

157.
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

V. E. J.

ASPECTOS PSICOLOGICOS EN LA
ODONTOPEDIATRIA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:
ELVIA MARTINEZ PALMA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN LA ODONTOPEDIATRÍA

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

CAPITULO I:

Conceptos Generales:

- 1.1. Definición de Odontología, Psicología y Odontopediatría.
- 1.2. Crecimiento y Desarrollo
- 1.3. Cronología de la Erupción.

CAPITULO II:

Manejo de los padres en el consultorio dental.

- 2.1. Diferentes patrones paternales.
- 2.2. Comportamiento de los padres en el consultorio dental.
- 2.3. Indicaciones a los Padres.

CAPITULO III:

Conducta del niño en el consultorio dental.

- 3.1. Desarrollo psicológico del niño.
- 3.2. Patrones de conducta a diferentes edades
- 3.3. Diferentes conductas psicológicas del niño y su manejo

CAPITULO IV:

El Miedo.

- 4.1. Importancia del miedo en el manejo del niño
- 4.2. Temores objetivos.
- 4.3. Temores subjetivos.

CAPITULO V:

El consultorio en la clínica infantil

- 5.1 Decoración
- 5.2 Ambiente
- 5.3 El odontólogo
- 5.4 El asistente

CAPITULO VI:

Técnica de control del paciente

- 6.1 Uso de palabras adecuadas y estímulos
- 6.2 Control de voz
- 6.3 Control del propio C.D.
- 6.4 Oír, ver y enseñar
- 6.5 Tratamiento del niño problema

CAPITULO VII:

La primera visita del odontólogo:

- 7.1 Paciente de primera vez
- 7.2 Paciente de emergencia
- 7.3 Charla con el niño y el padre
- 7.4 La historia clínica
- 7.5 Examen radiográfico
- 7.6 Profilaxis y aplicación tóptica de fluor

CONCLUSION.

BIBLIOGRAFIA.

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

El odontólogo de la práctica general, al atender a los niños debe tener muy en cuenta que no sólo se enfoca a la cavidad oral, sino que trata -- con un individuo inmaduro y en desarrollo altamente emocional.

Es aquí donde encontramos un lazo de unión entre dos ciencias importantes para el manejo correcto del niño en el consultorio dental éstas son: A) La Odontología B) La Psicología

La Psicología aplicada a la odontología, en este caso a la odontopediatría, nos permite una mejor interrelación médico-paciente, utilizando la habilidad para identificarse en la personalidad de cada paciente la cual irá cambiando en el transcurso a la adolescencia.

Otro aspecto importante es que logremos evitar el rechazo del niño a las visitas dentales. Haciendo incapié en que nosotros sólo queremos ayudarlos evitando la utilización de palabras que afecten en la conducta del niño tales como: "dolor", "miedo". Cambiándolas por otras que no afecten su mentalidad, por ejemplo: Molestia en lugar de dolor.

Así una de las finalidades de la odontopediatría es buscar el bienestar físico y mental, esto es, conociendo no sólo su desarrollo bucal, sino también creando en el niño un sentido de cooperación con respecto al cuidado de su boca e instruir a los padres para obtener una completa colaboración.

Es necesaria la ayuda que los padres nos brinden y la información que le den a sus hijos, ya que de éste dependerá nuestro éxito o fracaso; en muchas ocasiones los padres no cuentan con la información adecuada para prevenir las enfermedades bucales, asistiendo al consultorio dental sólo en caso de emergencia en los que el niño ya llega a nosotros con dolor y miedo, de ésta manera nosotros no tenemos la oportunidad de preparar al niño con respecto al tratamiento que este requiere.

CAPITULO I

CONCEPTOS GENERALES

1.1 DEFINICION DE ODONTOLOGIA, PSICOLOGIA Y ODONTOPEDIATRIA:

La Odontología, como lo indica su raíz etimológica, del griego ODOUS-ONTUS: diente y LOGO: tratado o doctrina, es una disciplina que se ocupa -- del estudio de los dientes. Sin embargo, no se trata de una disciplina -- cualquiera, sino de una disciplina científica, de una rama de la ciencia -- de la medicina, y por tanto, su ejercicio no se reduce a la simple descripción anatómica, funcional o estética de las piezas dentarias, sino que profundiza, observa, investiga y experimenta para detectar las causas de anomalías o enfermedades y, de este modo, alcanzar su pleno objetivo: prevención cura y conservación de la salud buco-dental.

La Psicología, del griego PSYKE: alma y LOGOS: tratado o discurso, se define como una parte de la filosofía que trata del alma, de sus facultades y operaciones desde el doble punto de vista del conocimiento de la -- acción. Resulta obvio que dicha definición no puede concentrarse en un punto preciso de estudio por la vastedad misma de su objeto y objetivos. Debido a esto, las tendencias más actuales han decidido delimitar el estudio de la "Psicología de Apoyo" desde un plano muy particular, con un enfoque preciso que comprende de la denominada "ciencia de la conducta" (1) y que se -- ocupa exclusivamente del estudio de la conducta de los organismos, de su variedad, causas y procesos de desarrollo con especial énfasis en evitar de -- las generalizaciones "válidas" sobre la conducta humana, en determinadas -- situaciones.

De acuerdo a este presupuesto, la Psicología es un instrumento muy valioso, como un punto de apoyo a otras disciplinas siempre y cuando se tenga presente que, por la vastedad misma de su objeto; la psicología que humana y sus infinitas variantes de conducta, no puede interpretarse como una Ley inmutable, sino partir de sus conceptos básicos y generalizaciones "válidas" para adecuar a las exigencias reales esa sofisticada máquina que es la psique humana y que rompe toda etiqueta.

Cada individuo es un ser único, irreplicable, con una personalidad particular que la hace enfrentar y aceptar el mundo de un modo también, particular. Así, pues, si la psicología resulta ser una disciplina de gran utilidad para facilitar la labor de cualquier médico, lo es en mayor grado para el odontopediatra, ya que su objeto es el aparato bucodental del niño.

La odontopediatría se encarga del estudio del niño tanto física como psicológicamente, tratando de resolver los problemas dentales que se presentan, utilizando las medidas preventivas necesarias para un buen futuro de salud dental.

1.2 CRECIMIENTO Y DESARROLLO:

Crecimiento: es el aumento de volumen que van realizando las estructuras, tejidos u órganos hasta llegar a tener una forma determinada.

Desarrollo: Se refiere a la función de dicha estructura la cual cada vez que va teniendo crecimiento, la función aumenta hasta llegar a una situación preestablecida.

El crecimiento y el desarrollo se dividen en: Herencia y Medio Ambiente.
Herencia: son los cambios que sufre el organismo durante toda la vida.
Medio Ambiente: son los cambios que adquiere, esto puede ser de tipo congénito o adquirido.

Congénito: Es cualquier cambio de la estructura de la vida intrauterina.
Adquirido: Es el cambio que se adquiere después del nacimiento.

Fecundación: es la introducción del gameto masculino en el gameto femenino dando lugar a la célula diploide original a partir de la cual, se inicia el desarrollo.

Desde la fecundación hasta el nacimiento se divide en 3 etapas:

- 1) Etapa de huevo: es desde la fecundación hasta el catorceavo día.
- 2) Etapa embrionaria: que va desde el catorceavo día al cincuenta y seisavo día, que viene a ser la formación de tejido u órgano.

3) Etapa fetal: que va desde el día cincuentaseisavo hasta su nacimiento, viene a ser la maduración del organismo en general.

Dentro de cada mes de embarazo hay características específicas:

Primer mes: Individuos cordados, se diferencian las tres capas embrionarias o germinativas.

- El ectodermo que da origen:
- 1) Sistema Nervioso Central
 - 2) Sistema Nervioso Periférico
 - 3) Epitelio sensorial de ojo, oído y nariz.
 - 4) Piel, incluyendo pelo y uñas.
 - 5) Las glándulas hipófisis, mamarias, sudoríparas y el esmalte de los dientes.

La hoja o capa interna se denomina endodermo que da origen a:

- a) Revestimiento tubo gastrointestinal
- b) Aparato Respiratorio
- c) La vejiga.

Finalmente entre éstas 2 láminas se forma una tercera hoja germinativa que es la mesodérmica que la origina:

- 1) Tejido muscular
- 2) Cartilago y hueso
- 3) Tejido subcutáneo de la piel
- 4) Sistema vascular (corazón, arterias, venas y capilares)
- 5) Sistema urogenital (riñones, gonadas, bazo y glándulas suprarrenales).

Segundo mes: Se observa la formación completa de la cabeza y al producto se llama branquial. La cabeza se divide en cinco arcos y una porción céfalica branquial.

PROCESO CEFÁLICO:

Va a dar origen a la frente, cuero cabelludo, parte posterior de la cabeza, arcos superficiales, también va a dar origen al proceso nasal medio y al lateral (porción cefálica), el medio del labio superior fulcrum y a la premaxila; el proceso nasal lateral da origen a las de la nariz y cartilago.

Primer Arco Branquial:

Va a dar origen a dos procesos; mandibular y maxilar. El proceso maxilar va a dar origen a los huesos palatinos, a la parte superior de las mejillas, partes laterales del labio superior, parte interna del oído y los huesos propios del oído.

El proceso mandibular da origen a una parte de la mejilla en su porción inferior, labio inferior, cuerpo de la lengua, músculos masticadores, músculos milohioides y nervio trigémino.

Segundo Arco Branquial:

Da origen al hueso hioides, base de la lengua, músculos faciales y nervio facial.

