



254
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO ZED

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

MANEJO Y CONTROL DE PACIENTES
EN ODONTOPEDIATRIA

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

ALMA DELIA ORTEGA RODRIGUEZ



Vo. Bo.
Rene Cerón

ASESOR: C.D. RENE CERON CANDELARIA

MEXICO, D. F.

1995

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

EN AGRADECIMIENTO A:

D I O S

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

A MIS ACADEMICOS

 Mi agradecimiento especial para
 el Dr. René Cerón Candelaria
por su apoyo, atención y asesoría
 en la elaboración de la
 presente tesina.

Gracias.

A mi madre Guadalupe Rodríguez
en agradecimiento por su apoyo
moral, económico y confianza
para llegar a realizar una de
las metas más importantes en
mi vida.

Gracias.

A mi padre Juan Alberto Ortega
ya que por sus ejemplos me brin-
do la oportunidad de ser una
persona capaz y responsable de
mis actos.

Gracias.

A mis hermanos: Alberto, Teresa,
Pilar, Marco, Juan D, Eliza por
brindarme su confianza y apoyo
a lo largo de mi formación
personal y profesional.

Gracias

A mi novio Cosme González por
brindarme se apoyo y confianza
en los momentos más difíciles
de mi carrera.

Gracias.

INDICE.

Introducción	.....	1
CAPITULO I.		
1.- Enfoque psicológico para la guía conductual	.....	4
1.1.- Papel del odontólogo	.....	5
1.2.- Desarrollo psicológico	.....	7
1.3.- Introducción del niño a la odontopediatría	.....	8
1.4.- categorías de conducta	.....	10
1.5.- Reacciones a la experiencia odontológica	.....	10
1.6.- El paciente de primera vez	.....	14
1.7.- Aspectos considerados en la s orientación de la conducta	.....	16

CAPITULO II.

2.- Dinámica de cambios desde la concepción		
---------------------------------------------	--	--

hasta los 3 años de edad	.....	18
2.1.- Cambios cognoscitivos	.....	19
2.2.- Cambios emocionales	.....	22
2.3.- Cambios sociales	.....	24
2.4.- Exámen del lactante 1-3 años	.....	27

CAPITULO III.

3.- Dinámica de cambios de 3-6 años	.....	31
3.1.- Cambios cognoscitivos	.....	31
3.2.- Cambios emocionales	.....	33
3.3.- Cambios sociales	.....	35
3.4.- Examen dental	.....	36

CAPITULO IV.

4.- Dinámica de cambios de 6-12 años	38
--------------------------------------	-------	----

4.1.- Cambios cognoscitivos	.....	39
4.2.- Cambios emocionales	.....	40
4.3.- Cambios sociales	.....	42
4.4.- Examen dental	.....	43

CAPITULO V.

5.- Dinámica de cambios en la adolescencia	.....	46
5.1.- Cambios cognoscitivos	.....	47
5.2.- Cambios emocionales	.....	48
5.3.- Cambios sociales	.....	48
5.4.- Examen dental	.....	50

CAPITULO VI.

6.- Manejo del paciente	54
-------------------------	-------	----

6.1.- Recursos para el manejo del paciente	.....	56
6.2.- Perfil del niño que coopera	.....	62
6.3.- Niños que no cooperan con el dentista	.....	67

CAPITULO VII.

7.- Control del dolor y la ansiedad	.....	74
7.1.- Regulación de la percepción del dolor	.....	74
7.2.- Regulación de la reacción al dolor (sedación conciente)	.....	75
Conclusiones	.....	78
Bibliografía	.....	79

INTRODUCCION.

Importancia práctica de la odontología.
Pediátrica.

La odontología pediátrica es un sinónimo de odontología infantil, pues los niños sufren problemas dentales y orofaciales. Su origen se vincula con la caries dental y la pulpítis; la inflamación y el dolor dependen de la infección del tejido pulpar y la supuración del hueso alveolar.

Su inicio con orientación hacia las extracciones, la odontología pediátrica paso a una era de intercepción de la caracterizado por un solo énfasis en los procedimientos diagnósticos y la conservación de la integridad de los arcos dentales cuando, debido a la caries o los traumatismos, se perdía uno o más dientes en la arcada. Entonces los temas principales eran: las técnicas restaurativas, la terapéutica pulpar, la conservación del espacio y la ortodoncia interceptiva.

Hasta mediados de la década de 1950 relegaban a sus clientes nuevos, los cirujanos dentistas que abrían consultorios un letrero muy atractivo que decía: En este consultorio no se atiende a ningún niño menor de 13 años de edad, -

tales actitudes y letreros son cosa del pasado. En estas últimas décadas se adoptaron lineamientos hacia la educación didáctica en odontología para niños y clínica, tiende a desaparecer las ideas equivocadas de que "los dientes de leche no ameritan cuidados, pues de todos modos se pierden"

Por motivo de comunicación y otras razones de tipo conductual, la edad acostumbrada para la primera cita dental era el tercer cumpleaños, no obstante se ha llegado a la conclusión que los tres años de edad son un momento demasiado tardío para recibir la primera supervisión profesional por el odontólogo.

Para ser un clínico capaz de entender la mayor parte de las necesidades infantiles en cualquier comunidad el odontólogo deberá conocer a fondo las técnicas preventivas el tratamiento pulpar, la instrumentación y restauración de los dientes, los materiales dentales, la cirugía oral, la ortodoncia preventiva e interceptiva, así como los principios protésicos; además, a fin de conocer a fondo las mayores necesidades de los niños, tienen que dominar ciertos aspectos básicos de medicina pediátrica, patología general y oral, y del cierto crecimiento y desarrollo. Los conocimientos sobre nutrición así como la comprensión de los fluoruros parenterales y tópicos son fundamentales en -

la creación de estrategias preventivas adecuadas para el niño. Por último es inconcebible que una persona pueda -- quedar satisfecha al no dedicar una parte importante del tiempo de su práctica a los niños, sin comprender sus necesidades emocionales y psicológicas, así como los procesos -- del cambio emocional y de maduración social. Es preciso -- tratar distinto al niño que al adulto; en realidad, las formas del manejo dependen mucho de la edad.

La información respecto al desarrollo social y psicológico del niño es importante. Todo lo que refleje en forma precisa los problemas de aprendizaje, de comportamiento, o de comunicación, es a veces difícil de obtener inicialmente, sobre todo si los padres saben del trastorno de desarrollo del niño. Los problemas de conducta en el consultorio suelen estar relacionados con la incapacidad del niño de comunicarse con el odontólogo y seguir las indicaciones y eso puede ser debido a una baja capacidad mental. Los -- padres con frecuencia no informan voluntariamente que el niño tiene un retardo mental.

C A P I T U L O I .

ENFOQUE PSICOLOGICO PARA LA GUIA DE LA CONDUCTA.

Hay acuerdo general de que la guía correcta de la conducta de un niño en el consultorio odontológico es fundamental para la atención completa.

Han demostrado que los odontólogos reaccionan a menudo a la conducta temerosa de un niño en formas contraproducentes. La coerción, los halagos y los comentarios negativos de parte del odontólogo demostraron acentuar conducta negativa, mientras que guiar al niño hacia un comportamiento deseable palmeándolo y haciéndole preguntas sobre sus sentimientos aumentan mucho la probabilidad de reducir la conducta temerosa, en general los odontólogos que tratan niños deben, además de demostrar un interés personal sincero en el niño, hacerse más eficientes en la orientación y refuerzo de la conducta.

Varias técnicas nuevas han sido desarrolladas, algunas de las cuales son la modificación de la conducta, desensibilización, hipnosis, imitación y compromisos de realización, decir-mostrar-hacer, el ejercicio mano-sobre-boca refuerzo por señales, control vocal y restricción.

El odontólogo que trata niños debe perfeccionarse en -

la observación y análisis de la conducta infantil. El desarrollo de esas capacidades aumentan con la experiencia, la habilidad para evaluar los aspectos no verbales de la comunicación, un conocimiento de los miedos y ansiedades de los niños por la situación odontológica y un conocimiento de los aspectos sociales, culturales y personales de la conducta infantil.

El odontólogo que puede integrar la información obtenida de la conducta observada del niño con la información personal, social e histórica adquirida de los padres, puede predecir de manera más exacta la conducta determinada y elegir el método mejor para manejarla.

1.1- Papel del odontólogo.

La función primaria del odontólogo es efectuar la necesaria atención odontológica preventiva, mediante el cultivo de un enfoque sensible y comprensivo, puede hacer mucho para ayudar al paciente para ayudar al paciente a superar la situación.

El tratamiento odontológico es una experiencia que el niño debe tratar de aceptar. Los niños que han aprendido su papel como pacientes muestran alguna flexibilidad de

conducta y un interés por lo que sucede a su alrededor.

Tienen capacidad para confiar en el odontólogo, responderle y demostrar confianza en su habilidad, durante la atención al niño, el odontólogo tendrá momentos que se sentira inseguro en el manejo de uno en particular, quien incluye niños en el ejercicio profesional debe estudiar odontología continuamente y familiarizarse con la amplia variedad de situaciones y anomalías que debe diagnosticar y manejar.

Es importante para los odontólogos entender la conducta del niño porque les ayudara a comprender su propia conducta y reacciones ante los problemas en el consultorio y darse cuenta también que el control del pequeño durante la situación odontológica se desvía con frecuencia.

Es importante que el odontólogo aprenda a enmascarar sus reacciones emocionales ante una determinada situación, ya que hasta el niño pequeño puede captar rapidamente la indecisión o la ansiedad.

