

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Ciencias

# MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

TRABAJO PROFESIONAL  
DE LA ESPECIALIDAD DE  
ODONTOLÓGICO DENTISTA

REGISTRO NACIONAL DE AUTORES

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

México, D.F. 1970



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## INDICE

	PAGINA
INTRODUCCION . . . . .	1
TEMA I LA ODONTOLOGIA INFANTIL . . . . .	3
TEMA II EXAMEN CLINICO . . . . .	8
TEMA III ASPECTO PSICOLOGICO . . . . .	32
TEMA IV MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL . . . . .	52
TEMA V ALIMENTACION Y EDUCACION DENTAL . . . . .	78
CONCLUSIONES . . . . .	83
BIBLIOGRAFIA . . . . .	86



*Chilper 2589*

## INTRODUCCION

El principal objetivo de nuestra Tesis será la manera de transmitir al niño y a sus padres, de una forma sencilla, la correcta educación odontológica, ya que en todo tratamiento dental que vayamos a realizar deberemos contar con la cooperación del paciente y para lograrlo tendremos que motivarlo.

Deberemos tratarlos como seres humanos y no como un caso, demostrando nuestro interés hacia su persona y familia, dándoles estímulos y confianza.

Veremos cómo deberá ser el comportamiento del Dentista, así como el de su asistente, hacia sus pacientes, utilizando para ello algunos de los conocimientos psicológicos con que contamos.

Trataremos de despertar el interés de nuestros pacientes por medio de consejos y pláticas antes de iniciar el tratamiento, familiarizándolos con el consultorio así como de sus componentes, sobre todo con aquellos que al llegar a nosotros, hayan tenido experiencias previas desagradables.

Tendremos que demostrar seguridad en nosotros mismos y en lo que vamos a realizar para que ellos también se sientan seguros.

Se verá la importancia de la conversación de acuerdo a la edad de

cada paciente así como de sus gustos personales y no abusar de su resistencia con consultas demasiado prolongadas.

Viendo la importancia que representa la salud y su conservación - en todo ser humano, principalmente en los niños, propondremos métodos odontológicos preventivos, para la formación de buenos hábitos tanto en la higiene dental como en la alimenticia, esperando sean de utilidad para todos.

## TEMA I

## LA ODONTOLOGIA INFANTIL.

## A.- Definición.

La Odontología Infantil u Odontopediatría se define muchas veces - como "La rama Odontológica que se especializa en la atención y cuidado dental del niño", pero consideramos que esta definición es in completa y empírica, puesto que solo enfoca los problemas de la bo ca del niño.

La Odontología Infantil es una especialidad más completa, no trata únicamente los problemas que presenta la boca del niño, sino inclu so trata de prever los futuros padecimientos de todo su organismo, aun desde la vida intrauterina.

Entre las definiciones más conocidas citaremos las de:

1).- Rhobrtan: "Es la ciencia de la higiene, profiláxis y todos los cuidados necesarios, para conducir a los niños a la edad adulta en las mejores condiciones dentales".

2).- Más completa y satisfactoria es la de R. Pauley, que dice:

"Es la rama de la Odontología que contempla al niño en su totali--  
dad, tanto en su aspecto físico como psicológico, enfoca los pro--



blemas presentes de su boca, los trata y toma medidas preventivas para evitarles otros similares en el futuro".

#### B.- Nomenclatura.

A la Odontología Infantil, se le conoce por diversos nombres que han tenido su origen en diferentes países, los más conocidos son:

- 1).- Pedodoncia o Pedodontia.
- 2).- Odontología para Niños.
- 3).- Pediatría Dental.
- 4).- Odontopediatría.

Este último es el que utilizamos comunmente en nuestro país, sin embargo, el término Odontología Infantil es el más usado en todos los países Latinoamericanos.

#### C.- Finalidad.

Podemos decir que los objetivos principales de la Odontopediatría son:

La prevención, diagnóstico y corrección de los problemas bucodentales, evitando así, gran número de trastornos a nivel general -- que por una mala atención se pueden derivar.

Tratar las enfermedades a nivel preventivo sería lo más deseable puesto que la prevención es siempre la meta final de la ciencia médica en su totalidad. Sin embargo, en cualquier tipo de trastornos, el valor de un buen servicio que el Odontólogo pueda dar, nunca será lo suficientemente ponderado ya que un tratamiento odontológico poco adecuado o insatisfactorio realizado en la niñez puede dañar permanentemente el aparato masticatorio dejando al individuo con muchos de los problemas dentales hoy en día tan comunes en la población adulta.

