que permanezcan en la sala de espera.

Se permitirá la asistencia en la primera sesión, mientras el niño toma confianza con el profesional, con los aparatos, etc., y cuando el niño sea demasiado pequeño que la presencia de la madre no sea más benéfica que perjudicial.

"SE OYEN LAMENTACIONES SOBRE EL ESTADO DE LA INFANCIA, Y NO SE VE QUE LA RAZA HUBIERA PERECIDO SI CADA HOMBRE NO HUBIERA EMPEZADO POR SER NIÑO".

TECNICAS FARMACOLOGICAS PARA EL MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL.

Estas técnicas serán llevadas a la práctica, después de haber efectuado todos los procedimientos adecuados para lograr el reacondicionamiento de la conducta y el manejo del niño y estos no hayan tenido el éxito deseado entonces recurriremos a:

- A) PREMEDICACION
- B) ANESTESIA GENERAL

Con estos procedimientos podremos reducir la ansiedad, la angustia y el temor antes de los procedimientos operatorios.

A) PREMEDICACION

Es muy importante el hacer notar que la premedicación en Odontología Infantil va actuar como un auxiliar para lograr un mejor comportamiento del pequeño paciente, reduciendo la angustia, aprensión y temor.

No hay que tratar de resolver todos los problemas de conducta que se nos presenten por medio de medicamentos, sino que hay que saber a que tipo de pacientes hay que administrar los en el momento oportuno.

OBJETIVOS DE LA PREMEDICACION

- Llegar a conseguir un relajamiento en el niño
- Poder reducir en parte la ansiedad y la aprensión --

- Tener un máximo de seguridad durante y después del tratamiento.
- Lograr un máximo de eficiencia durante el tratamiento.

VENTAJAS DE LA PREMEDICACION

- Permite un mejor manejo para el éxito del tratamiento.
- No se necesita un equipo especial
- Las reacciones colaterales se reducen, son mínimas
- No es necesaria la presencia de un anestesista o equipo de anestesia.

FACTORES PRIMORDIALES PARA LA PREMEDICACION EN EL CONSULTORIO DENTAL.

1) Condiciones del paciente.

Se elaborará una Historia Médica para saber en que condiciones se encuentra el paciente, y así ver si es posible o no la administración del medicamento, tomando en cuenta que si es un paciente cardíopata, con trastornos metabólicos, o si en general no presenta ningún trastorno para poder administrarle el medicamento.

También si está bajo algún tratamiento, que tipo de drogas se están administrando, por el hecho de que pueda existir una reacción con la droga que nosotros mandemos.

2) Dosis de la droga.

Para poder dosificar una droga tenemos que tomar en cuenta la fisiología y la anatomía de nuestro paciente.

También se recomienda que la dosificación se base en el peso y la edad del paciente.

Pero también es de importancia el considerar el tipo de paciente que vamos a premedicar.

Si tenemos por ejemplo un niño poco cooperativo, la administración será la normal, a diferencia del niño definitivamente negativo que se tendrá que mandar una dosis más elevada, para poder lograr quizá el mismo efecto.

Sin embargo, esto estará también supeditado al tiempo de relajación que se desee. En tratamientos largos se aumentará y viceversa en tiempos cortos será normal.

Para poder obtener una relajación apropiada, la hora del día de la administración juega un papel importante, ya que si se administra cuando el niño está fresco y descansado no será del todo satisfactoria, si es administrada cuando está cansado.

Por consiguiente la dosis deberá aumentarse un poco cuando las sesiones sean por la mañana, y serán disminuidas si son por la tarde cuando el niño está cansado de todo el día.

La frecuencia para su administración no deberá ser de 3 ó 4 sesiones seguidas, sino que se dejará un lapso de tiempo para poder volver a administrar el medicamento. No haciéndolo cada cita.

Es recomendable a los padres que cuando se vaya a administrar este tipo de medicamentos es conveniente que no coman ni beban nada 3 horas antes de la cita, es para evitar posibles tendencias a náuseas y vómitos.

La droga se administrará 45 minutos antes de la cita, - para lograr un efecto satisfactorio. Dentro de este tipo de medicamentos encontramos muchos de los cuales hablaré enseguida.

Si la premedicación no nos dice el resultado que nosotros deseamos, se tendrá que remitir a nuestro paciente a la Anestesia General, de la cual hablaré más adelante.

DROGAS PARA LA PREMEDICACION EN EL PACIENTE INFANTIL.