El odontólogo nunca debe mostrarse enojado pero sí - enérgico ya que será útil enmascarar cualquier tipo de complicación emocional y crear una atmósfera de comprensión.

1.2- Desarrollo psicológico.

El odontólogo que guía con éxito a los niños por una experiencia odontológica comprende que un niño normal pasó por un crecimiento intelectual y físico definido, además el niño está adquiriendo constantemente hábitos, dejándolos o modificándolos. Este cambio es quizás una razón para que la reacción del niño en el consultorio pueda diferir entre una visita otra. Ya que cada niño tiene un ritmo y un estilo de crecimiento.

Todos lo que trabajan con niños deben comprender que la edad psicológica del niño no siempre corresponde a su edad cronológica, la edad cronológica tiene relativamente poca importancia para el odontólogo, la psicológica y fisiológica debe ser consideradas en el diagnóstico de los problemas de la conducta y también en el plan de tratamiento.

La conducta de los niños es una función del aprendizaje y con frecuencia se clasifica identificando los tipos de conducta que representa la norma para ciertos grupos de edad. Esa clasificación brinda, por lo menos, una base para discutir diversas conductas.

El manejo que haga el odontólogo de la conducta indeseable en el consultorio debe enfocarse en la conducta misma más que en la edad del niño.

1.3- Introducción del niño a la odontología.

Consiste principalmente en enseñar al niño a encarar una situación nueva y seguir las instrucciones del personal odontológico. El proceso suele ser cumplido fácilmente si el odontólogo permite que el niño inspeccione el consultorio y el ambiente en forma casual, pero al mismo tiempo -tratando de grabar en el niño la necesidad y la importancia de la situación.

El odontólogo debe recordar que el niño, en particular el paciente de primera vez, desconoce por completo el hecho de que un diente doloroso o una infección periapical son -una amenaza para su salud. En cambio el niño puede considerar al odontólogo como la verdadera amenaza.

El primer objetivo en el manejo exitoso del niño pequeño es establecer comunicación y hacerle sentir que el odontólogo es su amigo y está interesado en ayudarlo, el niño debe tomar conciencia de la importancia de la visita

odontológica.

El proceso de aprendizaje es irregular, con ascensos, mesetas y quizás regresión, este proceso esta relacionado con cambios ambientales y estado psicológicos.

Una cantidad de situaciones pueden influir el proceso de aprendizaje, no obstante hay una de la que el odontólogo debe tener plena conciencia y el estado de enfermedad física prolongada.

El odontólogo puede observar ocasionalmente una reacción negativa en el paciente pequeño "período de resistencia" y se considera normal en el proceso de crecimiento o aprendizaje del niño.

Es importante que el profesional sepa que todo esto es normal y parte del proceso de aprendizaje y no una reacción provocada por él. Con esto en mente, debe trabajar con rapidez, suavidad, pero con firmeza.

1.4- Categorías de conducta.

Clasificación 1.- Definitivamente negativa: Rechaza el tratamiento, llora forzosamente, está asustado o presenta cualquier otra evidencia de negativismo extremo.

Clasificación 2.- Negativa: Es renuente a aceptar el tratamiento, no coopera, muestra alguna evidencia de actitud negativa pero no pronunciada, esto es, se muestra hosco o alejado.

Clasificación 3.- Positiva: Acepta el tratamiento; a veces es cauteloso, está dispuesto a cumplir con el odontólogo, a veces con reserva, pero sigue las directivas con buena voluntad.

Clasificación 4.- Definitivamente positiva: Tiene buena relación con el odontólogo, interesado en los procedimientos odontológicos, ríe y goza la situación.

1.5- Reacciones a la experiencia odontológica.

Hay por lo menos cuatro reacciones a la experiencia odontológica: miedo, ansiedad, resistencia y timidez. El odontólogo que trata niños pequeños se dará cuenta rapidamen-

te, de que el niño no siempre demuestra una reacción definida o única. Puede haber una combinación de esas reacciones lo que hace más complejo el problema, sobre todo porque el odontólogo debe diagnosticar la reacción rápidamente y sin conocimiento previo del niño.

MIEDO: El miedo es una de las emociones con más frecuencia en la niñez, numerosos factores han sido identificados como contribuyentes al desarrollo de esas actitudes en los niños, el miedo es en su mayor parte, cultivado en el hogar, tal como el amor o las rabietas, hacia los tres años la vida emocional del niño a quedado establecida por los padres en cuanto a que el niño será una persona feliz, íntegra y de buen carácter, o una persona llorosa y quejosa.

El niño pequeño parece tener miedos naturales, como los asociados con la inseguridad o amenaza de inseguridad; los niños mayores experimentan un segundo tipo de miedo, adquirido y desarrollado por la imitación de aquellos que tienen miedo; un tercer tipo de miedo es el expresado por un niño como resultado de una experiencia desagradable.

En el manejo del niño temeroso en el consultorio, el odontólogo debe procurar primero determinar el grado de temor y los factores que pueden ser responsables de él; en

cuanto al problema de eliminar el miedo incluye los intentos de razonar con el niño o dejar que observe como se atiende a otro niño.

Como el miedo es controlado por el sistema nervioso autónomo, es posible razonar con el niño realmente asustado pero el enfoque más lógico parece ser un reacondicionamiento del niño temeroso, el acercamiento lento al problema, conversar con el niño e intentar conocer la causa del miedo.

En la primera sesión el odontólogo solo debe intentar procedimientos sencillos, explicar detalladamente lo que está haciendo y el uso de todos los instrumentos, y gradualmente ir llegando a los procedimientos normales de rutina, el control de la voz suele ser suficiente para superar los temores del niño. Los padres deben ser informados y dar su consentimiento.

ANSIEDAD: La ansiedad o inseguridad está muy relacionada con el estado de temor. Los niños ansiosos son esencialmente temerosos de toda nueva experiencia y su reacción puede ser violentamente agresiva, con un despliegue de rabietas en el consultorio, una rabieta suele ser una reacción que oculta lo que pasa y va siempre asociado a un estado de ansiedad o de inseguridad, por lo que el profesio-

nal debe decidir si la reacción es de miedo agudo o una rabieta si el niño está realmente asustado, el odontólogo puede mostrarse comprensivo y trabajar lentamente, y si el niño está mostrando claramente una rabieta, el odontólogo debe de mostrar su autoridad y dominio de la situación.

RESISTENCIA: La resistencia es una manifestación de ansiedad, en la cual el niño rehúsa participar en el juego y no hablara con extraños ni aún con conocidos.

El odontólogo tiene dificultad para comunicarse con este tipo de pacientes; el niño se siente lastimado con facilidad y llora por cualquier motivo. Si bien no es la responsabilidad del odontólogo tratar los estados psicológicos mencionados, será útil que pueda reconocerlos y comprender que la reacción del niño en el consultorio está condicionada por experiencia previa, la educación en el hogar y el ambiente.

Las oportunidades de conducta negativa aumenta si el niño cree que tiene un problema dentario ya que la presión puede ser transmitida al niño por la madre si ella ya había reconocido que ese problema necesitaba tratamiento.

TIMIDEZ: La timidez es otra reacción que se suele ob-

servar especialmente en el caso del paciente de primera vez y puede estar relacionada con la experiencia social limitada del niño.

El niño tímido necesita pasar por un período de caldeo--miento. Está es una instancia en que puede ser útil permitir que el niño tímido sea acompañado al consultorio por otro paciente bien adaptado.

El tímido necesita ganar confianza en si mismo y en el odontólogo, ya que la timidez puede reflejar la tensión resultante de que los padres esperan demasiado del niño o lo sobre protegen.

1.6- El paciente de primera vez.

Está aceptado que la preparación meditada del niño y sus padres antes de la primera visita dará por resultado un mejor patrón de conducta en el consultorio, la preparación puede comenzar con la explicación de la recepcionista con el padre.

El odontólogo puede preferir que los padres eviten toda forma de preparación previa del niño para la primera visita, en la convicción de que él puede hacer conocer al ni-

ño la odontología y el consultorio de una manera más satisfactoria que los padres, algunos odontólogos prefieren enviar una carta, a los padres en la que describen la política del consultorio e indican que es lo que será realizado en la primera visita. Consideraron que una carta previa a la cita es eficaz para disminuir la ansiedad de la madre y útil en la preparación del niño para su primera visita odontológica.

En el momento de la visita las primeras horas de la mañana deberán ser reservadas para los niños más pequeños, ya que pueden aceptar mejor el tratamiento antes que estén cansados y el odontólogo está más alerta y capacitado para manejar las reacciones impredecibles a esa hora temprana, no se debe atrasar en sus horarios para que el niño no tenga que esperar y pueda formarse un esquema mental de no cooperación o de asustarse. Hay excepciones en las que se debe considerar la última sesión de la mañana o algún momento en que el consultorio este libre de niños y otros pacientes que pudieran ser influidos por una perturbación.

Las visitas para el niño pequeño o el muy temeroso o asustado deben ser relativamente cortas hasta que haya adquirido confianza, ya que parece haber una tendencia al deterioro de la conducta durante las sesiones prolongadas.

1.7- Aspectos considerados en la orientación de la conducta.

1.- El éxito del manejo del niño depende del cariño, firmeza, sentido del humor y la capacidad del odontólogo para pasar por alto las demostraciones iniciales de falta de cooperación.

2.- El odontólogo debe encarar la situación de manera positiva y amistosa, pero debe transmitir la idea de que el trabajo es esencial para el bienestar del niño.