Tercer Arco BRANQUIAL:

Da origen al asta mayor del hueso hioides, parte superior de la faringe, una mínima parte de la base de la lengua.

Cuarto Arco Branquial:

Da origen a la faringe, cartilago, tiroides, cricoides y aritenoides y nervio neumogástrico.

Tercer Mes de Embarazo:

Se define el seno, se forma el brote de los dientes primarios, se empiezan a formar las cuerdas vocales.

Cuarto Mes de Embarazo:

Ya se encuentran formados los pies y manos, la piel está rojiza y arrugada, tragan, se mueven y tienen productos de desecho.

Quinto Mes de Embarazo:

Se observa la matriz del esmalte, las uñas, y existen movimientos de pies y manos perceptibles por la madre.

Sexto Mes de Embarazo:

Los párpados ya se abren, los ojos no son sensibles a la luz, aparecen las papilas gustativas que las encontramos en el paladar, empiezan a formarse las cejas y pestañas.

Septimo Mes de Embarazo:

El encéfalo termina su desarrollo y el producto es capaz de acondicionarse, mantiene sus sistemas de temperatura.

Octavo Mes de Embarazo:

Maduración o Crecimiento.

Noveno Mes de Embarazo:

Nacimiento.

DESARROLLO DEL DIENTE:

Durante la quinta semana de desarrollo embrionario el ectodermo de la cavidad bucal desarrolla engrosamientos lineales en forma de herradura en el maxilar y mandibular en desarrollo.

La prolongación labial externa se divide para formar la hendidura o surco entre el labio y la prolongación alveolar en la mandíbula. La prolongación interna o lámina dental, desarrolla una serie de engrosamiento en forma de yema que se llama "gérmenes dentales" y son cinco de cada lado de la mandíbula, más tarde a décima y doceava aparece la segunda serie de gérmenes del lado lingual de cada diente, siendo estos ocho gérmenes de cada lado. El germen dental se invagina desde abajo por medio de unas papilas del tejido conectivo y por ello de la forma de una campana; esta campana está unida a la lámina dental por medio de un cordón de células epiteliales.

La papila epitelial en forma de campana, ahora se denomina "órgano del esmalte", todo ésto está envuelto en una capa de tejido conectivo llamado "saco dental o saco pericoronario" que pronto va a revestir por completo al diente en crecimiento, cuando los cordones de unión entre la lámina dental y el órgano del esmalte se desaparecen, las células del epitelio del esmalte externo permanecen pequeñas, pero las del epitelio del esmalte interno adyacente a la papila dental se agrandan y toman aspecto cilíndrico desde este momento se les llama ameloblastos. De los cuales depende la formación del esmalte.

En el momento que sean diferenciado los ameloblastos, las células periféricas de la papila dental en contacto con los ameloblastos; se disponen en forma irregular con capa de una célula, éstos son los ameloblastos los cuales van a dar lugar a la formación de la dentina, tan pronto como comienza la formación de ésta, los ameloblastos empiezan a formar el esmalte capa por capa en la superficie de la dentina.

1.3 CRONOLOGIA DE LA ERUPCIÓN:

En el cambio de la dentición o muda de los dientes es un proceso fisiológico lento, con el cual la naturaleza, resuelve entre otros, el problema dimensional en la continuidad del arco dental que se provoca al crecer el esqueleto.

El grupo de dientes que aparecen en primer término durante el proceso de evolución del organismo humano ha sido denominado "dientes temporales".

Los músculos masticadores del niño van tomando más fuerza, consecuentemente el impacto masticador es mayor. En esta época el aparato digestivo infantil va siendo gradualmente de más capacidad funcional y lógicamente los alimentos requieren mejor trituración. Por motivo del trabajo de masticación existe mayor desgaste en las áreas de trabajo de los dientes de la primera dentición.

ERUPCION DE LA PRIMERA DENTICION

| | | | |
|------------------|----------|-------|---------------|
| INCISIVO CENTRAL | INFERIOR | ----- | 6 a 7 Meses |
| INCISIVO LATERAL | INFERIOR | ----- | 8 Meses |
| CANINO | INFERIOR | ----- | 11 a 12 Meses |
| PRIMER MOLAR | INFERIOR | ----- | 10 a 11 Meses |
| SEGUNDO MOLAR | INFERIOR | ----- | 11 a 12 Meses |
| INCISIVO CENTRAL | SUPERIOR | ----- | 8 Meses |
| INCISIVO LATERAL | SUPERIOR | ----- | 10 Meses |
| CANINO | SUPERIOR | ----- | 20 Meses |
| PRIMER MOLAR | SUPERIOR | ----- | 16 Meses |
| SEGUNDO MOLAR | SUPERIOR | ----- | 24 Meses |

CAJUCACION DE LA PRIMERA DENTICION

| | | | |
|------------------|----------|-------|----------------|
| INCISIVO CENTRAL | INFERIOR | ----- | 6 años |
| INCISIVO LATERAL | INFERIOR | ----- | 7 años |
| CANINO | INFERIOR | ----- | 9 años 6 meses |
| PRIMER MOLAR | INFERIOR | ----- | 9 años |
| SEGUNDO MOLAR | INFERIOR | ----- | 10 u 11 años |
| INCISIVO CENTRAL | SUPERIOR | ----- | 9 años |
| INCISIVO LATERAL | SUPERIOR | ----- | 6 años |
| CANINO | SUPERIOR | ----- | 12 años |
| PRIMER MOLAR | SUPERIOR | ----- | 9 años |
| SEGUNDO MOLAR | SUPERIOR | ----- | 11 o 12 años |

ERUPCION DE LOS DIENTES DE LA SEGUNDA DENTICION

| | | | |
|------------------|----------|-------|--------------|
| INCISIVO CENTRAL | INFERIOR | ----- | 6 a 7 años |
| INCISIVO LATERAL | INFERIOR | ----- | 7 a 8 años |
| CANINO | INFERIOR | ----- | 9 a 10 años |
| PRIMER PREMOLAR | INFERIOR | ----- | 9 a 12 años |
| SEGUNDO PREMOLAR | INFERIOR | ----- | 12 a 13 años |
| PRIMER MOLAR | INFERIOR | ----- | 6 a 7 años |
| SEGUNDO MOLAR | INFERIOR | ----- | 13 a 15 años |
| TERCER MOLAR | INFERIOR | ----- | 17 a 21 años |

| | | | |
|------------------|----------|-------|---------------|
| INCISIVO CENTRAL | SUPERIOR | ----- | 7 a 9 años |
| INCISIVO LATERAL | SUPERIOR | ----- | 7 a 8 años |
| CANINO | SUPERIOR | ----- | 11 a 12 años |
| PRIMER PREMOLAR | SUPERIOR | ----- | 9 a 11 años |
| SEGUNDO PREMOLAR | SUPERIOR | ----- | 10 a 12 años |
| PRIMER MOLAR | SUPERIOR | ----- | 6 a 7 años |
| SEGUNDO MOLAR | SUPERIOR | ----- | 12 a 14 años |
| TERCER MOLAR | SUPERIOR | ----- | 17 a 21 años. |

SECUENCIA CONVENIENTE DE ERUPCION
DE LOS DIENTES PERMANENTES



C A P I T U L O I I

MANEJO DE LOS PADRES EN EL CONSULTORIO DENTAL.

2.1. DIFERENTES PATRONES PATERNALES:

Así es fácil catalogar al niño por el trato que reciben de sus padres; fácil es encontrar al tipo de padre por su comportamiento en el consultorio dental.

Padres Afectivos: a éste tipo se les manejará:

- a) Mostrándoles las ventajas y desventajas del tratamiento.
- b) Separándoles del niño lo más posible a menos de que éste sea muy pequeño o impedido.

Padres Protectores: éstos serán manejados:

- a) Concientizándoles del tratamiento.
- b) Deben preparar al niño acerca de su comportamiento ya que sólo aceptan la autoridad por parte de ellos.

Padres Indulgentes: a éste tipo se les manejará:

- a) Indicándoles que es preferible que no permanezcan dentro del gabinete dental, ya que éstos dan todo por sus hijos.

Padres Consentidores:

- a) Estos padres siempre quieren hablar por sus hijos.
- b) Es preferible que no estén presentes a menos que el niño sea muy pequeño o impedido.

Padres Despreocupados:

- a) Inculcarles las obligaciones dentales para con sus hijos.
- b) Preocuparlos sobre la atención dental y salud en general de sus hijos.

Padres Preocupados:

- a) Inculcarles la importancia del tratamiento.
- b) Se les dirá hasta dónde o qué punto deben cuidarlos y descuidarlos.

2.2 COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES EN EL CONSULTORIO DENTAL.

En realidad a medida que los niños se hacen mayores y desarrollan una independencia emocional, ellos mismos prefieren que su acompañante los espere en la sala de recepción. Si un niño ha de exhibir una conducta no cooperativa la presencia del padre prestará apoyo a este tipo de conducta, sin embargo los padres deberán ser RITIMARIAMENTE excluidos del consultorio dental, pues existen ciertas ocasiones cuando la presencia es desagradable y realmente estimula la conducta positiva del niño.

Los niños pequeños son propensos a una gran variedad de temores, incluyendo el temor a los desconocidos y al abarrotamiento, también carecen de la capacidad de adaptación a una nueva situación o ambiente. Además de la pérdida o alejamiento del padre, existen otras situaciones que influyen en la conducta del niño hacia la situación odontológica, incluyen un ambiente extraño, una persona extraña, indicios y lenguajes que el niño no comprende y a los que no pueden responder, rutinas no familiares, órdenes y disciplinas inusuales.