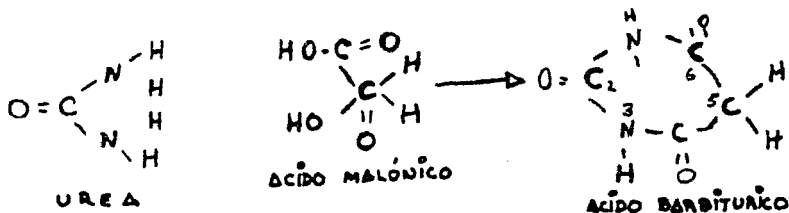
1) HIPNOTICOS Y SEDANTES BARBITURICOS.

Reciben este nombre porque son drogas derivadas del ácido barbitúrico o malonil urea, compuesto por la combinación de urea y ácido malónico.

El ácido barbitúrico es inactivo y adquiere propiedades hipnóticas si se reemplazan los dos átomos de H que están en el Carbono 5 por grupos alquilo o arilos.

En algunos barbitúricos el O_2 del Carbono 2 es sustituido por un azufre lo que da origen a los Triobarbitúricos.

La fórmula estructural del Acido Barbitúrico es:



Hipnótico.- Droga que produce sueño semejante al natural o fisiológico.

En dosis pequeñas.- Sedación (atenuación de la hiperexcitabilidad nerviosa).

En dosis moderada.- Se produce anestesia general.

El hipnótico ideal debe contener:

- 1) La droga ha de producir un efecto hipnótico seguro
- 2) Dicho efecto debe producirse sin un período de - - excitación previo.
- 3) La droga utilizada a pequeñas dosis, como sedante no ha de provocar embotamiento intelectual.
- 4) Una vez pasado el efecto hipnótico, el paciente no debe quedar con un estado de depresión nerviosa.
- 5) La droga no ha de orrotar el estómago.
- 6) Debe absorberse fácilmente cuando se administra -- por vía oral.
- 7) Debe distribuirse en el organismo para no dar lugar a la acumulación del fármaco.
- 8) No ha de producir reacciones adversas, tales como la depresión cardíaca.
- 9) La droga no debe producir dependencia, es decir ha bituación, ni adicción.

Los hipnóticos y sedantes, se clasifican en cuatro según la duración de la acción, así tenemos a los de acción:

- A) Ultracorta: duración 15 minutos menos de 1 hora
- a) Tiopental sódico (pentotal sódico)
 - b) Hexobarbital (evipal)

- B) Corta duración menos de 3 horas
- a) Pentobarbital sódico (nembutal)
 - b) Secobarbital sódico (seconal sódico)
- C) Intermedia duración de 3 a 6 horas
- a) Butabarbital sódico (butisol)
 - b) Amobarbital (Amutal)
- D) Prolongada duración más de 6 horas
- a) Barbital (veronal)
 - b) Fenobarbital (luminal)

Los barbitúricos con ácidos débiles que atraviesan las membranas biológicas en forma no disociada por su solubilidad en los lípidos. Los barbitúricos de acción ultracorta -- son más solubles que los de acción corta y así sucesivamente.

Los que son más solubles en los lípidos su absorción es más rápida al igual que su distribución, fijación, etc.

La absorción de estos se lleva a cabo a nivel de estómago, intestino, recto, músculo o tejido celular subcutáneo.

Tolerancia.- Si producen tolerancia; la administración prolongada disminuye los efectos hipnóticos necesitando aumento de dosis.

La intoxicación.- La dosis tóxica es de 5 a 10 veces la dosis hipnótica. La dosis mortal de 15 a 20 veces la dosis hipnótica.

Contraindicaciones.- En pacientes con insuficiencia respiratoria, con hipersensibilidad alérgica, insuficiencia renal o hepática.

En los pacientes que es recomendable el uso de esos me-

dicamentos es: en pacientes con daño cerebral, con lesiones naturales o físicas, con problemas de comportamiento, en -
aprensión.

En Odontopediatría los barbitúricos que más se usan son los de acción corta, entre los que podemos nombrar al Seconal, Nembutal.

Presentación.- Cápsulas de 30, 50 y 100 mg.

Vía de administración.- Oral, rectal e intramuscular.

Dosis infantil: sedante 10 a 30 mg.

hipnótica 30 a 100 mg.

Duración.- 4 horas.

TABLA PARA DOSIS DE ACUERDO A SU EDAD Y PESO PROMEDIO.

EDAD	PROMEDIO DE PESOS	DOSIS EN MG.
2 años	12 Kgs.	60
4 años	15.5 Kgs.	90
6 años	20 "	100
8 años	25 "	120
10 años	30 "	150
12 años	39 "	150

2) ANALGESICOS NARCOTICOS

Dentro de este grupo podemos mencionar la Meperidina - que es un derivado sintético parecido al opio, es muy utilizada para reducir la ansiedad en el consultorio dental.

Los efectos que producen son: analgesia, sedación, antiespasmódico. Cuando se utiliza para sedar sus efectos son moderados.