3.- Algunos psicólogos han dicho que los miembros del equipo de salud deben evitar todo conflicto o lucha con el niño. Si el niño se resiste al tratamiento odontológico, sin embargo, la lucha está y el odontólogo debe ganar. En otras palabras, hay que hacer algo en la primera visita.

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

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

6.- Hay que intentar transmitir la confianza, seguridad y entusiasmo del odontólogo y otro personal al niño. - Una conversación constante de parte del odontólogo.

7.- Si el niño no quiere aceptar que hay trabajo importante por realizar, el odontólogo debe mantener un enfoque positivo, en primer lugar mediante el control de la voz si esto no tuviera éxito, habrá que utilizar alguna forma de restricción para que el niño sepa que el odontólogo será constante por brindar un servicio de salud. Un niño sin disciplina en su hogar, muchas veces respetará al odontólogo que la impone.

C A P I T U L O I I .

DINAMICA DE CAMBIOS DESDE LA CONCEPCION
HASTA LOS 3 AÑOS DE EDAD.

Sin duda, el desarrollo y crecimiento de un niño, desde la concepción hasta los tres años de edad, es más rápido en tres años y nueve meses, se desarrolla para constituir un ser humano, integrado por sentimientos, necesidades emocionales, con habilidad para la comunicación, habilidades motoras generales como la deambulaci3n y capacidades motoras delicadas.

Desde el punto de vista dental, el paciente a los tres años de edad presenta dentici3n primaria completa constituida por 20 piezas.

Medicamente: El obstetra vigila el desarrollo del feto y el bienestar de la madre, y es responsable del neonato durante el nacimiento. El pediatra o m3dico familiar atiende al ni1o en sus etapas lactante (1er a1o de vida), lactante mayor (1-3 a1os de edad) y adolescencia (12-19) a1os. Hasta cierto grado es posible medir la calidad de vida en cualquier cultura por medio de la salud.

Es de gran importancia este intervalo en cuanto al aspecto dental. Durante estos a1os, se inician alteraciones

que van desde el paladar hendido, problemas de calcificación, cantidad anormal de dientes, hábitos bucales, caries y producción de maloclusiones etc., por lo que la odontología reconoce la importancia de este periodo y hace importante que se memoricen cuando inicia la calcificación de todos los dientes primarios y permanentes, complementos de fluoruros para niños menores de tres años de edad, caries por biberón, así como técnicas empleadas para el cuidado en el hogar del niño pequeño. Tratando de evitar que el enfoque de la salud bucal del lactante y del paciente menor de tres años deje de ser una medida didáctica sino clínica.

2.1- Cambios cognoscitivos

Se considera al recién nacido como una criatura incompetente desde el punto de vista cognoscitivo debido a su desamparo.

Actualmente se considera al recién nacido como humanos con habilidad cognoscitiva ya que ellos pueden experimentar sensaciones de dolor, tacto, así como los cambios en la posición corporal, ahora se sabe que puede oler, ver, oír desde el primer día de su vida. Un recién nacido explora los dedos de su madre.

En 1984 Musen citó cuatro áreas principales del desarrollo cognoscitivo durante el primer año de edad:

1.- La primera corresponde a la percepción: en donde los pequeños cuentan con capacidad para percibir el movimiento, las relaciones faciales y el color.

2.- El segundo campo cognoscitivo es el reconocimiento de información. Se sabe que los recién nacidos pueden reconocer ciertos estímulos, los niños desarrollan esquemas o representaciones mentales de cosas que se encuentran en su conciencia y que tales esquemas incluyen algunos pero no todos los elementos cruciales del objeto o evento.

Esto les permite reconocer la similitud de objetos nuevos con otros antiguos.

3.- El tercer punto cognoscitivo es la capacidad de categorizar, pueden agrupar cosas por su forma, color y uso

4.- La mejoría de la memoria es el cuarto desarrollo cognoscitivo la mayoría de los niños cuentan con una habilidad para recordar un evento pasado y utilizar la información obtenida de tal suceso para poder establecer una reacción a las cosas que suceden en el presente.

Al estudiar la cognición de los recién nacidos, dos teorías son de interés; la primera es la del aprendizaje. El término condicionamiento es el concepto más importante que se usa a partir de ese cuerpo de pensamiento. Son las dos clases de condicionamiento: el clásico y el operante.

- El primero ocurre al juntar dos estímulos; como succionar el pezón y escuchar una canción de cuna.

- El segundo sucede cuando se refuerza o recompensan las acciones del niño; como cuando la madre le da una galleta a su hijo que llora para tranquilizarlo.

Piaget. Descubrió los dos primeros años de la vida como un lapso de desarrollo sensimotor, el cual lo divide en seis fases; argumentando que en este periodo el niño debe desarrollar conocimiento.

1.- Permanencia de los objetos: los objetos siguen existiendo aún cuando el niño no los perciba.

2.- Causalidad: los objetos tienen usos y los eventos causas, reacción secundaria circular (primaria, secundaria, terciaria.) para describir, los cambios en esta área.

- Una reacción circular primaria describe la recreación de una acción satisfactoria. Como la succión del dedo pulgar.

- Una secundaria es la recreación de una causa y un efecto descubiertos de manera accidental.

- Las terciarias abarcan la experimentación y como pudiera suponerse, tales conductas exasperan a menudo a los padres del niño.

3.- Juego simbólico: un objeto puede representar a otro. En un principio el lenguaje del niño es muy lento a los 18 meses el vocabulario expresivo equivale a 10 palabras. Entonces el vocabulario receptivo del niño es mucho mayor que el expresivo.

Hacia el final del segundo año, el vocabulario expresivo de los niños se desarrolla con velocidad extraordinaria, a los 3 años de edad el vocabulario equivale a 1000 - palabras.

2.2- Cambios emocionales.

Son muchas las emociones humanas, como la vergüenza,

la culpabilidad, la ira, la felicidad, el temor y la tristeza es posible discernirlas al observar las reacciones conductuales (llanto, miedo) las reacciones fisiológicas (taquicardia), o estableciendo los pensamientos y las reacciones de una persona (depresión).

Al valorar el estado emocional de los niños pequeños, los últimos métodos de discernimiento poseen valor muy escaso o nulo. Como regla general, en el primer año de vida de un niño los adultos asignan cualquier emoción que consideren que él debe sentir en una situación particular.

Es claro que en los niños mayores y los adultos, la manera como una persona reacciona, analiza y estudia sus propios sentimientos internos afectan mucho la descripción verdadera de una emoción.

Se ha demostrado que los recién nacidos muestran una conducta temerosa así como coraje o frustración. Conforme el niño se aproxima a su primer año de vida, la tristeza por la separación de los padres, la felicidad, los celos por los compañeros o hermanos se convierte en hallazgos - confiables.

Los temores del recién nacido y aquellos que ocurren

en la infancia son de interés para los clínicos que deben atender a los niños y es necesario que los consideren al formular una estrategia para enfrentar al niño.

La incertidumbre y la certeza son dos elementos que surgen pronto en la infancia y pueden conducir al temor o la ausencia del mismo. Es importante evitar las situaciones de sobresalto para ayudar a que los niños reaccionen ante nuevas situaciones ambientales.

El temor a los extraños es un hallazgo casi universal, luego de los 7-12 meses de edad su intensidad varia de un niño a otro. El temor ante la separación de los padres comienza al rededor de los seis meses de edad, alcanzando su máxima expresión entre los 13-18 meses y luego declina.

Los inicios y los puntos máximos de la ansiedad parecen ser iguales para todos los niños.

Al alcanzar los 36 y 40 meses de edad ya se controla el problema de la ansiedad por la separación.

2.3- Cambios sociales.

- El primer año: En los primeros 12 meses de vida, el

niño depende en forma completa y absoluta de sus padres; son muy importantes para él los cuidados maternos, no muestra una diferencia clara entre la gente; puede sonreír o balbucear ante los padres y los extraños.

La acción no refleja de sonreír, acontece entre los 2 y 3 meses y representan la primera conducta social importante del lactante aparte del llanto, ya que el niño empieza a comprender que puede lograr un comportamiento diferente del llanto para aumentar su influencia en el hogar.

El desarrollo de uniones sólidas y firmes con adultos que se interesan y que alientan su desarrollo son primordiales en su primer año de vida.

Los niños que reciben a una temprana edad cuidados de alta calidad en guarderías, no sufren consecuencias sociales de desarrollo en comparación con niños criados en casa sólo por su madre.

- El segundo año: Durante el segundo año de desarrollo, el surgimiento de habilidades fonéticas le permite aprender y relacionarse con la familia. Desde la perspectiva social los niños buscan ejercer su voluntad, comienza a surgir una necesidad de probar la independencia.

En esta edad la observación de patrones de conducta se torna relevante y perdura así por los años venideros.

En esta edad es importante conservar el afecto entre los padres y el niño así como incrementar la aprobación y la desaprobación verbal. La disciplina debe ser educacional no punitiva. Es preciso recordar a los padres que los niños de 1-2 años de edad no cuentan con controles internos y que a menudo los berrinches son normales y es mejor no prestarles atención.

El castigo físico (una nalgada indolora) por lo general está contraindicada y, en realidad puede hacer que el niño que se comporta mal se comporte peor.

- El tercer año: En el transcurso del tercer año el niño comienza a comer en forma independiente de sus padres, empieza el entrenamiento con bacinica.

El tercer año es exigente para los padres; pasan por un periodo llamado "los dos años terribles".