Los resultados demuestran que la presencia de la madre puede ser una influencia positiva para la conducta de los niños en su primera visita odontológica.

La presencia de los padres puede servir para minimizar los temores del niño y ofrecer apoyo emocional durante su experiencia.

2.3 INDICACIONES A LOS PADRES:

Es muy raro encontrar una madre que lleve a su hijo al consultorio dental sin apresiones o desconfianza sobre cuál será su reacción al tratamiento. El odontólogo puede hacer mucho en la educación de los padres para que éstos se aseguren de que su hijo no llegará al consultorio con dudas y miedo para los padres será de gran consuelo saber que no serán necesarias medidas extremadamente rígidas de disciplina y que el niño participará con gusto en su nueva experiencia. La madre se mostrará más entusiasta sobre el bienestar dental del niño y tenderá cada vez menos a esperar hasta que le duelan los dientes para llevarlo al consultorio dental.

Si se informa a los padres de ciertas reglas sencillas a seguir antes de traer al niño al consultorio por primera vez, será de gran ayuda para él y para su hijo. La guía a los padres sobre el tratamiento dental deberá empezar de preferencia antes de que el niño tenga edad suficiente para ser impresionado adversamente por influencias externas.

Cuando el padre educa a su hijo para que sea receptivo al tratamiento dental se encontrará que el niño aprecia más la odontología. Los padres también deben ocultar sentimientos de ansiedad, especialmente en expresiones faciales cuando llevan a su hijo al odontólogo.

REGLA I: Instruya a los padres para que nunca utilicen la odontología como amenaza o castigo. En la mente del niño se asocia castigo con dolor y cosas desagradables.

REGLA II: Pida a los padres que familiaricen a su hijo con la odontología llevándolos al dentista para que se acostumbre al consultorio. El odontólogo deberá cooperar plenamente, saludando al niño con amabilidad y haciéndole demostraciones del equipo. Algún pequeño regalo al final del tratamiento hará que el niño sienta que acaba de hacer un amigo.

REGLA III: Recalque el valor de obtener servicios dentales regulares no tan sólo para preservar la dentadura, si no para formar buenos pacientes dentales. Desde el punto de vista psicológico, el peor momento para traer un niño al consultorio, es cuando sufre un dolor de diente.

REGLA IV: Durante varios días se le indicará al niño que ha sido invitado al dentista, pero nunca deberá forzar la vista, ni el exceso de simpatía, miedo y desconfianza.

REGLA V: Los padres deberán encomendar al niño a los cuidados del dentista al llegar al consultorio a menos que se le indique. En caso de asistir al tratamiento, sólo deberá actuar como espectador invitado.

INTERACCIONES DE CONDUCTA MADRE / NIÑO

CONDUCTA DE LA MADRE

**Sobreprotectora
Dominante**

Sobreindulgente

Carencia Afectiva

Rechazante

Autoritaria

CONDUCTA DEL NIÑO

Sumiso, tímido, ansioso

Agresivo, exigente, demostraciones de cólera.

Agresivo, "malcriado", exigente, demostraciones de cólera.

Comúnmente de buen comportamiento, pero puede ser incapaz de cooperar, tímido puede llorar fácilmente.

Agresivo, hiperactivo, desobediente.

Evasivo y haragán.

C A P I T U L O I I I

CONDUCTA DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

3.1 DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO:

El odontólogo que gusta con éxito a los niños por la experiencia odontológica se da cuenta que un niño normal pasa por un crecimiento mental además del físico y que se encuentra en desarrollo altamente emocional, el niño tiende constantemente a cambiar hábitos, dejarlos o modificarlos. Estos cambios son una razón importante para entender que la conducta del niño en el consultorio difiera entre una consulta y otra, es por ello que el odontopediatra deba entender que el niño tiene muy poco control sobre sus emociones y comportamientos, ya que su mecanismo cortical inhibitorio es completamente inmaduro.

El desarrollo psicológico del niño nos interesa desde el momento en que nace hasta los doce o trece años en condiciones normales. La personalidad de cada niño va a estar condicionada por experiencias que empiezan a surgir desde las primeras horas de vida hasta semanas, meses y años.

El desarrollo psicológico del niño abarca una serie de condiciones que se manifiestan al exterior como un patrón de conducta y esta va a estar condicionada por una serie de cambios dados por la herencia, por factores del medio ambiente, los cuales afectan al individuo.

Todos los que trabajamos con niños debemos saber que la edad psicológica del niño no siempre corresponde a su edad cronológica. Esta en verdad no tiene importancia para el dentista. Sin embargo, en el diagnóstico de los problemas de la conducta y también en la planificación del tratamiento, debemos considerar ambas edades, la fisiológica y la psicológica.

3.2 PATRONES DE CONDUCTA A DIFERENTES EDADES:

El niño de 2 años (infancia):



MANEJO DEL NIÑO PEQUEÑO

Esta etapa se reconoce como infancia y va desde el nacimiento hasta -- los dos años. Estos pacientes son muy poco frecuentes en el consultorio dental y llegan a nosotros sólo en casos urgentes como caídas, golpes, traumatismos o problemas de caries rampante.

A los dos años, los niños difieren muchísimo con su capacidad de comunicación, sobre todo porque existe una diferencia considerable en el desarrollo del vocabulario a esa edad, debido a que su vocabulario es muy limitado. La comunicación con él es difícil. En esta edad el niño está en una "etapa -- precooperativa", es demasiado pequeño para llegar con él con palabras solamente, debe tocar y manejar objetos con el fin de captar plenamente su sentido. A esta edad, el C.D. debe permitir que el niño sostenga el espejo, huela la pasta dentrífica, toque la taza de hule. Al hacerlo tendrá una mejor idea de lo que el dentista intenta hacer.

Puesto que a esta edad el niño es tímido ante la gente extraña y los -- lugares, le resulta difícil separarse de sus padres, así sin excepción debe pasar acompañado al consultorio y como los lazos que lo unen a su madre son muy fuertes, es conveniente sentar al niño con su madre en el sillón dental.

El niño de 3 años:

Con el niño de tres años el odontólogo suele poder comunicarse y razonar con más facilidad durante la experiencia odontológica tienen deseo de -- conversar y a menudo disfrutará contando historias al dentista esto puede -- ayudarlos para un acercamiento positivo.

En estos niños la situación de stress o cuando se les lastima, están fatigados o asustados automáticamente se vuelven a sus padres a buscar consuelo, apoyo y seguridad, a esta edad es también conveniente que el padre permanezca con ellos hasta que conozca bien al C.D. y los procedimientos -- que se llevan a cabo.

El niño de 4 y 5 años (edad pre-escolar):

El niño de 4 años escuchará con interés las explicaciones y responde-

rá bien a las indicaciones verbales, en ocasiones puede tomarse desafiante y decir malas palabras. En general este niño es cooperador. El niño de 5 años ha alcanzado la edad en que está listo para aceptar las actividades en grupo y la experiencia comunitaria. Si ha sido bien preparado por sus padres no tendrá temor a una experiencia nueva. Los comentarios sobre sus ves tidos pueden ser usados eficazmente para establecer la comunicación con el nuevo paciente.

A esta edad también se presenta el mayor número de problemas en el manejo de la conducta; su comportamiento depende en sí de su personalidad y del medio que lo rodea.

El niño de 6 a 9 años (Edad Escolar):

El niño de 6 años teme a los traumatismos en su cuerpo, un ligero rasguño o la vista de sangre pueden causar una respuesta desproporcionada con la causa, pero con una buena preparación odontológica el niño puede responder satisfactoriamente.

Durante la edad escolar hay que dar confianza al niño, así como estimularlo ya que su capacidad es lo suficientemente receptible para aceptar el tratamiento y el ambiente del consultorio, una ventaja es que durante esta edad el niño es vanidoso, se siente independiente y suele alardear de sus experiencias con sus amigos.

El niño Prepuberal (9 a 12 años):

A esta edad rara vez tiene problemas, puesto que son niños que se están formando con experiencias a la vida, por lo tanto, no temen a los regaños de sus padres ni a los golpes, estos pacientes son pasivos y capaces de entender las explicaciones que se les imparten, además son bastante cooperativos tratándolos con delicadeza, guardando nuestro lugar como profesionistas para que el niño no se torne grosero y nos falte al respeto.

3.3 DIFERENTES CONDUCTAS PSICOLÓGICAS DEL NIÑO Y SU MANEJO,

La conducta del niño va a estar determinada por su personalidad, el medio ambiente que los rodea y sobre todo el comportamiento de sus padres. De acuerdo al afecto o desafecto de los padres varía la conducta del niño como lo mencionaremos en la siguiente clasificación.

a) Niño con afecto exagerado.