En estos pacientes que está indicada su administración, son: en pacientes con daño cerebral, en pacientes que no pueden ser anestesiados completamente (hemofílicos)

El nombre comercial de la Meperidina es el Demerol Clorhidrato.

Presentación. 7 Tabletetas de 50 a 100 mg.
 Jarabe cucharadas de 50 mg. por 5 c.c.
 Intramuscular.- ampollitas de 25, 50, -
 75, 100 mg.

Efecto.- Dependiendo de la vía de administración oral, de 45 a 50 minutos, intramuscular de 10 a 15 minutos.

Duración.- 1 a 3 horas.

TABLA DE DOSIS

EDAD	DOSIS
1.5 a. 2 años	20 mg.
2 a 2.5 años	30 mg.
2.5 a 3 años	35 mg.
3 a 4 años	40 mg.
4 a 6 años	50-60 mg.
6 a 8 años	60-75 mg.
8 a 10 años	75-85 mg.
10 a 15 años	85-100 mg.

La reacción adversa de los analgésicos narcóticos son:- dependencia de la droga, desorientación (mareos), euforia, - problemas gastrointestinales, depresión respiratoria, toxicidad aguda.

3) TRANQUILIZANTES MENORES

Dentro de este grupo, tenemos a los derivados benzodiazepínicos entre los que tenemos:

Clorhidrato de clordiazapoxido (librium)
Diazepan (vallium)

Estos medicamentos tienen efecto bueno sobre la ansiedad, además de reproducir acción relajante de músculos esqueléticos.

Dentro de los efectos adversos tenemos: somnolencia, síncope, exantemas, náuseas, modificación de libido.

El medicamento más utilizado es el Diazepan.

Presentación.- Tabletas de 2, 5 y 10 mg.
Solución inyectable de 5 mg. por ml.

Vía de administración.- Oral e intramuscular.

Dosis infantil.- De 1 hasta 5 años: 2 mg. tres veces al día y 2 mg. 1 hora antes de la cita.
De más de 5 años.- 5 mg. tres veces al día.

Duración.- de 3 a 4 horas.

También encontramos a los Ataraxicos dentro de los tranquilizantes menores como es la Hidroxicina nombre comercial - Atarax.

Presentación.- Tabletas de 10 y 25 mg.
Jarabe de 10/5 cc.
Parenteral.- 25 mg/c.c. y 50 mg/c.c.

4) SEDANTES HIPNOTICOS NO BARBITURICOS

Tenemos como ejemplo al Hidrato de Cloral, que es un sólido cristalino, de olor desagradable, soluble en agua, alcohol, cloroformo, etc.

No es analgésico, sobre mucosa gastrica produce náuseas y vómitos, se absorbe por todas las vfas y se distribuye por todo el organismo, se excreta por orina, posee escaso margen de seguridad.

Efectos: sedante, hipnótico, no deprime la respiración. Hidrato de Cloral nombre comercial Noctec.

Presentación.- Cápsulas de 250 y 500 mg.
Jarabe de 500 mg./c.c.

Dosis infantil.- Hasta 6 años: sedante 250 y 500 mg.
hipnótica 1000 y 1200 mg.
más de 6 años: sedante 500 y 750 mg.
hipnótica 1250 y 2000 mg.

Dosis.- 3 a 5 horas.

Es un medicamento muy viejo pero se utiliza principalmente en Odontología Infantil, en niños muy pequeños.

ANESTESIA GENERAL

DEFINICION.

La palabra Anestesia se deriva de las raices griegas - Alpha=sin, y de Asitesia=sentido, sensibilidad. Es la palabra usada para describir el estado en el cual hay una falta o privación de toda sensibilidad. No se debe de confundir este término con el de Analgesia cuyas raices son Alpha-sin - y Algia=dolor, y tan sólo implica la falta o supresión del dolor en todo el organismo o en parte de él.

No obstante, se ha generalizado el empleo del término - Anestesia para significar también la supresión del dolor, ya sea parcial o totalmente y por lo tanto, tenemos que la Anestesia se puede lograr en forma general o local.

La anestesia general se puede definir como una parálisis descendente irregular, reversible del Sistema Nervioso Central que implica la falta de sensación con pérdida del conocimiento. El término irregular se emplea en sentido anatómico.

Mientras que la Anestesia local se refiere a la supresión de la sensibilidad en una parte del organismo, ya sea extensa o reducida, sin que se presente la pérdida del conocimiento.

Si bien es cierto que la Anestesia local es de primera elección en la práctica dental, el Cirujano Dentista tiene la obligación de estar familiarizado con el ejercicio de la Anestesia general pues es un servicio que responde a una necesidad en los pacientes pequeños primordialmente.