El niño puede emplear la palabra "NO" cada vez que quiere poner resistencia.

La manipulación genital no es una práctica rara a esta edad. Al pasar el tercer año, el niño plantea preguntas de cómo y porqué; comienza a surgir su identidad peculiar y pueden integrar los patrones de otros en su propia vida.

niño con alrededor de 3 años de edad puede tener una variedad de intercambios sociales con otras personas. Por la capacidad comunicativa, el tercer cumpleaños marcó, por mucho tiempo, la fecha de entrada de muchos niños a los programas de atención dental. Por su puesto desde el punto de vista preventivo, los 3 años de edad son una fecha muy tardía para la primera cita odontológica.

2.4- Examen de lactantes 1-3 años de edad.

Hasta hace algunos años, la odontología infantil tradicional recomendaba que la primera visita dental del niño fuera a los 3 años de edad. Tal sugerencia se basaba en la capacidad del niño para cooperar en el ambiente odontológico y no en la ausencia de enfermedad dental en los menores de 3 años de edad.

La caries por biberón es en tales pacientes un proceso en forma particular, destructivo, comienza antes de los 3 años de edad.

La tecnología actual como los fluoruros y selladores, y los avances en la comprensión del potencial cariogénico de la dieta, en combinación con el hecho de que los hábitos básicos o sea, las conductas preventivas y las costumbres dietarias se establecen muy pronto en la vida, sugieren la necesidad de iniciar durante la infancia los esfuerzos por evitar la caries dental.

A la profesión dental le incumbe educar a los padres, para que puedan tomar decisiones precoces y convenientes en un esfuerzo por prevenir la enfermedad dental en sus hijos menores.

En consecuencia, la primera visita del niño con el odontólogo debe ocurrir a más tardar a los 12 meses de edad, para que pueda evaluar la salud oral del lactante, interceptar problemas potenciales como la caries por biberón y educar a los padres en la prevención de la enfermedad dental de su hijo.

- Objetivos del exámen.

Durante la visita inicial del lactante es preciso hacer énfasis particular sobre la asesoría de los padres en cuanto a su función en la prevención de la enfermedad den-

tal del niño.

La asesoría preventiva debe incluir un consejo dietético de refrigerios, procedimientos de aseo dental, y una valoración de los fluoruros.

- Introducción a la odontología.

La práctica moderna de la odontología no tiene que ser desagradable y no producir temor; en cambio el exámen inicial de los lactantes y, preescolares tienen que aportar un fundamento para la creación de una actitud positiva hacia ella

El método para examinar al lactante así como el ambiente adecuado debe proveer una introducción agradable, no amenazadora a la odontología, para el niño y sus padres.

- Entrevista y asesoría.

La entrevista y la parte de asesoría de la visita produce mejores resultados si se realiza antes de examinar al lactante o preescolar ya que:

. Se identifican las preocupaciones específicas de los padres, para poder considerarlas durante el exámen.

. Si el lactante se inquieta durante el exámen los padres pondrán su atención en él y no hacia el odontólogo, en la discusión después del exámen.

. Antes del exámen el niño puede ocuparse con juguetes en un ambiente no amenazador.

- El procedimiento del exámen.

El exámen clínico del lactante y el preescolar debe realizarse con ayuda de los padres, en un medio no amenazador, es aconsejable no usar el sillón dental dando una posición, cómoda para al lactante y el contacto materno aporta un refuerzo para tranquilizarlo, algunos lactantes llorarán y requieren mínima restricción materna.

El odontólogo debe tranquilizar a los padres mencionando que la conducta del niño es normal y no debe considerarse inapropiada. Además que el odontólogo debe usar un tacto cálido cuidadoso en un modo no amenazador.

C A P I T U L O I I I .

DINAMICA DE CAMBIOS DE 3-6 AÑOS DE EDAD.

Los niños de 3-6 años necesitan casi todas las técnicas diagnósticadas, terapéuticas y preventivas de que dispone el odontólogo.

Se supone que hasta cierto punto, con la prevención adecuada los niños no padecen enfermedades dentales ni necesitan hospitalización para el tratamiento odontológico antes de los 3 años, también muchos problemas dentales graves se tratan satisfactoriamente antes de los 6 años.

El grupo de edad de los 3-6 años es uno cuyas necesidades dentales están cambiando o se han modificado considerablemente.

Los niños de este grupo de edad, que ya hablan y se relacionan socialmente con las personas, suelen resultar fascinantes para muchos odontólogos, ya que sus esfuerzos con estos pacientes son muy recompensantes, los dentistas que disfrutan de la odontopediatría sin duda lo hacen en particular con niños de este grupo.

3.1- Cambios cognoscitivos.

La edad de 3-6 años de edad por lo general se denomina en nuestras sociedades periodo preescolar y a los niños preescolares.

La capacidad de razonamiento de los niños aumenta de manera considerable, el periodo de 3-6 años se denomina preoperativo. La fase preoperativa del desarrollo cognoscitivo comienza al término de la sexta etapa del periodo sensitivo motor.

Piaget denominó proconceptual a la primera parte de la fase preoperativa y considera que dura hasta los 4 años.

Se acompaña de desarrollo acelerado de la mente y los procesos mentales del niño, adquiere capacidad para el pensamiento simbólico y la representación de imágenes en la mente, juega y elabora fantasías con símbolos mentales.

Se debe considerar que su pensamiento es sencillo, todavía generaliza todas las entidades, la mente preconceptual también es centrada. Piaget, define esto como el proceso de centrar todos los pensamientos y razonamientos de cualquier problema mental en un solo aspecto de la estructura total.

La etapa preconceptual va seguida de otra denominada de pensamiento intuitivo, que comienza hacia los 4 años y dura hasta los 7 u 8 años. Este es un periodo de mayor capacidad para agrupar objetos según su categoría, con empleo de pensamientos e imágenes complejos y superación de la tendencia hacia la centración, esto combinado con el vocabulario creciente, concentración de la atención durante más tiempo, control de impulsos y tolerancia a la separación de sus padres, indica que el niño está listo para empezar la escuela o primaria.

3.2- Cambios emocionales.

El miedo que muchos niños sienten ante los extraños, la separación respecto de sus padres y nuevas experiencias disminuyen hacia el tercer año hasta el punto que puede enfrentar nuevas situaciones sociales sin consecuencias emocionales.

El proceso de autocontrol y de control de las emociones, como la frustración y el miedo, tiene desarrollo considerable entre los 3 y los 6 años y guarda paralelismo con un proceso de socialización, durante estos años emerge el sentido de identidad y el desarrollo del concepto de la autoestima.

A esta edad se le puede enseñar al niño métodos de autocontrol, se les puede enseñar a que vigilen su propia conducta. Durante la edad preescolar, la conciencia del niño se desarrolla y ya es capaz de sentirse culpable o ansioso si viola una norma moral.

La agresión es frecuente que resulte de la incapacidad del pequeño para el autocontrol, habiendo dos tipos de agresión:

- Una es la instrumental, ideada para el logro de un objetivo como obtener un dulce que tiene el hermano.

- Otra es la agresión hostil cuya meta es lastimar a otra persona.

A los 6 años todavía no tienen madurez emocional; pero sí emociones complejas. Ya son capaces de sentir amistad y hostilidad, expresa la agresión y experimenta culpa y ansiedad. Son personas susceptibles a las alabanzas y a quienes también se puede lastimar en sus sentimientos.

Es evidente que estos niños pueden relacionarse con las emociones de otras personas.

3.3- Cambios sociales.

A los 3 años, ya comprenden lo que es esperar turno, a los 4 es posible el juego en cooperación, mientras a los 6 ya son capaces de juegos en equipo sencillos.

Entre los 3 y los 6 años el niño adquiere comprensión de su identidad personal y la manera en que tiene que relacionarse con otras personas, como sus padres, hermanos, amigos y figuras de autoridad, se desarrolla el sistema de valores, el niño se impone la autodisciplina a sus necesidades básicas y emerge la conciencia de la culpa.

Según las ideas médico-psicoanalítica, la causa de los cambios de personalidad son las fantasías sexuales y la sensación de culpabilidad relacionada con estas fantasías, asumen la forma de una atracción inusual por el progenitor del sexo opuesto (complejo de Edipo o Electra.) a medida que el niño intenta resolver estos problemas, se ve forzado a identificarse con el padre del mismo sexo y adoptar un sistema moral.

Las teorías del aprendizaje social explican los cambios de la edad preescolar como producto de la influencia de la paternidad y la conducta paterna, ya que los padres tienen

una función muy importante en la vida de los preescolares.

Las fantasías que expresan estos niños guardan relación considerable con los valores sexuales y de adultos.

3.4- Examen dental.

El examen dental en pacientes preescolares, representa con frecuencia la primera experiencia odontológica del niño. Para aquel sin examen dental previo, el ambiente nuevo, la gente desconocida y la manipulación de los tejidos, antes reservada para sí mismo y sus padres, motivan estrés, el cual puede ser complicado o abrumador.

Un examen inicial de dicho paciente es estresante también para el odontólogo, porque se enfrenta con un problema potencial de conducta, a un dental "desconocido".

El examen inicial constituye la primera experiencia para dentista y paciente, lo cual representa una oportunidad de establecer un conjunto de medidas de salud dental para los años venideros.

Algunos aspectos de interés particular en el examen del niño entre 3 y 6 años de edad son los siguientes:

- 1.- Carencia de antecedentes clínicos.
- 2.- Ninguna información clínica.
- 3.- Incógnitas conductuales.
- 4.- Oclusión de la dentición primaria de valor predictivo limitado.
- 5.- Necesidades preventivas desconocidas.