Estos niños están inadecuadamente preparados para valerse por sí mismos ya que en la mayoría de los casos la madre es la que decide por ellos, este niño se muestra muy inseguro en el consultorio por eso hay que indicarle a la madre que permanezca fuera del cubículo además de indicarle las ventajas y desventajas del tratamiento.

b) Niño Sobreprotegido:

Estos niños son iguales a los niños con afecto exagerado, pero además son fanfarrones y suelen hacer berrinches, porque son monopolizados por la madre, a ellos también los separaremos de la madre y trataremos de mantener un enfoque positivo con un buen control de voz.

c) El niño que es hijo único:

Este niño puede tener diferentes conductas, puede ser tímido, retraído, caprichoso, celoso, etc. Esta dependerá del trato que tiene el niño en su casa ya que sobre él se vuelcan todas las manifestaciones de cariño, ansiedad, protección, indulgencia, etc.

d) Niños carentes de afecto:

Estos niños sufren por el desafecto de sus padres, lo que trae como consecuencia que el niño se vuelva inseguro e incapaz de enfrentarse a una nueva experiencia; en estos casos daremos confianza al niño y debemos de inculcar las obligaciones para con sus hijos a sus padres y preocuparlos por la salud de su hijo.

e) Niños con padres gritones:

Cuando el padre es gritón, el niño se vuelve asustadizo y se encuentra en tensión, tanto física como emocional, este niño tiende a alejarse de la gente que lo rodea y es difícil de tratar o hacer trato con él, pero debemos recurrir a todos los medios.

f) Niño Tímido:

Son los niños que sólo conviven en su hogar y les resulta difícil tratar con otras personas.

g) Niño Incorregible:

Estos niños patean y golpean lo que está a su alcance o inventan una serie de manifestaciones alarmantes para no asistir con el C.D. A estos niños trataremos de controlarlos por la buena, manteniendo a los padres fuera del cubículo dental, pero si no resultan las palabras, se procederá a la técnica de mano sobre-boca.

h) Niño Miedoso:

Es aquél que realmente puede sentir miedo por el tratamiento dental, -- o se encuentra amenazado en su hogar o escuela donde le han dicho que le va a doler. A este niño debemos de inculcar confianza tanto en el C.D. como en el tratamiento.

i) Niño Desafiante:

Es aquél que se cree capaz de retar al C.D. en un momento dado, se comporta en forma retadora y con autosuficiencia.

De acuerdo a la conducta del niño deberá decirse de una manera sencilla en que consiste el tratamiento, hacerle saber que le causará un poco de molestia, pero que se tratará de evitar ayudándonos con su colaboración. Se le hará sentir un ambiente ameno, charlando y elogiando a éste, tratando de darle confianza al niño, la sinceridad debe de mantenerse en todas las citas de tal manera que él procederá a comportarse de una manera correcta.

En las situaciones en las que el niño grita y llora sin permitir una sola explicación, podemos proceder sacando a sus padres, dejando que se desahogue y se convenza por sí mismo, más si no hay éxito se procederá a un medio físico llamado mano sobre-boca que se describirá en el capítulo VI.

Finalmente resulta importante mencionar que en un estudio se ha visto que tanto el padre como la madre juegan papeles importantes en el desarrollo psicológico de sus hijos, las influencias maternas sobre el desarrollo mental, físico y emocional de los niños comienza antes del nacimiento. Es bien sabido que el estado nutricional de una madre y el estado de salud física, pueden afectar el desarrollo neurológico y somático del feto. Montagu ha enfatizado la importancia del ambiente prenatal sobre el desarrollo posterior del niño y cita un estudio relacionado con la estimulación del feto con la dificultad de alimentación posnatal y otros estudios en que la madre que sufre un severo stress emocional durante el embarazo tiene a procesar infantes irritables y excesivamente activos.



NIÑO COOPERADOR



NIÑO TEMPERAMENTAL



NIÑO CONSENTIDO



NIÑO TIMIDO



NIÑO DESAFIANTE



NIÑO ACTIVO



NIÑO PASIVO

ACTITUDES DEL NIÑO HACIA LA ODONTOLOGIA

GUSTOS:

- Una sala de espera interesante, incluyendo libros de cuentos y de historietas, revistas y una pecera.
- Música funcional
- Ser llamado por su nombre
- Que el C.D. hable mientras trabaja
- Las explicaciones de los procedimientos odontológicos por el C.D.
- Mirar en un espejo mientras el C.D. trabaja.
- Tener una señal para que el C.D. deje de fresar.
- Que se le diga que ha sido un buen paciente.
- Un regalo posoperatorio.

DISGUSTOS:

- Que se le haga esperar.
- Una sala de espera no atractiva.
- El olor del consultorio o el aliento del C.D.
- Los rollos de algodón.
- El fresado.
- La luz operatoria en los ojos.
- Las mentiras sobre un procedimiento doloroso.
- Que se burlen de él.
- Ser reprendidos por el C.D.
- Que se le hagan preguntas cuando la boca esta llena.
- Ser comparados con otros niños.
- Informes desagradables a los padres.

C A P I T U L O IV

EL MIEDO

La responsabilidad de los padres en la preparación psicológica del niño para el tratamiento dental reside principalmente en el problema emocional del miedo. El miedo representa para el dentista el principal problema de manejo y es una de las razones por las que la gente descuida el tratamiento dental.

4.1 IMPORTANCIA DEL MIEDO EN EL MANEJO DEL NIÑO:

El miedo y la ira son respuestas primitivas que se desarrollan para proteger al individuo contra daños y la destrucción propia. El miedo es una de las primeras emociones que se experimentan después del nacimiento; el lactante no está conciente de la naturaleza del estímulo que le produce miedo, pero a medida que el niño crece y aumenta su capacidad mental, toma conciencia de los estímulos que producen el miedo y puede identificarlos individualmente. Los niños de corta edad son demasiado jóvenes para racionalizar mucho, por ello se produce un comportamiento que es difícil de controlar. En ocasiones si el niño se comporta de manera primitiva al tratar de luchar con la situación o huir de ella, cuando no puede llevar a cabo ésta, aumenta su miedo y entonces la comunicación del dentista con el niño puede ser muy difícil. Incluso los niños de más edad pueden tener una situación en la que el miedo sea tan pronunciado que el niño no puede razonar claramente; pero conforme aumenta la edad mental del niño, estas respuestas pueden ser más controladas.

Los primeros temores que el niño asocia con la odontología son aquellos producidos por lo inesperado y lo desconocido. Cualquier estimulación precipitada o intensa de los órganos sensitivos, produce miedo en el niño por que es inesperada. El ruido y la vibración de la fresa y la presión que se ejerce al usar instrumentos de mano para realizar cavidades, producen miedo en los niños de corta edad. A menos que el dolor sea más intenso, teme más al ruido que al dolor que lo acompaña; cuando el niño de corta edad también teme caerse así como a movimientos súbitos e inesperados, sentir que sin avisarle lo están bajando o inclinando en la silla dental, puede causarle miedo.

Movimientos de mano rápidos y enérgicos también atemorizan, al igual que la luz fuerte de la unidad operatoria si se deja que brille en los ojos del niño.

Es de suma importancia enseñarle al niño que el consultorio dental no tiene porque inspirar miedo, los padres jamás deberán tomar la odontología como amenaza. Llevar al niño al dentista no debe implicar castigo, ya que esto crea el miedo hacia el odontólogo. Por otro lado, si el niño aprecia al dentista, el miedo a perder su aprobación puede motivarlo para aceptar la disciplina del consultorio. Es por ello que el miedo es una emoción importante que se debe discutir ya que su influencia en el niño nos va a determinar un paciente infantil bueno o malo.

4.2 TMMORES OBJETIVOS:

Los temores objetivos son los producidos por estimulación física directa sobre los órganos sensoriales, son reacciones a estímulos que se sienten, ven, oyen, huelen o saborean y son de naturaleza desagradable. El niño que anteriormente tuvo un manejo desagradable para él porque le causó dolor, es difícil que quiera acudir al consultorio por el miedo que se ha creado; es aquí donde debemos actuar con estrategia para volver a establecer la confianza del niño en el dentista y en los mismos tratamientos.

El temor objetivo puede ser de naturaleza asociativa, un ejemplo es cuando se sufre en un hospital por un tratamiento deficiente, dado por personas uniformadas de blanco, con esta idea al vernos de blanco a nosotros inmediatamente lo asociará con su mala experiencia anterior y no colaborará por el miedo que esta situación le provoca.

4.3 TMMORES SUBJETIVOS:

Los temores subjetivos están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridos al niño por personas que lo rodean, sin que el niño los haya experimentado personalmente. Un niño de corta edad y sin experiencia, al oír de alguna situación desagradable o que produjo dolor sufrida por sus padres u otras personas, pronto desarrollará miedo a esa experiencia y tratará de evitarla lo más posible.

Los niños tienen un miedo intenso a lo desconocido por lo que una experiencia nueva les causa miedo, hasta comprobar que su bienestar no es afectado por ella. La influencia de los padres es de importancia vital en la actitud del niño hacia el odontólogo por lo tanto, no deberán decir a sus hijos que van a experimentar dolores intensos, pero tampoco mentir sobre las molestias de la odontología utilizando la sinceridad.

Los temores subjetivos también pueden experimentarse por imitación y puede transmitirse sutilmente, el padre puede hacer muestra de ello y el niño imitarlo, sin que ninguno de los dos se de cuenta, estos temores ocurren regularmente y son difíciles de eliminar.

Aunque las influencias de los padres son las más profundas en materia de sugestión, los niños pueden adquirir miedos sugeridos de amigos o compañeros de juego, o de materiales como libros, periódicos, dibujos animados, radio, televisión y teatro. La eficacia de estas influencias dependerá de la fuerza y repetición de los estímulos, así como de la sugestibilidad del niño.

C A P I T U L O V

EL CONSULTORIO EN LA CLINICA INFANTIL

Un manejo adecuado es tan esencial para una profesión como para cualquier otra empresa. No hay razón alguna por la que un odontólogo con personalidad y habilidad se encuentre en dificultades en el manejo de su consultorio dental en especial en la clínica infantil que requiere de detalles precisos para el manejo del infante.