INDICACIONES

En Odontología hay indicaciones precisas donde se debe utilizar la Anestesia General, a continuación menciono algunas de ellas:

1) El niño no cooperativo, a pesar de haber intentado todos los procedimientos de manejo comunes.

2) El niño con trastornos mentales cuyo impedimento sea tan grave, que dificulte toda comunicación entre odontólogo y niño.

3) El niño con trastornos de la hemostasia que requieren tratamiento dental extenso.

4) El niño afectado de trastornos del sistema nervioso-central que se manifiesten por movimientos involuntarios y extremos.

5) El niño con grave cardiopatía congénita, considerado incapaz de tolerar la excitación y cansancio provocados por un extenso tratamiento dental.

6) Cuando el niño presenta alegría o idiosincrasia a los anestésicos locales.

7) En procedimientos de Cirugía donde la anestesia local resulta insuficiente para la supresión del dolor.

Planteamiento a los padres:

Cuando el tratamiento de un niño requiere hospitalización y anestesia general, la mejor manera de lograr la cooperación de sus padres es orientarlos respecto al programa planeado para su hijo y las responsabilidades que tiene en su hospitalización.

Se les explicará a los padres la razón por la que en un consultorio no pueden ser tratados sus hijos, debido a que padecen algún trastorno ya sea mental, nervioso, sistémico, o que sea un niño no cooperativo y que ya se emplearon todos los medios para poder controlarlo y no dieron resultado, por lo que es mejor tratarlos bajo anestesia general.

Se les indicará que deberá realizarse en un medio hospitalario para poder tener todos los medios necesarios al alcance para la intervención, entre lo más importante es que debe estar durante el tratamiento un anestesista calificado, el material necesario para la anestesia, como el personal competente.

te, para lograr un éxito en el tratamiento. Es decir lograr un trabajo en equipo.

Se les hará ver las ventajas que obtiene el niño bajo este procedimiento.

- 1) El tratamiento se le realizará en una sola cita
- 2) El niño no se da cuenta de lo que se le está haciendo.

Se les hablará del riesgo que es mínimo debido a que el anestésico que se administra es en poca cantidad, pero que siempre existe riesgo como en cualquier otra intervención.

Ya habiendo los padres aceptado que se realice la anestesia general, procederemos a realizar la evaluación física del paciente para poder darnos cuenta de su estado general, principalmente de su función cardíaca, estado del sistema nervioso, lo cual lo sabremos mediante una interconsulta con el médico general o familiar, para que examine al niño y confirme por escrito la ausencia de contraindicaciones para la anestesia general. En estos casos podemos ayudarnos de un formulario para examen preanestésico como en la fig.(39)

Después se remitirá al anestesista el cual explicará a los padres todo con detalle porque quizá ellos le tengan más miedo a la anestesia que a la operación en sí. La confianza que deposite el anestesiólogo será básica, contestando a todas las preguntas y sacándolos de errores.

Se les preguntará si el niño ha sido anestesiado antes, si es así, el anestesista debe saber qué anestésico fue utilizado y la experiencia obtenida o las reacciones ya sea con los anestésicos o con las drogas.

Se revisará la Historia del paciente con respecto a los datos de laboratorio o de otros servicios, cardiología, endocrinología y si estos no tienen contraindicaciones.

Con todos los datos obtenidos podremos decir, nuestros planes pues ha sido el resultado de un completo y concienzudo examen. Y se programará la anestesia.

Se les dará a los padres una hoja de instrucciones en la cual dice la hora y el día de la cita para la anestesia - como también algunas indicaciones de importancia. (Ver fig.40)

El paciente deberá ser internado de preferencia un día antes de la intervención, si esto no es posible lo hará el mismo día.

La cita para intervención debe ser de preferencia en la mañana, pues así el paciente no tiene que esperar varias horas angustiosas para la intervención, el operador estará descansado y más alerta para poder desempeñar sus funciones.

El paciente deberá presentarse acompañado de sus padres o de una persona responsable, como ya se dijo llegará en ayunas pues el estómago lleno predispone al vómito y regurgitación, con el peligro de una posible aspiración pulmonar antes y después de la Anestesia, lo que constituye una complicación.

Procedimiento de tratamiento.- Después de haberse admitido el paciente en el hospital, el odontólogo deberá discutir los planes de tratamiento con el anestesista quien determinará el tiempo de tolerancia de cada paciente al anestésico general, tomando esto por guía el Odontólogo puede establecer un rígido programa para el tratamiento.