No obstante los progresos que ha tenido la Odontología Infantil en los últimos años, se considera muy distante todavía el que éstos puedan llegar a ser una realidad para muchos padres de familia con hijos pequeños y para algunos Odontólogos, por los muchos prejuicios existentes.

Sin embargo, se está luchando por hacer una verdadera educación odontológica por medios publicitarios, como la radio, la televisión, prensa, folletos, etc., a fin de implantarla no sólo dentro del público sino también en nuestra profesión. Se ha logrado que la Odontología Infantil sea una especialidad tangible ya que se han creado Institutos Sociales y Clínicas dedicadas al estudio, investigación y difusión de ésta.

Como fines de la Odontología Infantil señalaremos los siguientes - puntos:

1).- Inculcarle al niño hábitos de limpieza, que mantendrán su boca en buenas condiciones de higiene y buen estado de salud.

2).- La preservación de sus dientes primarios cuya importancia se resume en cinco puntos:

a.- Proporcionar una función masticatoria eficiente con miras a -- una mejor digestión y asimilación de los alimentos.

b.- Mantener el espacio apropiado para los futuros dientes, contribuyendo con ello a una oclusión normal.

c.- Contribuir al desarrollo físico del niño, así como también al intelectual, ya que su instrucción primaria requiere de un gran esuerzo mental, y un niño con mala masticación, así como con dien--tes enfermos que le ocasionen dolor, de ninguna manera podrá atendeder debidamente a sus enseñanzas.

d.- Ayudar en la formación de su aprendizaje fonético en los primeuros años de su vida evitando así deficiencias en el habla que puededen ser ocasionadas por la pérdida prematura de sus dientes.

e.- Evitar traumas psicológicos debido a la estética facial pues es

frecuente que entre niños de corta edad, si alguno pierde sus dientes prematuramente, sea objeto de burlas.

3).- Prevenir y corregir cualquier hábito o condición que pueda influir en una futura mala oclusión.

4).- Con todas las medidas preventivas a nuestro alcance, evitar - en lo que sea posible la futura aparición de caries y otras enfermedades indeseables.

5).- Crear en el niño un sentido de cooperación y responsabilidad con respecto al cuidado de su boca, para que él mismo vele por ella.

6).- Instruir a los padres para obtener su completa colaboración.

## TEMA II

## EXAMEN CLINICO.

La realización de un examen completo y exhaustivo así como la interpretación de éste, es muy importante para el éxito de la práctica odontológica. El examen de un niño implica mucho más que -- la simple búsqueda de alteraciones en la cavidad bucal o de un - diente dolorido, ya que no pueden excluirse las muchas variables asociadas con la edad, crecimiento y desarrollo, como también el estado de salud pasado y presente.

El odontólogo, aunque en muchas circunstancias limite su práctica a los dientes y estructuras dentales, debe reconocer las complicaciones generales sistemáticas y sus posibles efectos sobre los tejidos de la boca, como también las posibilidades de afecciones del cuerpo en conjunto desde la cavidad bucal.

En algunas ocasiones no será posible realizar una exploración completa como es lo ideal, ya que si hay un problema urgente, este - examen se limitará al emplazamiento de la lesión y se diseñará básicamente para llegar a un diagnóstico inmediato que lleve a un - tratamiento rápido y a la eliminación de la queja principal en -- ese momento.

1).- Todos los métodos de examen son indispensables para llegar a un diagnóstico correcto, en el cual se sigue un procedimiento que comienza con una apreciación de conjunto del paciente, se continúa con la Historia Clínica, con el examen de cabeza y cuello, y posteriormente con la revisión de la cavidad oral.

2).- Una vez realizados estos pasos procederemos a tomar las impresiones dentales para hacer nuestros modelos de estudio concluyendo con la toma de las radiografías necesarias.

3).- El examen clínico tiene por objeto realizar un diagnóstico sobre el cual girará todo el plan de tratamiento.

#### A.- Apreciación de Conjunto del Paciente.

Esta será una perspectiva general, rápida, cuando el niño entra en el consultorio dental y esas observaciones serán anotadas durante el desarrollo de la historia clínica.

1).- Altura. La mayoría de los niños presentarán una estatura normal, por lo tanto cuando un dentista ve a un niño con estatura anormal, tomará en cuenta este dato para sus conclusiones finales. Un niño puede tener estatura normal para su edad o ser muy alto o muy bajo.

2).- Marcha. Se refiere al término de locomoción y será de gran

importancia para el dentista la marcha anormal que atraiga su atención. Para que una persona pueda caminar de una manera normal, deben existir centros cerebrales intactos, reflejos normales y un cerebelo con buen funcionamiento.