5.1 DECORACION:

El consultorio completo desde la sala de recepción hasta la sala de tratamiento pueden tener un tema definido, decoraciones y accesorios que describen situaciones como el circo, el oeste, el espacio o canciones de cuna, dan un toque cálido y de fantasía al consultorio y tienden a desvanecer el miedo. Una pecera es siempre una fuente de entretenimiento y puede ser colocada en la sala de recepción o de tratamiento en un lugar donde el niño pueda verla. Una música apenas audible y relajante en la sala de recepción tiene efectos reconfortantes en los padres y en el niño y hace desaparecer la frialdad que a menudo se siente en una habitación silenciosa.

Si es posible el consultorio dental deberá tener otra salida además de la que tiene la sala de espera, con el fin de que el niño que no pueda ser controlado en el sillón dental, salga llorando, de mal humor o gritando, no influya negativamente en el ánimo de los demás niños que estén en la sala de recepción.

Debe existir en el consultorio, un espacio en el cual puedan recibir instrucciones sobre procedimientos preventivos los niños y sus padres, esta información puede estar en cualquier parte de la sala de recepción a través de posters que estarán colocados en las paredes.

El color es un factor que debe tomarse en cuenta en el consultorio, ya que de alguna manera influirá indirectamente en el paciente para que se sienta cómodo. El objetivo principal de elegir el tipo de color que se le

ha de poner a las paredes es el proporcionar al paciente un bienestar psíquico que sólo pueda mantenerse con un ambiente de colores variados y cambiantes.

Todo consultorio dental deberá tener un sitio adecuado para enseñar -- las técnicas de higiene bucal, principalmente en el control de la placa dentobacteriana, el cual debería incluir un lavabo adecuado para niños y un espejo para las técnicas de cepillado.

El tipo de iluminación es importante ya que puede crear un ambiente -- agradable en el paciente disminuyendo su inseguridad y temor, que surgiría si hubiera oscuridad. La iluminación puede ser natural o artificial siendo recomendable combinarla. La iluminación natural está dada por la luz solar que penetra a través de las ventanas, mientras que la luz artificial está dada -- por un foco o lámpara que proporciona un haz de luz concentrada.

5.2 AMBIENTE:

El factor principal para lograr la comodidad del niño será sin duda alguna el medio ambiente, donde llevaremos a cabo el tratamiento dental. El -- ambiente debe lograr una impresión positiva y agradable en nuestros pacientes.

El ambiente debe ser agradable dándole confianza al niño por parte del C.D. como del asistente. El C.D. debe crear el ambiente para su paciente hablando mientras trabaja, explicándole al niño de que se trata el tratamiento, y buscando tiempo para hablar de algún cuento, una caricatura o de la música o decoración del consultorio a manera de lograr que el niño se adapte al ambiente que entre él y el C.D. están creando.

Parte del ambiente se logra con la decoración del consultorio, así la -- unión de estos dos puntos además del odontólogo y el asistente, lograrán un -- manejo del consultorio infantil correcto y adecuado para nuestros pacientes -- infantiles.

5.3 EL ODONTOLOGO:

Es de gran importancia que en el consultorio logremos dar confianza al niño, el trato con el niño debe hacerse de manera natural y familiar, dando nuestra confianza y platicando con él.

Una de las bases principales para que la odontopediatría tenga éxito-- en los tratamientos dentales es tener confianza en sí mismo, ya que ésta la transmitirá hacia sus pacientes, esta confianza se adquiere a través de sus conocimientos, sentido común y experiencia. La personalidad del odontólogo-- hacia su paciente lo constituye la comprensión hacia los niños como seres humanos.

En los casos en los que no se pueda convencer al niño con palabras, el C.D. se acercará al niño de una manera amistosa y lo abrazará llevándolo a la sala de operaciones, por lo cual el paciente se sentirá protegido sin temor a algunos que puedan herirlo.

El C.D. deberá tener la suficiente humildad para darse cuenta de que el aumento de capacidad trae consigo un aumento de responsabilidad. Nunca deberá tomar sus responsabilidades a la ligera. La odontología es una profesión constantemente creciente y cuyos conocimientos y técnicas están en expansión por lo que el C.D. se debe actualizar lo cual le va a ayudar en el manejo del paciente.

El C.D. deberá pedirle al niño que colabore en el tratamiento y podrá utilizar el ego de cada niño para que éste se ajuste a las tensiones. El afecto por los niños es sumamente importante para manejarlos con éxito.

El C.D. que incluye una gran cantidad de niños en su práctica, lo hace porque comprende y aprecia la importancia de la salud dental, para el niño, es sumamente importante aprender a enmascarar la situación emocional en que el C.D. se encuentra ante determinada situación; porque hasta el niño más pequeño puede captar rápidamente la indecisión o angustia. Al aumentar la comprensión del odontólogo se reflejará en el niño. El C.D. no debe mostrar ira y crear una atmósfera de comprensión.

5.4 EL ASISTENTE:

Es importante seleccionar una ayuda adecuada, ya sea una higienista, una ayudante o una secretaria, esta selección deberá hacerse con gran cuidado.

El asistente debe estar en todo momento con el C.D. y ambos recibirán al niño lo saludarán primero en la sala de espera y después lo conducirán al consultorio dental. La o él asistente puede empezar a crear un clima de amistad hacia el niño y puede preparar al niño acerca de las explicaciones del uso de cada instrumento ahorrando tiempo así al C.D.

Cuando el C.D. explica al niño acerca de los instrumentos y el tratamiento la asistente deberá refrenarse de conversar con el niño, pero resulta conveniente crear un ducto entre ambos para lograr guiar al niño con palabras bien elegidas durante los procedimientos indicados.

La asistente contribuye al tratamiento para que continúe sin interrupción con su permanencia junto al sillón, puede distraer la vista del niño cuando el odontólogo prepara la jeringa de anestesia, la colocación de amalgama se puede hacer más acelerada haciendo que la asistente coloque las porciones de amalgama directamente en la cavidad.

La asistente puede contribuir de manera sobresaliente aclimatando al niño a los procedimientos iniciales, si la asistente pone en acción este potencial de desarrollar confianza en el niño y al mismo tiempo ayudar al C.D. a tratar al niño, necesitará una capacitación y conocimientos acerca de la conducta de los niños.

Uno de los primeros pasos a seguir cuando el C.D. atiende al padre del niño, es que el asistente efectúe eficazmente una limpieza al infante para que nosotros empecemos a verificar y examinar toda la cavidad oral.

La asistente por lo tanto, juega un papel importante en el consultorio ya que ella o él, intervienen en el ambiente que se pretende crearle al niño para estimularlo y obtengamos de él una buena colaboración.

C A P I T U L O VI

TECNICA DE CONTROL DEL PACIENTE

6.1. USO DE PALABRAS ADECUADAS Y ESTIMULOS:

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

Cuando se trata con niños deberán evitarse engaños, pero cuando sea posible, deberán usarse palabras que no despierten miedo, palabras que ellos conocen y usan diariamente. La sustitución exacta de palabras deberá quitarse por la edad del paciente. Cada odontólogo puede utilizar la selección que prefiera, en lugar de palabras como: "inyección", "aguja", "pincho" podríamos decir: "vamos a poner algo en tus encías que se sentirá como el piquete de un mosquito". A todos los niños les pican los mosquitos, saben que los piquetes de mosquito son molestos, pero el dolor no es suficientemente grande o duradero para producir ansiedades definidas. En lugar de la palabra "fresa", que para un niño significa hacer hoyos en un diente, se dice que se va a cepillar los insectos malos y sacarlos de sus dientes; al mismo tiempo se hace correr sobre la uña del niño una fresa grande de cono invertido, explicándole que la fresa es llana, y no puede penetrar en el diente, cuando se trata a niños es siempre buena política informarles de lo que se va a hacer, pero se debe evitar asustarlos utilizando palabras mal seleccionadas que le sugieran dolor.

El proceso de aprendizaje, el castigo y la recompensa son básicos. -- Existen muchos tipos de recompensa para los pacientes que se portan bien. Una de las recompensas que más busca el niño es la aprobación del dentista, por lo tanto, que el dentista reconozca la conducta ejemplar del niño, influye para que éste se porte bien. Cuando el niño se porte bien, hay que decirle, éste impondrá una meta a su comportamiento futuro; hará todo lo posible por conservar el nivel que él mismo estableció. Cuando se alabe al niño, hay que alabar mejor el comportamiento que al individuo; por ejemplo: en vez de decirle que ha sido un niño muy bueno, mejor hay que decirle que hoy se portó muy bien en el sillón dental.

Los regalos son muy buena recompensa. Darle al niño algún regalo cuando se ha portado bien, forma parte de un manejo adecuado; existen muchas variedades de regalos. Algunos odontólogos dan pequeños objetos o juguetes. Muchos dan cupones para comprar helados en alguna tienda cercana. Dar a los niños estrellas deradas para que las peguen en una cartulina que está en la sala de recepción es muy eficaz. La variedad de recompensas se extiende de paseos en caballitos a modelos de yeso. Lo que impresiona favorablemente al niño más que el regalo, es que se reconozca su mérito.

6.2 CONTROL DE VOZ.

El control de la voz es la modificación del timbre, la intensidad y el tono de la propia voz es un intento de dominar la interacción entre el profesional y el niño. Por ejemplo, un C.D. puede hablar en voz alta a fin de llamar la atención del niño, sacándolo de su conducta interruptiva o cuando éste grita, simplemente para ser escuchado. Una vez ganada su atención, el profesional puede bajar la voz ajustándola a la del niño. El control de la voz es usado junto con alguna forma de restricción física y la técnica de la mano sobre la boca.