Después de evaluar la Historia Médica del paciente y de terminar la extensión del tratamiento requerido, puede elegir

HOSPITAL INFANTIL DE BIRMINGHAM, ALABAMA
SALA DE OPERACIONES DE LA CLINICA DENTAL
INSTRUCCIONES PARA LOS PADRES DEL PACIENTE

Se han preparado las siguientes instrucciones para ayudarlos cuando traigan a su hijo al HOSPITAL INFANTIL para recibir los tratamientos dentales necesarios en la sala de operaciones dentales para pacientes externos.

SU CITA ES: _____ a las _____
DIA MES 10 HORAS

1. Su hijo debe haber pasado un examen físico y deben haber terminado los trabajos de laboratorio no más de 48 horas antes del día de su cita. Esta información deberá ser registrada por su médico en el formulario adjunto, y deberá ser entregada el día de la visita.
2. No dejen beber ni comer nada a su hijo el día de la cita (ni siquiera agua). Si tienen programada la cita para la tarde, se permite un desayuno temprano compuesto de líquidos. Esto es muy importante para evitar náuseas después de la operación.
3. Si no pueden acudir a la cita, llamen a la CLINICA DENTAL DEL HOSPITAL INFANTIL -323-8901 ext. 235, por lo menos 24 horas de antelación.
4. Si su hijo contrae resaca, fiebre o algún tipo de enfermedad, sírvanse informar a la clínica dental dos días antes de la cita, ya que tal vez haya que cancelar esta.
5. Después del procedimiento dental, el paciente puede volver a casa, generalmente después de 1 a 2 horas.

Fig. (35.14) Hoja de instrucciones para los padres.

FIG (40)

se la premedicación y el anestésico más adecuado.

Medicación preanestésica.- Es el conjunto de drogas administradas al paciente antes de la Anestesia con la finalidad de modificar el curso de ella en forma saludable.

Los objetivos más importantes que se persiguen en la premedicación son los siguientes:

- Brindan al paciente un alivio para la ansiedad, aprensión o miedo y lo hacen más receptivo.
- Elevan el umbral del dolor.
- Se amplía el plano anestésico.
- Disminuye la secreción de las glándulas salivales o mucosas.
- Reduce las posibilidades de complicaciones postanestésicas.

Como el empleo de la medicación preanestésica está dirigido a un fin preciso, se deben saber cuales drogas, producen el efecto deseado.

Entre algunos de los muchos medicamentos que se utilizan para este fin tenemos:

Pantobarbital sódico.- Barbitúrico, sedante en dosis pequeñas e hipnótico en dosis mayores.

Meperidina.- Narcótico, más analgésico que hipnótico y tiene cierto valor sedante.

Es importante el hacer mención que la medicación reanestésica y narcóticos sinérgicos de la Anestesia no deben utilizarse en el consultorio dental, sino bajo control médico y en un medio hospitalario.

ERRORES EN LA ADMINISTRACION DE DROGAS PREANESTESICAS.

- Si se omite la premedicación se prolonga el periodo de inducción, se puede presentar una notable excitación y hay exceso de secreciones.
- Si se administra mucho tiempo antes de la intervención resultaría insuficiente y no cumpliría ningún objetivo.
- Si se administra más tarde frecuentemente ocurre depresión de la respiración después de que se ha establecido la Anestesia, lo cual puede confundir al anestesista.

POSICION DEL PACIENTE.

El paciente deberá estar sentado con comodidad con la línea media de la cabeza coincidiendo con la línea sagital del cuerpo. El cabezal debe soportar el occipucio en la posición neutral de manera que eleve el mentón lo cual permite el paso fácil del aire y una respiración normal. El respaldo estará inclinado ligeramente hacia atrás.

INTUBACION ENDOTRAQUEAL.

La intubación endotraqueal nasal, facilita al odontólogo los procedimientos de tratamiento.

Material necesario: Una pinza de Magill para introducir el catéter, un laringoscopio para visualizar la laringe y la traquea; tubos endotraqueales que pueden ser de dos tipos, para ser introducidos por la boca o por la nariz, siendo los primeros bastante rígidos y con una curvatura cerrada, los nasotraqueales son de curvatura menos acentuada y más suaves que los anteriores. Ambos tienen una longitud de 26-28 -

HOSPITAL INFANTIL DE BIRMINGHAM, ALABAMA
CLINICA DENTAL
EXAMEN PREANESTESICO

NOMBRE _____ EDAD _____ PESO _____

DIRECCION _____ TELEFONO _____

MEDICO: Estimo Dr. _____

Tengo intención de realizar el siguiente procedimiento dental bajo anestesia general
en el HOSPITAL INFANTIL _____

Sírvase completar el siguiente examen y la determinación de hemoglobina

Firma del odontólogo encargado del caso

Corazón _____

Pulmones: _____

Enfermedades pasadas pertinentes al caso: _____

Medicaciones actuales: _____

Alergias _____

LABORATORIO:

Hemoglobina _____ Gramos _____

Urindásis (informar de anomalías) _____

Paciente en condiciones de recibir anestesia general: Si _____ No _____

Doctor en medicina

Firma del médico que realizó el examen

Fig. , Formulario del médico para examen preanestésico.

cm. El diámetro varía y tenemos dos diferentes numeraciones: la americana de 0 al 10 y la francesa del 8F al 40F.