Todo esto se debe considerar al valorar al niño de esta edad, en especial cuando se trata de su primera visita dental.

Otro factor imprescindible en la primera visita dental es obtener el consentimiento de los padres o tutores y registrarlo en la visita inicial.

El examen comprende seis secciones principales:

- 1.- Evaluación de la conducta.
- 2.- Valoraciones generales.
- 3.- Exámenes físicos de la cabeza y cuello.
- 4.- Exámenes radiográficos de la cabeza y cuello.
- 5.- Examinación de la cara.
- 6.- Examinación del interior de la boca.

CAPITULO IV .

DINAMICA DE CAMBIOS DE 6-12 AÑOS.

Durante este periodo el dentista debe interesarse por el desarrollo de la oclusión permanente, las relaciones uniformes entre los dos maxilares, la postura de la cara y el aspecto dental. Durante esos años el niño se torna cada vez más consciente de su apariencia, dicha situación persiste hasta que en la adolescencia llega a su más importante.

Además en este periodo los padres comienzan a atender cada vez más el aspecto dental de sus hijos.

De los 6-12 años, el programa preventivo continua en casa y los padres todavía deben seguir supervisándolo. Se espera que conforme el niño progresa hacia la adolescencia, empiece a disminuir la necesidad de que los padres lo supervisen en su higiene bucal.

En el consultorio dental, los procedimientos preventivos a menudo se intensifican durante este lapso.

Todo lo que el odontólogo sepa que hacer por los niños entre 3 y 6 años sigue siendo importante para aquellos entre 6 y 12 años, porque durante este periodo aun tienen dientes primarios.

Algunos niños siguen requiriendo guardar el espacio; ortodoncia preventiva, algunos necesitaran manejo especial, aunque la incidencia es mucho menor, por ultimo es relevante que a está edad el niño puede aportar más información para decidir sus necesidades.

Cambios cognoscitivos.

La edad escolar (6-12 años) es el periodo en que los niños dejan de ser analfabetos, además adquiere la capacidad para comunicarse de manera más compleja, ya sea verbal o por escrito.

Según Piaget. Existen cuatro periodos principales de desarrollo intelectual, correspondiendole a la tercera etapa el desarrollo cognoscitivo.

- 1.- Sensitivo motor, que va del nacimiento a los 18 meses.
- 2.- Preoperativo, de los 18 meses a los 7 años.
- 3.- De operaciones concretas, de los 7 a los 12 años.
- 4.- De operaciones formales, apartir de los 12 años.

Se señala que en la etapa de operaciones concretas hay numerosos cambios en la capacidad mental, ya que la representación mental de las acciones pasan a formar parte de

las capacidades cognoscitivas del niño.

Emerge el concepto de relatividad en el sistema de evaluación que tiene el niño por ejemplo:

Obscuro significa negro para los niños de 4 años, mientras que los de 10 años pueden señalar un color verde oscuro.

Al término de este periodo, su mente y habilidad mental han madurado y pueden asimilar información acerca de la realidad, así como la abstracta o teórica.

4.2- Cambios emocionales.

La edad escolar es la aceptación del niño de las normas sociales de conducta, aprender a recibir satisfacción de manera ulterior, esta conciencia de la posposición se refuerza por su participación en la escuela, y el niño es guiado de manera creciente hacia la dedicación de su tiempo a actividades valiosas, otro cambio emocional es su capacidad de utilizar las tareas propias de la vida de manera eficaz para evitar el aburrimiento.

Los preescolares centran su preocupación mental en un

objeto de hasta que agotan su energía y atención. En este punto buscan a sus padres u otras personas para emprender otras actividades, pero disminuyen con rapidez la necesidad de que los adultos guíen su atención, de modo que hacia los 12 años es usual que el niño tenga una amplia gama de intereses y preferencias, un sentido de emplear el tiempo en la satisfacción de tales intereses y preferencias, y la capacidad para establecer jerarquías entre estas, la imagen corporal empieza a convertirse en una característica emocional de la vida del niño ya que el aspecto externo adquiere importancia emocional durante estos años teniendo esto sus ramificaciones en cuanto a los cuidados dentales.

La mayor parte de los niños de 6-12 años derivan satisfacción emocional solo con la aceptación social de otros de su misma edad y, a la falta de tal aceptación puede tener efectos emocionales nocivos. Durante esta etapa es importante que el niño adquiera flexibilidad emocional con la ayuda de sus padres, maestros y otros modelos sociales como personas importantes en su vida.

La capacidad para manejar las humillaciones, frustración, pérdida y desaliento, y recuperarse de esta etapa ya que de lo contrario la adolescencia se tornaría muy difícil durante todo su periodo.

4.3- Cambios sociales.

El periodo de 6-12 años también llamado edad escolar o segunda es socialmente más compleja a causa de la asistencia a la escuela.

Es un periodo en que el niño intensifica su atención en el logro de algunas aspiraciones ya preexistentes, al tiempo que la importancia de otras se minimiza.

La escuela representa gran importancia en este grupo ya que es un entorno extrafamiliar que permite reforzar respuestas sociales aprendidas en casa, aporta otras nuevas e incluye algunas.

La actitud de muchos niños es positiva acerca de su futura asistencia a la escuela y conservar el entusiasmo por las experiencias que tendrá en ella; la opinión del menor acerca de su importancia como persona, su capacidad de controlarse y la de lograr independencia aumenta con rapidez durante los primeros meses de asistencia a la escuela.

Algunos investigadores han planteado que los padres de clase media y media superior quizá sean mejores modelos en lo relativo a la escuela, ya que sus hijos los ven leer,

estudiar y llevar a cabo otras actividades intelectuales.

Las características de ser justo y constante ordenado, sin ser excesivamente autoritario y la de alabar de manera adecuada son valoradas por los niños y tienen efectos sociales muy positivos.

Es importante que los padres entiendan los conflictos y la intensidad de la presión social de los amigos en este grupo de edad. También se debe señalar que los niños que aceptan fácilmente valores de sus amigos, opuestos a los de sus padres, tal vez lo hagan porque no reciben apoyo y aceptación suficiente en el hogar.

4.4- Examen dental.

El examen del niño plantea el dilema diagnóstico de tratar la salud en una fase dinámica del desarrollo. La facilidad y el éxito de esta transición son el reto principal del dentista que brinda atención a este grupo etario.

Los padres siguen siendo los mejores historiadores, aunque debe permitir al escolar aportar información válida y corroborativa. Algunas situaciones en la que tal participa--

ción pudiera tener un beneficio profundo para el dentista y el paciente son:

1.- Se requiere antibiótico-terapia preoperativa para cardiopatías.

2.- Hay antecedentes patológicos

3.- Hay antecedentes de reacción al antígeno de la hepatitis.

El examen en los niños menores abarca una valoración conductual en esta podemos ver que es un período en el cual - pocos sufre problemas conductuales que no sea posible solucionar con el simple, decir mostrar y hacer; se puede razonar con él para que acepte el tratamiento dental. Aquel que se resiste a los intentos con explicación atenta sobre el cuidado, pudiera sufrir algún problema emocional o psicológico más relevante.

El proceso diagnóstico para los problemas de comportamiento es más claro en este grupo de edad porque muy pocos niños se resisten al tratamiento.

Dentro del mismo examen el siguiente paso corresponde en poner a prueba al paciente en el sillón dental, usando las técnicas ensayadas por el dentista para manejar a los

niños. El método más indicado pudiera ser el de decir, mostrar y hacer, con control de la voz.

La evaluación general puede demostrar que los niños de edad escolar presentan una variedad de perfiles físicos y emocionales, por tanto la valoración general debe ser más -- sencilla ya que el escolar habrá desarrollado habilidades motoras generales y cualquier variación en los resultados no males sera clara.

El desarrollo del lenguaje también ha de superar al del preescolar al igual que el estado emocional e intelectual.

Una ventaja para el dentista que examina al niño en esta edad es el conjunto de profesionales de la salud con quien puede trabajar para aclarar los resultados de algún problema durante la visita dental.

CAPITULO V.

DINAMICA DE CAMBIOS EN LA ADOLESCENCIA.

La adolescencia es un periodo en el cual el cuidado de los padres por el aseo dental debe disminuir mientras que la responsabilidad del adolescente para manejar su salud bucal se debe intensificar.

El dentista desempeña la función de educar y motivar a dichos pacientes ya que la caries no es el único problema sino también la enfermedad periodontal y sus implicaciones que aumenta mientras el niño avanza hacia los últimos años de su adolescencia.

Es una época en la que los adolescentes se encuentran ante situaciones estresantes y ansiedades que corresponden a sus situaciones sociales, que aunado a la fatiga, dieta pobres y mayores responsabilidades escolares y generales le traerian como consecuencia estrés que puede provocar enfermedades como gingivitis ulceronecrosante aguda (guna).

La adolescencia es un periodo de transición muy breve en que el niño adquiere los derechos que tienen los adultos es el periodo de desarrollo físico en que se adquieren las características sexuales, llamado pubertad que generalmente ocurre a los 14 años en hombres y a los 12 en mujeres.

5.1- Cambios cognoscitivos.

En esta etapa la capacidad de pensamiento abstracto permite que el adolescente haga frente a problemas complejos educativos. El razonamiento operativo formal y la capacidad de almacenar información en la memoria después de percibirla son los hitos de la maduración cognoscitiva, con frecuencia los adolescentes parecen rebeldes, quejosos y criticones, están a disgusto incluso molestos con lo real.