6.3 CONTROL DEL PROPIO C.D.

El C.D. nunca deberá perder su dominio y enfadarse, la ira como el miedo es una reacción emocional primitiva e inmadura, es señal de derrota e indica al niño que ha tenido éxito y ha disminuido su dignidad. El paciente lo pone en situación de gran desventaja, porque la ira disminuye su capacidad de razonar claramente y de tener las reacciones adecuadas, si el C.D. pierde su control y eleva la voz, sólo asustará más al niño y se le dificultará más aún su cooperación, si no puede evitar enfadarse, es mejor despedir al niño y darle otro C.D., pruebe suerte, tal vez él pueda tener éxito donde nosotros hemos fallado debido a nuestro temperamento, si el C.D. ha tratado lo mejor posible, y no puede entablar relación con el niño, es mejor admitir la derrota que arruinar al niño para tratamientos dentales futuros.

6.4 OIR, VER Y ENSEÑAR:

El enfoque de oír, ver y enseñar ha resultado muy útil en la prevención del desarrollo de los temores odontológicos en el paciente nuevo, así como en

la minimización de la ansiedad y mala conducta asociada en el paciente previamente desensibilizado.

El objetivo de esta técnica es luchar con el temor de un niño de los objetos y personas que lo rodean. El odontólogo puede reducir este temor, primero diciéndole (oír) al niño sobre la nueva situación y lo que va a hacer en ella, luego, mostrándole (ver) el nuevo ambiente y finalmente haciendo (enseñar) lo que se le dijo que haría. Este proceso deberá ser continuo desde la entrada del niño al consultorio a través de todos los procedimientos involucrados en el tratamiento. A medida que se presente cada nueva persona instrumento o procedimiento al niño, debe decirse la técnica de oír-ver-enseñar, para orientarlo gradualmente a los estímulos que provocan ansiedad de manera tal que sea capaz de enfrentar la situación.

En el empleo de este método deberá tenerse en cuenta que el niño no entiende el lenguaje que nosotros usamos y deberá ponerse cuidado especial para instruirlo de acuerdo a su lenguaje, frecuentemente los niños no comprenden las palabras del C.D. al dar las instrucciones o mostrar el material, para esto es conveniente tomar en cuenta algunas palabras que el niño relacione y que mejore su calidad de comunicación como lo mencionaremos en los siguientes párrafos.

| | |
|----------------|---|
| APARATO DE RX: | Cámara que tomará una fotografía a los dientes. |
| RADIOGRAFIAS: | Fotografías de los dientes. |
| DOLOR: | Piquete de hormiguita, |
| AGUJA: | Mosquito. |
| DIQUE DE HULE: | Babero o impermeable para tepar los dientes. |
| GRAPA: | Anillo o mariposa para el abrigo que será el dique de hule. |
| FORCEPS: | Grda para ayudar a caminar al diente |
| PIEZA DE MANO: | Avión. |
| PROFILAXIS: | Cepillo eléctrico o de la luz. |
| CARIES: | Gusanos que se comen al diente. |
| RESTAURACION: | Estrellita o corona de rey. |

6.5 TRATAMIENTO DEL NIÑO PROBLEMA:

Desafortunadamente los niños llegan con frecuencia al consultorio dental para su primera visita sufriendo dolores y con la necesidad de un tratamiento más extenso. En esta situación la veracidad de el C.D. es esencial. Al niño hay que hablarle francamente y decirle de manera natural que lo que se hará producirá un poco de molestia pero si la molestia es mucha, él con una seña nos indicará y nosotros pararemos. Lamentablemente no todos los niños van a cooperar aún usando palabras suaves y agradables y se tendrá que trabajar con el niño llorando. A veces los niños de edad preescolar gritan con fuerza y largamente en la silla y así, es difícil hacerse comprender, la amenaza de sacar a los padres fuera de la sala puede ser suficiente para que se calle. En otros casos puede resultar dejarlo que se desahogue, sin embargo todo C.D. experimenta ciertos casos, cuando la actitud de los padres ha sido defectuosa o cuando se han inducido miedos indebidos en los que estos métodos no sirven y el niño gradualmente va llegando a la histeria. En este momento hay que usar medios físicos para calmar al paciente lo suficiente para que pueda escuchar lo que se trata de decir.

La manera más sencilla de hacer esto, es utilizar la técnica de mano-sobre-boca, indicando que esto no es un castigo sino un medio para que el niño oiga lo que el C.D. quiere decir. No debe intentarse bloquear la respiración bucal. Mientras que el niño llora, hay que hablarle al niño con voz normal y suave, diciéndole que se quitará la mano cuando pare de gritar, no se debe hacer malicia en la voz puede que la admonición surta efecto, aunque se crea que el paciente no nos oye. Cuando ha dejado de llorar se quita la mano y se habla con el niño sobre alguna experiencia sin relación alguna con la odontología. Es sorprendente lo eficaz que esto puede ser y como estos niños se vuelven pacientes ideales, no guardan resentimiento y se dan cuenta de que lo que se hizo fue para su propio bien. Generalmente se convierten en pacientes más cooperadores e incluso, en amigos,

Colocar la mano sobre la boca, es medida extrema y sólo deberá usarse como último recurso en un paciente ya histérico, cuando hayan fallado todos los demás medios. Puede utilizarse esta técnica en niños demasiado tímidos, es importante que esta técnica sólo se use en niños con suficiente madurez como para comprender las simples órdenes verbales.

La técnica de la mano sobre la boca no es una técnica para el niño con un serio impedimento físico, mental o emocional,

C A P I T U L O VI

LA PRIMERA VISITA AL ODONTOLOGO

7.1 PACIENTE DE PRIMERA VEZ:

La primera visita odontológica se recomienda que sea cuando el niño -- tenga 3 o 4 años de edad.

La preparación mediata del niño y de los padres antes de la primera -- visita, dará por resultado un mejor esquema de conducta en el consultorio -- dental.

El cirujano Dentista puede preferir que los padres eviten toda forma -- de preparación previa del niño para la primera visita, en la convicción de -- que él puede relacionar al niño con la odontología y el consultorio dental -- de una manera más satisfactoria que los padres.

En cuanto al momento de la visita, se reservarán las primeras horas de la mañana para los niños más pequeños. Los padres casi siempre cooperan tra -- yendo a sus hijos en el momento sugerido, si el odontólogo les explica que -- los pequeños son más capaces de aceptar temprano el tratamiento que si lle -- gan cuando están cansados. La espera en la sala de recepción a menudo da al niño la oportunidad de formarse un esquema mental de no cooperación o de -- asustarse por ruidos desusados o hechos.

Para los niños poco cooperativos se debe tomar en cuenta la última se -- sión de la mañana o algún momento en que el consultorio esté libre de niños -- y otros pacientes que pudieran resultar influidos por una perturbación.

La primera visita comúnmente, implica sólo un exámen, evaluación radio -- gráfica y posiblemente, una profilaxis y aplicación tópica de fluoruro. La -- mayoría de los niños aceptan con facilidad su primer examen bucal, la limpie -- za y el tratamiento tópico de fluoruro.

El primer contacto que el niño obtenga de su primera experiencia se re -- comienda sea positiva, agradable e interesante ya que en cada cita se irá me

Por lo tanto, un sólo fracaso en este sentido, puede cambiar su buena disposición.

De las primeras impresiones que el niño obtenga tanto del dentista, como de su personal, dependerá en gran parte su futuro comportamiento frente al tratamiento y cuidado de sus dientes; es decir, de la experiencia que se obtenga de la primera cita resultará el mejor o peor paciente. En el aspecto propiamente psicológico de la primera visita, el odontólogo debe empezar como se mencionó anteriormente por el examen médico, que además de brindar una seguridad, es un motivo de toma de contacto con el niño. Además debe incluir el estudio psicológico del niño.

Primero se debe ver al niño en compañía de sus padres para que éstos expongan el motivo de la consulta, posteriormente podemos tratar por separado con el padre y después con el niño. Con los datos familiares podemos definir las condiciones de vida suponiendo así un primer acercamiento psicológico de las personalidades maternas y paternas logrando así entender la personalidad del niño.

Si el C.D. comprende que el niño responderá normalmente, excluirá la presencia de los padres, además de empezar a manejarlo de acuerdo con él, de esta forma podría darse cuenta que tipo de niño es, además de entrever la conducta y disciplinas que se guardan y se establecen en su hogar.

7.2 PACIENTE DE EMERGENCIA:

El manejo del paciente puede no presentar grandes dificultades si el niño es traído para tratamiento antes de que haya experimentado algún dolor.

En estas circunstancias es razonable ocupar una o dos visitas iniciales para aclimantar al paciente. Sin embargo, surgen problemas cuando el niño es traído por primera vez con dolor. En este caso, la aprensión del paciente aumenta por el recurso creciente del dolor, pérdida de sueño y la preocupación de los padres.

Es útil entonces, evitar cualquier procedimiento operatorio, si es posible, en la primera visita. Suele ser adecuado obtener una historia, hacer un examen, pulir los dientes y recetar un analgésico adecuado.