Después de la intubación deberán cubrirse los ojos del paciente con una gasa húmeda para protegerlos contra desechos de materiales dentales.

Deberá tenerse gran cuidado de evitar que sangre, o cualquier otro tipo de desecho, penetre en la garganta del niño.

Después de la administración de la anestesia deberá colocarse un apósito de gasa húmeda sobre la abertura faríngea, a través del área de las amígdalas y debajo de la lengua.

El empleo del equipo de aspiradores facilita el procedimiento dental en niños anestesiados y también es recomendable el uso de abreboca cualquiera que sea esta.

Para realizar cualquier tratamiento restaurativo en pacientes anestesiados, el empleo de dique proporciona al Odontólogo campo seco y mejor visibilidad y sirve de ayuda para evitar la entrada de desechos en la garganta del paciente. Antes de extracciones y otros tratamientos quirúrgicos, deberá limpiarse la boca, substituirse el apósito de la garganta con una gasa nueva e iniciar el procedimiento quirúrgico.

Al terminar el tratamiento planeado, deberá controlarse toda hemorragia y evacuarse cuidadosamente de la cavidad bucal todos los desechos. Después se extrae el apósito de la garganta y se envía al paciente a la sala de recuperación.

En conjunto diremos que las complicaciones o riesgos durante la anestesia endotraqueal en cualquiera de sus tipos puede ser:

- 1) Ausencia de los movimientos respiratorios por sobredosis o obstrucción.
- 2) Que el tubo este en el esófago en lugar de la traquea, o que el sistema este interrumpido por haberse desconectado en algún sitio de unión.
- 3) Que el taponeamiento de la faringe no se haya hecho correctamente.

Cuarto de Recuperación del Paciente.

Este departamento es una sala especial para observar y atender a los pacientes que se recuperan de la anestesia. En él o junto debe existir otro departamento que será para terapia, todo depende del medio o sanatorio en que instalen estos servicios.

Para que sea un departamento eficiente, tendrá un sin número de requisitos que deben llenarse adecuadamente.

- 1) Estará situado en el mismo piso y lo más cercano a los quirófanos, con temperatura adecuada para las diferentes estaciones del año, así como tener adyacente un laboratorio de orina, biometría hemática, etc.
- 2) Estará perfectamente iluminado, con espacio central o lateral suficiente para poder ver a los pacientes desde cualquier punto de la sala y tener un corredor amplio para que puedan circular las camillas, equipo portátil de RX, tiendas de O_2 este pasillo no debe ser atravesado por visitantes o personas del hospital.
- 3) El espacio para acomodar las camillas será suficiente para que cada una de ellas esté a un metro de la otra.

- 4) Debe tener tomas de O_2 aspirador en la pared, aparatos de tensión arterial.
- 5) Tener un amplio almacén del cual se pueda surtir de inmediato los medicamentos necesarios.

CUIDADOS POSTANESTESICOS.

Durante el periodo de recuperación, se debe mantener cubierto al paciente protegiéndolo de corrientes de aire, debido a que hay un aumento de la sudoración y un enfriamiento - puede producir una bronquitis, etc.

Al terminar el tratamiento debe permanecer en la sala de recuperación por un tiempo no menor a 1 hora bajo observación, hasta que todos sus reflejos recuperen su actividad. - Más tarde pasadas 2 o 3 horas el paciente podrá irse a su casa.

Antes de enviar al niño a su casa, deberá programarse una cita para examinar posoperatoriamente al paciente en el curso de las 2 semanas siguientes. Si existiera alguna complicación antes de la cita deberá llamar al consultorio para adelantar la cita. Si después del tratamiento en las horas siguientes notarán los padres algún cambio o alteración deberán comunicarse inmediatamente al consultorio.

DEBERES Y CUIDADOS DEL ANESTESISTA.

El paciente tendrá que visitar al anestésista para que éste, evalúe el riesgo anestésico, después de haber realizado un examen detallado, como ya se dijo anteriormente.

El anestésista tiene que llegar al Hospital, a buen tiempo para checar todo su equipo de anestesia.

Tiene que volver a revisar el expediente para conocer los signos vitales, el estado en general y cuando llegue el Paciente si hay alteración alguna tomarla en cuenta para el momento de la intervención.