Aristóteles sacó en conclusión que los adolescentes son apasionados, irracionales y tienden a dejarse llevar por sus impulsos, son introspectivos, analíticos y egocéntricos. La vestimenta, vehículos, corte de pelo gustos musicales quizás reflejen su actitud egocéntrica.

A mediados o finales de la adolescencia muchos jóvenes son capaces de razonamiento operativo formal y de asimilar conocimientos extensos, difíciles y abstractos.

Ha esta edad muchos ya han madurado hasta convertirse en comunicadores y conversadores hábiles, expresan sus opiniones y quizá discuten. Estas dos últimas características suelen hacer difícil su relación con los padres, maestros y odontólogos.

5.2- Cambios emocionales.

La confianza en sí mismos y la identidad personal pueden verse afectadas si los sentimientos de su propia imagen no son los adecuados.

Algunos principios de posible malinterpretación y ansiedad son:

- . Ser o no atractivo.
- . Ser o no amado.
- . Ser débil o fuerte.
- . Ser masculino o femenina.

El advenimiento de la pubertad y de la producción de hormonas que le acompañan origina sensaciones e impulsos sexuales, hay una emoción que reviste importancia para comprender a los adolescentes, y este es el amor.

5.3- Cambios sociales.

La adolescencia es la segunda y última fase de la transición social entre la niñez y la edad adulta, en esta etapa es importante que la presencia de personas de la misma edad, mientras que la relación con los padres dismi-

ye, esto suele ocurrir ya que al adolescente le es difícil compartir secretos, pensamientos y fantasías con sus progenitores, en tales casos, su mejor amigo se convierte en su confidente.

Otro cambio social importante es el aumento de sus relaciones sociales, los adolescentes tienen amigos fuera de sus entornos, pueden identificarse con grupos mayores.

- . Actitud amistosa, le agradan otras personas.
- . Entusiasta y lleno de energía.
- . Flexible y comprensivo.
- . Risueño con buen sentido del humor.
- . Gusta de realizar actividades fuera de la casa.
- . Tiene confianza en sí mismo sin llegar a la soberbia.
- . Su actitud es natural.
- . Tolera las deficiencias de otros.
- . Muestra cualidades de liderazgo.

Los adolescentes que tienen una buena relación con su grupo de amigos también la entablan con adultos. De igual manera quienes no reciben la aceptación de otros adolescentes experimentan mayores dificultades con los adultos y crecen con diversos problemas sociales y emocionales.

5.4- Examen dental.

La adolescencia como periodo de aumento hormonal, rebeldía y modas contrastan de manera vivida con la manera como la odontología ha considerado la salud bucal del adolescente.

Los dentistas notan traumatismos, manifestaciones bucales de actividad sexual, gingivitis hormonal, hiperqueratosis causada por tabaco masticable, desobediencia a las recomendaciones dentales y conductas vinculadas con drogas.

Al realizar la historia de la salud ha de considerarse el tabaquismo, las drogas y el alcohol, el embarazo, así como los padecimientos de transmisión sexual.

El odontólogo que atiende adolescentes debe estar consciente de tal responsabilidad ante las situaciones y debe saber que su responsabilidad es dirigir la familia a estimar la situación, aun que el adolescente pudiera considerar esto como una traición o quebrantamiento de la confianza, pudiendo quedar su relación con el dentista en riesgo.

En cuanto a la valoración conductual los cambios en la personalidad y otras aberraciones conductuales pueden

sugerir dificultades con el adolescente. Los extremos en el comportamiento, como la depresión o el fultreo evidente puede señalar abuso sexual en el adolescente. La depresión, manifiesta por introversión grave, también puede indicar tendencias suicidas, disfunción familiar e incluso farmacoddependencia.

No esta al alcance del odontólogo diagnosticar o tratar esta clase de problemas, pero habra de estar consciente de sus efectos sobre el paciente y comentar con los padres los cambios de conducta notables.

Las siguientes son situaciones representativas que pudieran exigir tratamiento conductual:

1.- Abuso sexual. Los adolescentes que sufren abuso sexual con penetración bucal pudiera negarse a aceptar tratamiento dental por un dentista del mismo sexo que el agresor. El límite en la función del dentista es recomendar asesoría para que el paciente revele porque rechaza el tratamiento.

2.- Caries rampante. Los clínicos notan a menudo problemas de personalidad. El patrón característico es un individuo tímido, reacio, introvertido. Las manifestaciones

conductuales pueden variar en ocasiones el paciente llora en silencio o no dice palabra alguna durante la cita. El comenzar una conversación, son a menudo las claves más exitosas del manejo conductual, hay grandes cambios si el dentista aporta elogios verbales.

3.- Ansiedad extrema: En tales pacientes la desensibilización por intervención psicológica podría ser la clave para producir un conducta clínica aceptable. Los recursos que el odontólogo puede utilizar son, primero, tratamientos no invasivos, refuerzos de logros positivos, interacción positiva con compañeros y por último participación con un psicólogo.

4.- Anorexia nerviosa. Estos enfermos principalmente mujeres, presentan dependencia de una figura masculina de autoridad. Requieren la atención completa del odontólogo durante sus visitas al consultorio y a menos que reciban asesoría, exigen tiempo fuera de las citas programadas.

5.- Uso de drogas ilícitas. Perciben conductas extrañas de adolescentes y adultos jóvenes luego de recibir medicamentos no recetados. Las manifestaciones pueden variar desde disociación mental leve o inestabilidad hasta aberraciones verbales o cambios extremos en la personalidad.

El tratamiento de problemas conductuales puede ser complejo y a menudo involucrar a los padres y otros profesionales.

La mayoría de los dentistas que atienden adolescentes intentan tratarlos solos permitiendo prestar atención necesaria al paciente y evitar interacciones que transtornen el orden.

Una parte relevante del manejo conductual se relaciona con la transferencia de información. El buen comunicador esta consiente de las características de la adolescencia, situación que favorece a vincularse con los adolescentes y son las siguientes:

- 1.- Los compañeros son importantes.
- 2.- Los modos y la experimentación son parte de la adolescencia.
- 3.- Los adolescentes intentan establecer independencia buscan identidad y tienen que tomar decisiones.
- 4.- Un vinculo adecuado es el fundamento del éxito en las interacciones del adulto y adolescente.

CAPITULO VI.

MANEJO DEL PACIENTE.

El tercer año de vida es la edad usual para que los niños visiten al dentista, tal edad ya no representa el momento ideal para la primera visita. Tan solo las medidas para prevenir la caries dentales con eficacia han de implantarse antes de esa edad.

En épocas pasadas, cuando la odontología aún no se orientaba hacia la prevención, los tres años de edad tenían sentido desde el punto de vista del manejo, ya que hasta el tercer año de vida la mayoría de los niños poseen habilidades de comunicación y socialización suficientes para acceder a las exigencias y rigores de una cita dental, hasta dicha edad casi todos los niños pueden entender los elementos fundamentales de la labor del dentista, lo cual, les permite eliminar los temores engendrados por una persona y un ambiente nuevos, desconocidos y en potencia amenazadores.

Ciertos niños hasta de dos años de edad pueden acudir con su dentista y aprender a ser pacientes cooperadores, a la inversa otros hasta de cuatro años, sufriran con toda seguridad una experiencia difícil de manejar debido a un desarrollo lento.

Los niños son pequeños y los dentistan grandes. Grande es superior a pequeño, en consecuencia el cirujano dentista debe generar mediante su habilidad un plan para manejar a cualquier niño ya que no es preciso improvisar métodos para la conducta.

Aunque la odontología infantil es factible, no todos los odontólogos disfrutan el trabajo con los niños, cualquier dentista que atiende con regularidad a preescolares enfrenta un poco de llanto, brincoteo y pataleo, berrinches así como conductas de evasión.

Hacer frente a esta clase de comportamientos y dedicar energía a la intercepción de tales conductas exaspera a ciertos odontólogos, otros sienten culpabilidad o ansiedad se incomodan con los padres y otros quizá temen al siguiente niño.

La manera confiable de evitar por completo conductas infantiles inapropiadas es el control farmacológico profundo sin embargo esa terapéutica queda fuera de los objetivos.

La seguridad del dentista respecto hacia sus habilidades de manejo conductual se torna fundamental para la interrelación exitosa con niños potencialmente inmanejables.

6.1- Recursos para el manejo del paciente.

1.- Fundamentos del manejo de los niños en la experiencia dental:

1.1- Experiencia previa a la cita :

La visita preliminar consiste en llevar al niño a un consultorio dental para realizar un recorrido y una orientación, se explica al paciente que ese día no se realizará nada, el niño tiene la oportunidad de conocer al odontólogo.

Cuando las cosas evolucionan de manera satisfactoria, es posible mostrar y explicar en términos comprensibles para el infante ciertas partes del equipo dental, como "la pistola de aire y agua" (jeringa triple.) o "el avión" (la pieza de mano).

- Comentarios: Las experiencias previas ya no se usan mucho en la actualidad por limitaciones de tiempo.

Está técnica es diferente a la cita de observación, en la cual el niño mira a su padre o hermano, o alguien más recibir el tratamiento dental. Las citas de observación quizá sean provechosas, pero el sentido común hace conside-

rar que también pudiera ser contraproducente. Es preciso hacer la primera cita del niño pequeño tan agradable y simple, para la mayoría de los pacientes de 3 años de edad y mayores, el examen, la profilaxis y el tratamiento con fluoruro pueden convertirse en una experiencia agradable, que incluso se disfrute.