El paciente debe ser visto en 24 o 48 horas cuando esté mucho más adaptado y dispuesto para el tratamiento activo de su diente. Aún este estadío debe efectuarse lo menos posible para que el niño se sienta cómodo. El diente quizá llegue a extraerse, pero en el momento más apropiado dentro del plan de tratamiento. El dolor pulpar o periapical en un diente primario - frecuentemente se va o se reduce drásticamente en intensidad después de 48 horas, la pulpa infectada por lo común muere rápidamente, o el absceso apunta pronto en el surco vestibular. Si el dolor se controla con frecuencia se reduce la necesidad inmediata del tratamiento y el éxito del subsiguiente aumenta mucho.

Los medicamentos utilizados y la terapia pulpar moderna permiten controlar el dolor pulpar temporariamente en dientes permanentes con un mínimo de interferencia técnica.

Si el niño presenta hinchazón facial y perexia entonces corresponde al gún tratamiento operatorio. La situación debe ser aceptada y el tratamiento efectuarse tan cuidadosamente y suavemente como sea posible.

Rara vez se presenta un niño con dolor en el momento, comúnmente, hay una historia de dolor el día o la noche anterior. Es imperdonable que un pequeño entre al consultorio sin sentir dolor, pero salga llorando con un diente dolorido por interferencias del odontólogo. Por extraño que pueda parecer, esto no es frecuente. Debemos recordar que un niño vive solo para el presente.

El dolor experimentado la noche anterior puede haber ocurrido una semana, un mes o un año atrás. El no está preocupado como el adulto, porque el dolor puede volver en la noche sólo que se ha ido. El odontólogo que trae el nuevo dolor no importa su nueva intención, es un villano. No obstante el niño con dolor suele estar muy dispuesto a permitir que el odontólogo intervenga para librarlo de ese dolor.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

7.3 CHARLA CON EL NIÑO Y EL PADRE.

Si bien muchos odontólogos prefieren ver al niño sólo, en ocasión de la visita inicial, es útil que un padre acompañe al niño porque puede proporcionar información valiosa que ayude en el examen. Después que el odontólogo saludó al niño y al padre, preguntará a la madre o al padre si hay algo que les preocupe en particular respecto a la boca de su hijo. Como la mayoría de los padres habrán hecho alguna observación previa o traerán alguna -- pregunta importante para ellos, se les debe dar tiempo para expresarse y para contar una breve historia de toda atención dental previa.

Si se comprende que el niño no va a responder normalmente, podría ser excluido al padre del consultorio hasta que el profesional y el asistente dominen la situación. El asistente, al dirigirse al niño por su primer nombre, puede expresarse así: "El dentista va a limpiarte los dientes y cuando termine, llamaré a mamá para que ella vea que lindos quedaron los dientes". Y se debe hacer saber a los padres que permanezcan en la sala de recepción, mientras se examina a su hijo.

Es preciso ganarse primeramente la confianza y la atención del niño y expresarse en el lenguaje que se pueda comprender. Es importante pronunciar las palabras con lentitud y claridad. El niño así podrá seguir las instrucciones, que además deberán ser pocas y de a una por vez. Durante esta charla para evitar la presión se explicará los instrumentos empleados en términos comprensibles. De hecho, cuando se va a atender por primera vez no se debe tener nada en la platina y se examina, separando los labios con los dedos e inspeccionando los dientes sólo a simple vista. Después ya se usará el espejo y el explorador.

Posteriormente es aconsejable describir brevemente a los padres lo observado en la boca del hijo. Se pondrá énfasis, en que la presentación de los hallazgos dentales y del plan de tratamiento será efectuada en una visita -- posterior, después de haber completado todos los datos.

Al hablar con los padres se hará condición clara y expresándose en un tonatural y modulado y se conversará de manera eficiente pero sin apuros, la

Indecisión, las respuestas abruptas, el atolondramiento y las contestaciones confusas, provocarán un rechazo paterno hacia la conveniencia de que en ese consultorio se ha prestado un mal servicio a su hijo.

Hablar demasiado confundirá al niño, y le producirá desconfianza y -- comprensión, como cualquier cosa que no se comprende. Se deben utilizar palabras cotidianas que usan los niños de la edad del paciente. Al seleccionar temas de conversación, se elegirán temas y situaciones que le sean familiares. Por ejemplo, se habla de fútbol con un niño pequeño, no se discutirán las reglas complicadas del juego, sino hablarle de experiencias personales del niño en el campo del juego. Hay que dejar que el niño lleve la conversación. Si el niño es muy pequeño, es conveniente añadir algo de fantasía para dar más interés. También debe evitarse hablar a los niños como si fueran más pequeños de lo que en realidad son; esto es una ofensa mayor que si se les habla como si fueran mayores. No hay que utilizar palabras de bebé en niños de 4 o 5 años. Ellos se sienten halagados si se les considera mayores de lo que son, no se deben subestimar y hay que hablarles de algo que les interesa y les resulte agradable.

7.4 LA HISTORIA CLINICA:

Para evitar dificultades durante el transcurso del tratamiento dental es esencial obtener un historial clínico del paciente, lo más completo y significativo posible. Las principales preguntas que han de formarse pueden venir ya impresas en formularios especiales para éstas cosas. El odontólogo deberá tomar un registro completo de la historia del paciente y anotar que es lo que le aqueja principalmente. Si este mal es una urgencia, el paciente deberá recibir un tratamiento de naturaleza paliativa o correctora durante esta primera visita.

También debe averiguarse si el niño recibe exámenes médicos regulares y el nombre y la dirección de su médico. Si el niño ha sido recomendado por un pediatra, deberá consultarse con éste último antes de empezar el tratamiento. Deberá enviársele una carta personal expresando agradecimiento; es también de gran ayuda averiguar si el niño teme las visitas dentales y por qué. Esta información se obtiene de los padres. El registro deberá completarse con la fecha y la firma de la persona que da la información así como su relación con

el paciente.

La Historia Clínica se realiza de la siguiente manera:

1) Historia del caso.

- a) Datos personales (nombre, edad, etc.)
- b) Síntoma o síntomas actuales
- c) Historia Familiar
- d) Historia médica.

2) Exploración Clínica:

- a) Aspecto General
- b) La cara
- c) Mucosa oral
- d) Tejidos Periodontales
- e) Dientes
- f) Oclusión

3) Exploración Radiográfica.

En algunos casos se precisan pruebas de laboratorio, como biopsia, estudios bacteriológicos, etc., a fin de establecer un diagnóstico definitivo.

El historial clínico debe contener los datos personales del niño y sus padres (nombre, edad, etc.), así como una descripción del síntoma o síntomas actuales. En este momento puede ser conveniente que el cirujano dentista -- eche una rápida mirada a la situación oral del paciente antes de proseguir. La historia clínica debe contemplarse más como una conversación relajada que como un interrogatorio.

La Historia completa del caso incluye:

Historia Familiar:

Cuyo objeto es obtener cualquier información impor -

tante sobre la situación social del niño y lo que es más importante sobre su trasfondo familiar, condiciones de vivienda, profesión de los padres, asistencia del niño a la escuela.

Historia Médica: Debe ofrecer una impresión sobre el estado general de salud y desarrollo del niño, proporcionando información sobre cualquier enfermedad de importancia, será preciso solicitar una consulta con el médico del niño.

Historia Dental: Se deben revisar las experiencias del niño en servicios dentales, el tipo de tratamiento que recibió el niño y cuál ha sido su aceptación a la terapéutica dental, constituye una información importante que nos permite evaluar la conducta del niño en la situación dental.

Hay que identificar todos los factores de interés para la salud del paciente pediátrico, tales como los hábitos de higiene oral cotidiana, hábitos dietéticos y hábitos de succión.

La historia del caso también persigue la identificación de la etiología de afecciones raras como: caries rampantes, atrición atípica, recesión gingival, etc., observadas durante la breve inspección inicial.

Exploración Clínica:

Aspectos Generales:

La exploración clínica comienza desde el momento en que el niño entra en la consulta dental. A partir de entonces el cirujano dentista debe tomar nota de cualquier deformidad o limitación física del paciente, las reacciones emocionales frente al ambiente dental, se puede observar el grado de madurez y rasgos de personalidad del niño, las observaciones sobre el desarrollo del lenguaje son importantes para determinar hasta que punto el dentista puede aprovechar la comunicación verbal con su paciente.

Exploración de Cabeza y Cuello:

Esta parte tiene como objeto detectar cualquier asimetría, aumento de volúmen o defectos en piel y labios; hay que examinar la calidad del cabello, - superficial y color de la piel, diagnóstico de posibles trastornos en el desarrollo; hay que examinar la relación de los maxilares y desviaciones en apertura y cierre.

Exploración Intraoral:

Constituye el primer contacto del niño con los instrumentos dentales. -- Por ello hay que emplear procedimientos sencillos para acostumbrar al niño al manejo de la cavidad oral. La exploración se hace en forma sistemática para evitar omisión de cualquier aspecto importante.

Exploración de la Mucosa Oral:

Debe examinarse comenzando por el interior de los labios hasta la mucosa interior de las mejillas incluidos también los surcos alveolares superior e inferior. El paladar también se examina y el piso de boca y lengua. Durante la exploración hay que incluir la palpación, para probar la presencia de ulceraciones, cambios de color, zonas hinchadas o retracción gingival que indique un proceso patológico intrarradicular. Hay que examinar la presencia en la inserción de los frenillos.

Exploración de los Tejidos Periodontales:

Hay que observar si los tejidos periodontales presentan alteraciones inflamatorias.