Deberá permanecer el anestesista en el hospital hasta que el niño se haya recuperado del todo.

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DURANTE LA ANESTESIA.

- 1) Respiratorios
- 2) Circulatorios
- 3) Neurológicos
- 4) Técnicas.

Los accidentes de la Anestesia General pueden ocurrir durante el transcurso de ella, llamándose entonces inmediatos o bien se pueden presentar después de ella llamándose accidentes tardíos.

Tenemos accidentes benignos que por sí mismos no causan la muerte del paciente. Pero existen los graves en los que si se pone en peligro la vida del paciente.

Respiratorios: Hipoxia, cianosis, apnea, respiración periódica, respiración irregular, respiración dudosa, disnea, tos, hipo, secreción excesiva, edema pulmonar, broncoespasmo, laringoespasmo, obstrucción del paso del aire, etc.

Circulatorios: Taquicardia, bradicardia, hipotensión arterial con taquicardia, hipotensión arterial con bradicardia, hipertensión arterial sin cambio de frecuencia de pulso, hipertensión arterial con bradicardia, shock, colapso circulatorio, paro cardíaco.

Neurológicos: Convulsiones por: asfixia, exceso de CO_2 , eter, cambios de postura, edema cerebral, delirio de recuperación, hipertemia, sudoración, escalofríos, etc.

Técnicas: Lesiones por presión de mascarilla en cara, -acumulación excesiva de gas en la bolsa, fugas en el sistema, vómitos durante la anestesia, dilatación aguda del estómago, -parálisis, etc.

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

Al llegar al término en la realización de este trabajo, me he hecho las siguientes reflexiones:

Todos los niños son diferentes y no podemos catalogarlos bajo un patrón rígido, pero se han establecido criterios básicos para evaluar su integración y de acuerdo a ellos poder mostrar los diferentes tipos de comportamiento así como sus variantes, principalmente cuando se trata de la primera visita al consultorio dental.

Otro aspecto primordial es que tanto padres como maestros y médicos sean respetuosos del comportamiento del niño y que antes de asegurar que el niño es un problema, se detengan a reflexionar, con actitud serena y juiciosa, que hay detrás de la señal que el niño está mandando.

También no hay que dejarnos llevar por la primer impresión que nos manifiesta el niño, muchas veces puede ser falsa, debido a muchos factores que pueden intervenir en ese momento.

Es importante que el Odontólogo realice lo que dice, porque puede dársele al niño un mensaje verbal y comunicarle lo contrario en la actitud. Es de entender que esos dobles mensajes, son contundentemente nocivos y deteriorantes para la mente del niño.

Se debe tener un pleno conocimiento tanto en materia Odontológica como en Psicología para poder entender y ofrecer un tratamiento satisfactorio a nuestros pequeños pacientes.

Para poder obtener cambios en la conducta tenemos que recurrir a las técnicas para acondicionamiento, pero nunca tratar de hacerlo con amenazas, sobornos, etc., éstas deben ser aplicadas desde las más simples hasta las más complicadas teniendo presentes ciertos factores como son: el medio ambiente, la herencia y la personalidad que juegan un papel importante para el desarrollo de la conducta del niño.

Con respecto al consultorio dental y al personal humano tienen que influir confianza y ánimo, tanto a los padres como a los niños. El tener un buen personal permite completar procedimientos más rápidos y poder atender a un mayor número de pacientes.

En cuanto a la premedicación debe ser seguida de una minuciosa observación, pues antes de emplear los medicamentos hay que estar seguros de saber con que objeto se usan, en que zonas actúan, que se espera de ellos y por cuanto tiempo van a ser utilizados.

Si hablamos de la Anestesia General, los beneficios son muchos, sobre todo en pacientes incapacitados, en niños pequeños, debido a que se realiza todo el tratamiento en una sola sesión; siempre y cuando se realiza en condiciones óptimas es decir en un lugar adecuado como es el Hospital y con el equipo necesario.

Entre los principales objetivos que debe perseguir el Cirujano Dentista es tratar de que tanto los niños como los padres desarrollen un sentido de responsabilidad respecto a su salud tanto general como bucal, porque como ya sabemos un tratamiento inadecuado en la niñez, puede dañar en forma considerable el aparato estomatognático.