1.2- Decir - Mostrar y Hacer.

Este método equivale a la columna vertebral de la fase educacional para la preparación del paciente pediátrico dental, relajado y tolerante. La técnica es sencilla y a menudo funciona.

Antes de comenzar cualquier maniobra (excepto la inyección de anestésico local y otros procedimientos que contravienen las explicaciones.) ha de explicarse al niño que se hará y después se simula que ocurrirá, antes de iniciar el tratamiento.

- Comentarios: La selección de palabras es importante en la técnica de decir-mostrar-hacer. El éxito estriba en que el dentista posea un vocabulario sustituto para sus aparatos y procedimientos que el niño pueda aprender.

Por lo menos cuatro de cinco niños mayores de tres años de edad y con historia social y estado emocional normal, pueden guiarse exitosamente con el empleo de tal sistema.

1.3- Control mediante la voz.

Este método requiere del dentista más autoridad durante su comunicación con el niño. El tono de voz es muy importante; ha de proyectar la intención de: "Soy quien manda aquí".

La expresión facial del dentista también debe reflejar esa actitud de confianza; de hecho, el puede controlar con la voz solo mediante su expresión facial.

Comentarios: El control de la voz es una técnica básica para manejar a los preescolares. Es muy eficaz para interceptar conductas inapropiadas tan pronto empiezan a suceder y es más o menos exitosa una vez que los comportamientos inconvenientes alcanzan su máxima expresión.

1.4- Mano sobre boca.

En este método, el dentista coloca su mano sobre la boca de un niño que llora de forma histérica. Con esto

controla los berrinches y otros de ira; ha de usarlo con el control de la voz.

Este sistema funciona de manera confiable en varios tipos de personalidad. La técnica no busca asustar al niño intenta obtener su atención y silencio para que puedan escuchar al dentista.

- Comentarios: La técnica de mano sobre boca continúa siendo algo controversial por razones obvias. Los críticos estiman que desde el punto de vista psicológico puede ser provocativa para el niño.

El método perdura para manejar la conducta, tan solo porque funciona con rapidez, y en consecuencia, es muy eficaz en la perspectiva del costo.

Los pacientes que necesitan este sistema requieren a menudo manejo farmacológico, mayor madurez social y psicológica, a fin de tratarlos con facilidad en caso de no usar dicha técnica.

1.5- Restricción física.

Literalmente significa disminuir o restringir los mo-

vimientos del niño durante un tratamiento dental.

Puede efectuarse con las manos, cinturones, cintas, sábanas o algunos aparatos especiales.

Está técnica se emplea durante la cita, se limita a niños inmanejables. Una alternativa a la restricción física abarca el tratamiento con medicamentos o anestesia general.

- Comentarios: Sin importar cómo evolucione la opinión social acerca de la restricción física, sobrevivirá como técnica. Los principales candidatos para esta técnica son los niños muy pequeños que requieren tratamiento urgente.

1.6- Felicitar y comunicar.

Toda la gente, incluso los niños, reaccionan de manera favorable a las felicitaciones. Asimismo la odontología pediátrica eficaz equivale a una comunicación eficiente del dentista con el niño y viceversa.

- Comentarios: Felicitar y comunicar de manera eficaz con la técnica de decir, mostrar y hacer constituye una combinación inmejorable para el manejo dental infantil en los niños mayores de 3 años de edad.

1.7- Otros métodos.

Hay otros sistemas de manejo de fácil acceso para el dentista, entre estos se encuentra los métodos para reducir la ansiedad materna, ya que se sabe que conforme disminuye la ansiedad de una madre ocurre lo mismo con la del niño.

La acción de acercar a un infante atemorizado con otra persona valiente produce resultados favorables.

La hipnosis y las técnicas de relajación cuentan con algunos partidarios.

En un caso u otro se aconseja terapia de juegos escuchar música o el sonido blanco producto de la mezcla de todas las frecuencias de vibración mecánica perceptible como tal, sesiones de desensibilización, otorgar regalos y citas de observación.

También es posible manejar la conducta infantil mediante sustancias químicas, es posible usar medicamentos para relajar o sedar a un paciente: por vía oral, inyección intramuscular, submucosa o intravenosa, o por vía rectal.

Otra técnica puede ser la anestesia general.

6.2- Perfil del niño que coopera con el dentista.

La gran mayoría de los niños de 36-40 meses de edad se comportan de manera adecuada y se apega a las solicitudes del odontólogo quien los maneja de manera correcta, no demandan paciencia excepcional del dentista.

Los tratamientos dentales para estos niños constituye una experiencia profesional muy agradable y recompensante, es divertido platicar con el paciente infantil, hacerle preguntas conocer su programa favorito. Conversar con ellos resulta entretenido y en general puede ser una parte tranquilizante en la actividad diaria del dentista.

El niño cooperador reacciona de modo inconveniente a los momentos críticos de la cita dental, reacciona tan bien como puede hacerlo.

La crisis más frecuente en la odontopediatría y cómo el niño cooperador las maneja incluye las siguientes:

- a) Crisis durante la cita dental y el niño cooperador (separación de los padres.)

La separación de los padres no siempre se lleva a cabo

El niño menor de 36-40 meses a menudo se comportan mejor cuando su madre lo acompaña en el consultorio dental, a una edad mayor casi todos los niños no necesitan que sus padres los acompañen, pero el dentista puede requerir la presencia paterna durante las citas.

Cuando la madre de un lactante mayor de 2 1/2 a 3 años le acompaña al consultorio, deberá estar lista para salir si el niño no se comporta bien.

Este acuerdo entre la madre y el dentista debe establecerse antes que el niño se siente en el sillón dental; es importante que el infante conozca el acuerdo.

El niño cooperador se separa con facilidad de sus padres, lo cual no significa que sea sencillo para él emocionalmente pero sí que el paciente posee con que hacerlo. En su mejor momento, el niño se nota deseoso de comenzar, no muestra temor y platica con libertad.

b) Colocación en el sillón.

Algunos niños tienen problemas para sentarse en el sillón dental, ya que esto puede surgir de los temores naturales y de la vulnerabilidad que sienten concomitante a

despegar los pies del suelo. Por tanto algunos pacientes necesitan ayuda y es preciso guiarlos de la mano o levantarlos y colocarlos en el sillón.

Sin embargo, el niño cooperador se sienta, lo cual es -- agradable pues provee la primera oportunidad para premiar al paciente con halagos por su capacidad y comportamiento adecuado.

c) Ubicación del dentista en el sillón.

El odontólogo al aproximarse al sillón, representa para el niño que el tratamiento es inminente; el paciente bien adaptado puede manejar esta situación, ya que reacciona al oír su nombre, contesta las preguntas acepta y reacciona a las felicitaciones.

d) La inyección.

Sin duda, está constituye el procedimiento más temido en la odontopediatría, y tal vez, en la odontología en general. Sin embargo, no es obstáculo importante para la mayoría de los niños.

En la actualidad, la técnica es tan indolora que muchos

de ellos nunca se dan cuenta de que recibieron un piquete, cuando se les aplico el agua para hormigas.

Por desgracia, muchos conocen una descripción muy aterradora de la aguja y anticipan el dolor.

Estos paciente aprenden que el piquete no es del todo malo, y en citas posteriores, el pellizco es sólo eso, una ligera sensación de pellizcamiento en la boca. El dentista no debe mentir en cuanto a la aguja.

Cuando el niño comienza a resistirse, es preciso establecer un control firme con la voz, un niño quizá lllore durante la inyección y tal vez requiera cierta restricción momentánea de brazos y cuerpo, y aun así calificar como paciente muy cooperador. La prueba es que el llanto y el retorcimiento desaparece al retirar la aguja.

e) El procedimiento dental.

Para el infante cooperador, la preparación es sencilla en comparación con la inyección ya que muchos pequeños se quedan dormidos durante el procedimiento, la mayoría aún los de 3 años, pueden tolerar bien una cita dental sin agitarse.

Aún hay cierta necesidad de realizar extracciones, la mayoría no tienen problemas ya que se estima que la fuerza y torsión del diente son la causa de la ansiedad y por suerte la mayor parte de las extracciones pediátricas son rápidas y sencillas.

f) Terminó de la visita.

Parece incorrecto decir que el final de la visita constituye una crisis, pero a veces las personas dedican todas sus reservas emocionales para el fragor de la batalla y después se desarmen.

El niño cooperador concluye su cita excitado deseoso por salir, pero a la vez es suficientemente paciente y humano para recibir las felicitaciones por su conducta.

g) Regreso a los padres.

El retorno del paciente a su madre tampoco pudiera parecer un evento crítico; sino cuando se entiende como manejan algunos pacientes no cooperadores ya que algunos niños desean que sus padres sientan culpa por llevarlos con el dentista y se muestran como víctimas.

Los pacientes cooperadores regresan con sus padres radiantes de orgullo, ya que saben que hicieron algo bien y que satisface a sus progenitores.

Cuando se realiza una labor correcta con los niños, casi todos regresan para ser pacientes cooperadores y tolerantes; sin embargo, hay algunas excepciones.

6.3- Niños que no cooperan con el dentista.

Son niños que no pueden superar, o no hacen frente a estímulos o exigencias conductuales de la experiencia dental.

El primer grupo se constituye de pacientes con afectión emocional y la odontología se les complica por sus problemas psicoemocionales.