Exploración de los Dientes:

La exploración de los dientes para observar variaciones en cuanto a su número y morfología, color y estructura superficial debe realizarse con una buena fuente de luz y tras un cuidadoso aislamiento. A veces es necesario -- limpiar primero los dientes para detectar cualquier alteración en la superficie del esmalte. En caso de lesiones traumáticas es preciso valorar el color y la traslucidez del diente lesionado mediante luz reflejada y luz transmitida ya que con frecuencia el cambiede color indica una afección pulpar.

Las lesiones cariosas iniciales se perciben tras una limpieza y secado de los dientes. Las obturaciones deben examinarse en busca de zonas sobresellantes, roturas marginales, etc.

Exploración de la Oclusión:

Finalmente hay que comprobar si el paciente presenta mala oclusión, además de desviación en el desarrollo dentario, oclusión de ambas arcadas y alteraciones especiales.

Exploración Radiográfica:

La radiología es el arma indispensable para el diagnóstico y la planificación terapéutica en odontopediatría y nos ayuda a determinar lesiones cariosas, infecciones periapicales, anomalías, aberraciones del desarrollo, secuelas de lesiones traumáticas, endodencias, estimación de la edad, trastornos maxilofaciales, etc. Las radiografías usuales son las periapicales, las de aleta mordible, oclusal, panorámica y de cráneo.

7.5 EXAMEN RADIOGRAFICO:

La selección de una buena técnica para radiografiar a un niño depende de la edad, tamaño de la boca y cooperación del paciente. Idealmente la técnica exige un mínimo de películas, el menor tiempo posible y la obtención de un examen adecuado de los dientes y las estructuras contiguas.

Para obtener la cooperación del niño es esencial un buen examen radiográfico al elegir la técnica radiográfica correcta. Ninguna técnica tendrá éxito total sin un cierto grado de buena voluntad del paciente. En esta situación no se considerarán los niños emocionalmente perturbados o, física y mentalmente disminuidos, requieren un manejo especial.

La mayoría de los niños normales se convierten en compañeros útiles del radiólogo si se les trata con calidez y buen ánimo. Es importante saludarlos de manera íntima, dirigirse a ellos por su primer nombre o aún por su sobrenombre. Una conversación agradable antes de cualquier tratamiento ayuda a iniciar la relación. Suele limitarse a un monólogo, en el que se hablará de-

lo que interesa al niño, temas como animalillos, mascotas, ropas, colegio, deportes y regalos de cumpleaños, suelen ser buenos comienzos.

El equipo de rayos X puede ser aterradorante o generar curiosidad, según el niño. Es prudente dejar que el niño toque la cabeza del equipo que oprima el botón y que haga todo aquello que pueda hacerlo entrar en conocimiento con la "cámara". Permita que el paciente sostenga una de las películas e infórmele dónde debe sostenerse. Si es una película se requiere que el niño ocluya para sostenerla, muéstrela al niño "el zumbido de la cámara" antes de comenzar con las radiografías. Además haga que el niño sea un paciente activo al permitirle que apriete el botón del reloj con su mano libre. Comenzar por las zonas fáciles puede asegurar el éxito, cuando se deba pasar a zonas más difíciles -- de radiografiar. Esto es importante en particular si el niño tiene un reflejo de vómito. Para estos pacientes son de beneficio los anestésicos tópicos.

El radiólogo no ha de permitir jamás que el paciente piense que ha fallado, aún cuando el niño se rehuse a cooperar después de repetidos intentos de comunicación de parte del C.D. La mayoría de los niños permitirá que el radiólogo obtenga radiografías laterales de los maxilares, aún cuando se rehuse a las bucales. Se puede también enseñar a la madre del niño a colocar la película en la boca del niño. El niño puede irse entonces y él y su madre practicarán en el hogar la colocación de las películas. En una visita posterior, él niño suele mostrarse más dispuesto a cooperar.

Para un estudio radiográfico completo a distintas edades en los niños, se deben tomar las siguientes radiografías intraorales:

E D A D:

- | | |
|---------------------|---|
| 1 a 3 años ----- | 2 Oclusales |
| 3 a 4 años ----- | 2 Oclusales, 2 de aleta mordible |
| 4 a 6 años ----- | 2 Oclusales, 2 de aleta mordible, 4 periapicales. |
| 6 a 11 años ----- | 2 Oclusales, 2 de aleta mordible, 8 periapicales. |
| 12 en adelante----- | 2 de aleta mordible y 14 periapicales. |

7.6. PROFILAXIS Y APLICACION TOPICA DE FLUOR;

En esta cita se llevará a cabo primero la profilaxis, que consiste en la limpieza de todas las superficies dentales utilizando una pasta no abrasiva - ayudándonos de el motor de baja velocidad y un cepillo para profilaxis e hilo dental sin cera para limpiar los espacios interproximales.

Es importante que el cirujano dentista mencione para que sirve cada uno de estos aditamentos haciendo mención también de que sólo estamos limpiando-- sus dientes, esto se hará para que el niño tome confianza en el C.D. como en el tratamiento.

El siguiente paso es continuar con la aplicación tópic de fluoruro. Recientemente se han comercializado barnices fluorados que se aplican en las superficies de los dientes, una vez limpias y secas. Se han observado retención del barniz sobre las superficies dentarias varias horas después de su aplicación. Debido a la gran concentración de fluoruro que contienen estos productos, hay que controlar con cuidado el volumen aplicado, especialmente en los niños pequeños.

Como alternativa a la aplicación de derivados fluorados en solución o en barniz, el fluoruro puede aplicarse en forma de gel en cubetas, la ventaja que tienen los geles con respecto a las soluciones, es que permiten un mayor tiempo de contacto entre el fluoruro y el esmalte dentario.

Por regla general, los geles se aplican una o dos veces al año, aunque en algunos estudios se aprueba la aplicación diaria.

Los métodos tópicos que pueden emplearse para su autoaplicación, son los colutorios y las pastas dentales que contienen flúor, los enjuagues con flúor forman también parte de programas realizados bajo su prevención profesional.

TECNICA DE APLICACION DE LA SOLUCION DE FLUORURO:

1. Aislamiento de los dientes con rollos de algodón y aspiraciones de saliva y secado con aire.
2. Aplicación de la solución de fluoruro utilizando una torunda de al-

godón. La solución se lleva a los espacios proximales con ayuda de una seda dental encerada. Los dientes se mantienen húmedos durante 3 a 4 minutos.

3. Instrucción al paciente para que escupa tras la aplicación, pero no se enjuague, que no coma ni se cepille los dientes durante media hora.

APLICACION TOPICA DE FLUOR



C O N C L U S I O N

Después de elaborar esta tesis, hemos podido llegar a la conclusión de lo importante que es el paciente infantil y la manera de llevar a cabo el -- tratamiento requerido en cada paso. Hay varios puntos esenciales que debemos de manejar:

La Psicología es una ciencia auxiliar muy importante en la Odontopediatría y al cirujano dentista podrá ayudarle a determinar la personalidad del paciente pediátrico dada por las influencias del medio que lo rodea y principalmente de sus padres, con la ayuda de este conocimiento psicológico se podrá seguir un tratamiento odontológico eficaz de cada caso en particular y -- lograr motivar al niño a acudir al consultorio dental.

Para poder tener un buen paciente infantil, es necesario educar primero a los padres y evitar las influencias negativas acerca de la atención odontológica, ya que el miedo es un factor muy significativo en el comportamiento del niño evitando su colaboración. Resulta ser que para él, el cirujano dentista es un villano o un enemigo que le hará pasar un mal rato y le impondrá un castigo "el tratamiento". El cirujano dentista por ello debe actuar con veracidad y paciencia para poder educar a los padres acerca de lo importante que es el tratamiento dental y también para conducir al niño a un estado de ánimo positivo en el que encuentre confianza y satisfacción en el tratamiento.

El cirujano dentista que se dedica en su práctica diaria al tratamiento de los niños debe estar bien preparado tanto en su técnica empleada al -- tratar a sus pacientes, como en su forma de pensar y en el control de sus -- emociones puesto que debe ser una persona muy centrada y segura de sí misma -- para sacar adecuadamente todo tipo de problemas que puedan presentarse en el da paciente.

El odontopediatra deberá saber ganarse la confianza de los niños y estimularlos para aceptar el tratamiento creando en ellos un sentimiento de -- cooperación para el cuidado de su boca.

Es importante también mantener siempre una buena relación con el paciente y con los padres para que finalmente haya una colaboración completa.

BIBLIOGRAFIA

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

SIDNEY B. FINN

Editorial Interamericana, S.A. de C.V.

México, 1982.

ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE.

MC. Donald.

ED: Mundi

México, 1975.

MANEJO DE LA CONDUCTA ODOLOGICA DEL NIÑO.

RIPA.

ED: Mundi, S.A.I.C. y F.

Argentina 1984.

ODONTOPEDIATRIA (Enfoque Sistemático).

B.O. Magnusson.

ED: Salvat, S.A.

Barcelona 1985.

DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO.

Hurlok PH. D. Elizabeth B.

Edición. Cuarta: Libro Mc. Graw Hill.

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO.

Mussen

13 Reimpresión

ED: Trillas, 1982.

ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGIA

Dirección, Denis Huisman, Psicoanálisis y Psicología Médica.
Plaza E. Jones, S.A.

HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA

Davlin Joseph Orban.
ED. Prensa Médica Mexicana

HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA DENTARIA

Abraham Abramovich
ED: Mundi
Buenos Aires 1985.

APUNTES DE ODONTOPEDIATRIA

7° y 8° Semestre.
Dr. José V. Nava S.