NIRO:

**LA PUREZA DEL ALMA SE REVELA EN LA-
MIRADA, CONSERVA HIJO MIO TU CANDOR,
SIN CESAR ENGRANDECE TU ALMA.**

**LLENA TU ESPIRITU DE VIRTUDES Y TUS
OJOS SERAN LLAMA DE LUZ PARA LOS-
HOMBRES.**

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

- 1.- BALANCED MEDICATION
Lampshire L. Earl
Dent. Clin. North Am.
Nov. 1961.
- 2.- BEHAVIORAL MANAGMENT OF THE MENTALLY RETARDED
Troutman K.
Dent. Clin. North Am. 21 (3) 621-36
Jul. 77.
- 3.- BEHAVIOR MODIFICATION FOR THE CHILD DENTAL
PATIENT
Rosenberg H.N.
J. Dent. Child. 41 (2) 111-4.
Mar-Apr. 74.
- 4.- CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO
Ernest H. Watson.
George H. Lourey
Editorial Trillas, S.A.
- 5.- DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD EN EL NIÑO
Mussen
Conger
Kagan
Editorial Trillas, S.A. D 72.
- 6.- EL NIÑO
Montessori Maria
Secretaría de Educación Pública.
- 6a.- FARMACOLOGIA MEDICA
Goth Andrés
Séptima Edición
Ed. Interamericana
- 7.- HUMAN RELATIONS WITH DENTAL PERSONAL
Quirk M. P.
J. Dent. Chil. 44 (3) 203-6
May-Jun 77

- 8.- HAND OVER MOUTH TECHNIQUE
Craig W.
J. Dent. Child. 28 (6): 387-9
Nov.-Dec 71.
- 9.- LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA
PRACTICA GENERAL
Alvin L. Morris
Harry M. Bohannon
Editorial Labor
1974.
- 10.- MATERNAL INFLUENCE ON CHILD BEHAVIOR IN THE
DENTAL SETTING
Johnson R
Psychiatry Med. 2 (3) 221-8
Jul 71
- 11.- NUESTRO PROGRAMA DE PSICOLOGIA
Cabrera Edgar Alberto
Editorial Libros de México, S.A.
1977.
- 12.- ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE
Ralph E Mc. Donald
Editorial Mundi
1971
- 13.- ODONTOLOGIA PEDIATRICA
Sidney B. Finn
Editorial Interamericana
1976
- 14.- ODONTOLOGIA INFANTIL E HIGIENE ODONTOLÓGICA
Floyde Eddy Hogeboom
Editorial UTEA 2a. Edición
- 15.- ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO INCAPACITADO
Clínicas Odontológicas de Norteamérica
Editorial Interamericana
Julio 1974.
- 16.- ODONTOLOGIA PEDIATRICA
Clínicas Odontológicas de Norteamérica
Editorial Interamericana
Enero, 1973.

- 17.- ODONTOPEDIATRIA
Rudolf P. Hotz
Editorial Panamericana
1977
- 18.- PARENT'S PRESENCE AND THE CHILD'S RESPONSE TO
DENTAL STRESS
Venham L.L.
Bengston D.
Cipes M.
ASDC J. Dent Child. 45 (3) 213-7
May-Jun 78.
- 19.- PAIDOLOGIA
Peinado Altable José
Editorial Porrúa, S.A.
1970.
- 20.- PREMEDICATING PEDODONTIC PATIENTS
Peabody J.B.
Texas Dent. Journal 88 (12-15)
Oct. 1965.
- 21.- PSICOLOGIA SIMPLIFICADA
Abraham D. Spreerling
Compañía General de Ediciones, S.A.
1974.
- 22.- PSICOTERAPIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES
Annemarie Duitrssen
Fondo de Cultura Económica
- 23.- PSYCHOLOGY IN PEDODONTICS
Del Carmen Havarro Martínez
An. Esp. Odontostomatol 33 (3) 231-46.
- 24.- PSICOLOGIA DEL DESARROLLO INFANTIL
Sidney M. Baer
Editorial Trillas
1977.
- 25.- SECURING COOPERATION FROM THE CHILD DENTAL PATIENT
Williams Q.E.
Clark C.M.
J. Dent. Child. 43 (6): 416-9
- 26.- THE CHILD AND THE ADOLESCENT
Currier G.F.
Dent. Clin. North. Am. 21 (3) 605-20

- 27.- THE PREVENTION OF THE CHILD BEHAVIOR PROBLEMS
IN THE DENTAL OFFICE
Korf S.R.
J. Prev. Dent. 4 (2) 23-9
Mar-Apr 77.
- 28.- TRASTORNOS DE LA CONDUCTA DEL NIÑO
Velasco Alzaga J.M.
Estrada Inda L.
Dallal y Castillo E.
Urdapilleta Bueno D.
Cuevas Nieves L.E.
López Ortega J.A.
Ciba-Greig y División de Proyectos Especiales
1974.
- 29.- UN ATLAS DE ODONTOPEDIATRIA
David B. Law
Thompson M. Lewis
Editorial Mundi
1972.
- 30.- UNDERSTANDING THE BLIND CHILD
Kisey L.
J. Pedod. 2 (1) 67-72
Fall 77.