El siguiente grupo es el de los tímidos y se forma de niños introvertidos, con socialización precaria, que temen los retos sociales relativos a la visita dental; la mejor técnica de manejo para ellos consiste en romper la barrera con amistad.

El tercer conjunto incluye a quiénes enfrentan difi-

cultades porque temen al odontólogo.

Otro grupo es el de no cooperadores a quienes les desagradaba la autoridad, este tipo de pacientes detesta las citas dentales y basa su insatisfacción en una aversión a obedecer las órdenes de los adultos.

CATEGORIA I: niño con alteración emocional.

La ansiedad es un dato confiable de alteración emocional; y cuando está se acompaña con una cita dental, se complica y a menudo se presenta una explosión conductual, siendo estos niños pacientes dentales muy deficientes.

El trastorno emocional también puede ser problema para los niños con hogares desintegrados y otras circunstancias familiares poco deseables. Los niños de escasos recursos económicos tal vez sufren más alteraciones emocionales que otros de clase más privilegiada.

CATEGORIA II: paciente infantil tímido o introvertido.

La introversión o la timidez constituye un problema para mucha gente, incluso para los niños, el niño muy tímido sufrirá estrés por tal experiencia lo que quizá provoque conductas evasivas como el llanto, comportamiento agresivo.

Los niños tímidos sufren un periodo complicado de ajuste ante las expectativas de una cita dental, por lo tanto el primer objetivo del dentista es establecer empatía confianza y comunicación, con los tímidos, esto exige paciencia por que se encuentran poco capacitados para actuar con cuidado ante alguien y determinar lo que piensa o puede hacer, el desafío de la comunicación los paraliza.

Las técnicas de platicar a su nivel, felicitarlos y el método de deci, mostrar y hacer penetra a la barrera de su personalidad y con el tiempo se abren para convertirse en pacientes muy buenos porque a nivel social la cita dental representa que alguien sabe sus nombres, se interesa por ellos y desean y están prestos para conversar.

CATEGORIA III: niño atemorizado.

Un niño con miedo representa un reto enorme para el odontólogo ya que también enfrenta el temor mayor de casi todos los adultos que interactúan con el niño, estos miedos incluyen temor a las agujas, al daño corporal y a lo desconocido.

Conductas para reconocer al niño temeroso ante la cita odontológica:

1.- El niño no es capaz de eliminar sus temores ante la cita dental, aún cuando lo eduquen, ya sea por su edad cronológica o por desarrollo lento.

2.- El niño reacciona de manera exagerada a los temores por otras alteraciones emocionales como divorcios, abusos y pérdida de un familiar. Estas circunstancias generan, a menudo, alteraciones emocionales autolimitadas. Los problemas se resuelven por sí mismos con el tiempo pero, cuando se presentan, complican mucho la actividad odontológica.

3.- El niño incorpora miedos de sus compañeros, hermanos o padres llamados temores adquiridos.

4.- El paciente sufrió una experiencia mala y dolorosa en el consultorio de otro dentista o en el hospital, llamados miedos aprendidos.

5.- El infante presentan alguna enfermedad emocional.

CATEGORIAS IV: niño rebelde ante la autoridad.

La causa reside en el rechazo a la autoridad, y el dentista es una figura de autoridad muy fuerte en su consultorio constituyendo un candidato para estimular este tipo de conducta.

La aversión proviene ya que en la existencia de un niño hay cuatro objetivos mal enfocados en potencia. Los objetivos mal dirigidos y su significado para los niños involucrados incluyen los siguientes:

1.- Atención indebida: Es una conducta manipulativa en donde los padres deben prestar atención en el momento en que el niño lo desee, ya que esa atención alivia las inseguridades y genera un sentido de superioridad.

Características conductuales: Fastidioso, irritante, molesto y quebrantador.

2.- Lucha por el poder para sentirse superior prepara una lucha con sus padres por el poder a fin de ganar su atención lo que representa un reto para el niño.

Características conductuales: Discute y contradice,

causa enojo en la gente, y hace berrinche.

3.- Revancha y venganza: Si no obtiene lo que quiere es decir la atención de sus padres los reta y los castiga no permite que le hagan algo sin lastimarlos.

Características conductuales: Tiene carácter violento, dice cosas que lastiman a las personas, busca venganza y hace tratos.

4.- Insuficiencia: Esta convencido de que es especial es incapaz de madurar, de alcanzar algún logro y no planea hacer nada para él o para sus padres.

Características conductuales: Se da por vencido fácilmente, rara vez participa, actúa de manera incapaz, y muestra insuficiencia.

Es obvio que cada uno de los cuatro objetivos enfocados se agrava de un nivel al siguiente.

Quizá el niño que tan solo desea más atención encuentre en la odontología una experiencia agradable al ser una oportunidad de contacto personal individual.

El niño en la lucha por el poder, presenta una actitud agresiva y pudiera no tener compulsión alguna sobre discutir con el dentista o retar su autoridad.

El revanchista y vengativo, puede ser bastante peligroso ya que podría morder, no es cálido ni agradable y tal vez no reaccione a los premios y reconocimientos.

El niño derrotista, exhibe comportamientos negativos con el odontólogo solicita su cooperación.

Los niños desorientados, tienen dificultades ante muchas circunstancias sociales, pero la mayoría los supera con el tiempo.

El dentista solo encuentra restos o matices conductuales de estos enfoques equivocados en la adolescencia y edad adulta temprana.

C A P I T U L O V I I .

CONTROL DEL DOLOR Y LA ANSIEDAD.

7.1- Regulación de percepción del dolor.

La percepción del dolor es un proceso fisioanatómico en el cual las terminaciones nerviosas receptoras captan un estímulo nocivo y lo transmiten al sistema nervioso central a lo largo de las vías neuroanatómicas.

La reacción al dolor es la reacción del enfermo una vez que el impulso neural alcanza el cerebro y lo interpreta como tal.

Muchos elementos afectan el umbral de la reacción, incluyendo la ansiedad, el estrés, la fatiga y en los niños las experiencias previas y el acondicionamiento por los padres. El concepto del dominio del dolor y la ansiedad reconoce esta naturaleza dual.

La regulación total de la percepción del dolor en el cubículo dental requiere ser bloqueada mediante el bloqueo de la vía anatómica correspondiente, al usar anestesia local en sentido periférico; y con anestesia general de manera central.

En la práctica clínica real el control de dolor y la ansiedad consiste en la anestesia general y local.

Anestesia general: La anestesia general ubica al paciente en un estado inconsciente mediante la depresión del sistema nervioso central. A nivel central se sustrae la percepción penosa, así como la reacción a ella.

Anestesia local: También es posible modificar la percepción al dolor a nivel periférico, si se bloquea la propagación de los impulsos nerviosos con anestesia local.

El efecto primario de los anestésicos locales es penetrar la membrana de la célula nerviosa y bloquear la entrada de los iones de sodio que se relacionan con la despolarización de la membrana, incapacitando el potencial del umbral y provocando bloqueo de la conducción nerviosa.

7.2- Regulación de la reacción al dolor Sedación consciente.

Debido a cualquiera de una serie de factores, una persona determinada puede ser incapaz de tolerar los procedimientos dentales a pesar de la anestesia local adecuada. Entonces se hace preciso adoptar otras medidas para contro-

lar la ansiedad. Su regulación abarca la modificación del umbral de la reacción al dolor.

La retosedación o psicosedación, comprende el establecimiento de una relación de confianza con el paciente, de tal manera que pueda cooperar y permanecer cómodo para recibir el tratamiento dental determinado.

Sedación consciente: Es un nivel de conciencia deprimida que retiene la capacidad del paciente para conservar, de modo independiente y continuo la vía respiratoria y reaccionar de manera apropiada a la estimulación física, a las ordenes verbales o ambas.

Anestesia general: Es un estado de inconciencia que se acompaña de la pérdida de los reflejos protectores, incluyendo la capacidad para conservar de manera independiente la vía respiratoria, y reaccionar de modo intencional a la estimulación física.

Sedación profunda: Es un estado controlado de conciencia deprimida o inconciencia, que puede acompañarse de pérdida parcial o completa de los reflejos protectores, sumandose la capacidad para conservar en forma independiente una vía respiratoria permeable y reaccionar de modo intencional

a la estimulación física o a las órdenes verbales.

CONCLUSIONES.

Tomando en cuenta los datos anteriores podemos decir que el odontólogo con un buen entrenamiento en odontología infantil, debe saber diagnosticar los diferentes tipos de conducta que presentan los infantes en el consultorio, ya que el éxito de un tratamiento en odontopediatría depende principalmente de un buen manejo del paciente.

Por tal motivo es importante que el odontopediatra tenga conocimientos amplios de las necesidades emocionales y psicológicas, así como de los procesos de cambios y maduración social en desarrollo de los infantes.

Por último podemos decir que el éxito en el manejo de pacientes menores nos puede llevar a prevenir cualquier tipo de enfermedad dental en etapas muy tempranas.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- FINN, B. Sidney, Odontología Pediátrica. Cuarta edición Ed. Interamericana México 1976.
- 2.- LAW, David B. Et. Odontopediatría; Ed Mundi Buenos Aires Argentina 1981.
- 3.- Mc. Donald, Ralph E. Odontología para el niño y el adolescente. Ed. Mundi Buenos Aires Argentina 1971.
- 4.- J.R. Pinkham. B.S; D.D.S.,M.S. Odontología Pediátrica. Ed. Interamericana S.A. de C.V. 1a Edición. México D.F. 1991.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**