Los trastornos importantes que alteran la marcha son: Intoxicación arsenical, cretinismo, poliomelitis, leucemia, diabetes, fiebre reumática, deficiencia de vitamina C, pelagra y acondroplasia, entre otros.

3).- Habla. Unas cuantas palabras al conversar con el niño bastarán por lo general para darnos cuenta de su lenguaje.

Existen tres tipos de trastornos en el habla:

a.- Hay una perturbación en el ritmo del discurso, como tartamudeo.

b.- Fallas en la articulación de las palabras que cualquier infección intraoral dolorosa puede provocar.

c.- Fallas en la fonación debidas a enfermedades infecciosas como la escarlatina y la difteria, así como en otras no infecciosas.

4).- Manos. Estas, por lo general son un reflejo bastante útil -- del estado general de salud del paciente. En ellas se pueden en--

contrar lesiones cutáneas de enfermedades exantemáticas, manifestaciones de avitaminosis y anemia e indicaciones de infecciones - agudas y crónicas.

Podemos observar también datos importantes por la variación de su color, por la presencia de movimientos anormales, el ensanchamiento de las muñecas, la forma, tamaño y número de dedos y forma y - contextura de las uñas. Es así como podemos apreciar algunos de - los trastornos biológicos, tales como: Sífilis congénita, empéti - go y endocarditis bacteriana sub-aguda.

#### B.- Historia Clínica.

Cuando los padres llevan al niño con el dentista para ser examina - do, éste deberá formular algunas preguntas de carácter indispensa - ble.

El dentista deberá anotar las observaciones en una tarjeta previa - mente formulada para este fin. La Historia Clínica incluye:

- 1).- Datos personales.
- 2).- Antecedentes personales no patológicos.
- 3).- Antecedentes personales patológicos.
- 4).- Antecedentes heredo-familiares.



5).- Problema actual.

6).- Repaso de conjunto.

1).- Datos personales.

a.- Nombre.

b.- Fecha de nacimiento.

c.- Lugar de nacimiento.

d.- Grado de escolaridad.

e.- Apodo o diminutivo.

f.- Sexo.

g.- Edad.

h.- Dirección del paciente.

2).- Antecedentes personales no patológicos. Están constituidos por:

a.- Tipo de casa habitación.

b.- Educación.

c.- Hábitos personales.

d.- Tipo de alimentación: 1).- Cantidad. 2).- Calidad. 3).- Frecuencia.

e.- Inmunizaciones (Vacunas).

f.- Adicciones.

3).- Antecedentes personales patológicos. Esta es la información del estado de salud del paciente desde su concepción hasta la -- iniciación de su enfermedad actual.

Al iniciarse una enfermedad, la edad, sexo y etapa de crecimiento del niño, pueden influir en la susceptibilidad de este a contraer una infección, así como en la gravedad de la misma. Por -- ejemplo, la frecuencia de ciertas infecciones es mayor en una -- edad que en otra. Esta relación entre frecuencia y edad pueden -- tener su origen en varios factores: mayor oportunidad de exposición, por ejemplo al ingresar a la escuela; cambios en la inmunidad del paciente o cambios tisulares generales que son característicos de ciertas edades y ocasionalmente proporcionan condiciones adecuadas para el crecimiento de microorganismos específicos.

Ciertas infecciones bacterianas aunque no están restringidas a -- grupos determinados de edades; pueden ser graves y de progreso -- rápido en la lactancia, y relativamente inocuos entre los cinco -- y diez años y ser graves nuevamente en la adolescencia.

Se hará un formulario con las enfermedades más frecuentes en la

niñez que a menudo perturban la salud mental así como antecedentes de tipo: Alérgico, diatésico, fínico, luético, hemorrágico - traumático, quirúrgico, psiquiátrico y neoplásico.

Algunas enfermedades que se encuentran dentro de esta clasificación son:

1).- Infecciones estreptocóccicas y otras infecciones bacterianas.

a.- Fiebre escarlata (escarlatina).

b.- Difteria.

c.- Tuberculosis.

d.- Tularemia (fiebre de conejo).

e.- Sífilis.

f.- Pertusis (tosferina).

g.- Tétanos.

2).- Infecciones Virales.

a.- Sarampión (rubeola)

b.- Sarampión Alemán (roseola).

c.- Exanthem Subitum (roseola infantum).

d.- Erythema Infectiosum. (5a. enfermedad).

e.- Herpesvirus.

f.- Varicela.

g.- Herpes,

- h.- Viruela.
- i.- Mononucleosis Infecciosa.
- j.- Herpangina (Enfermedad de verano).
- k.- Enfermedad de manos, pies y boca.
- l.- Fiebre del arañazo de gato.

3).- Enfermedades Micóticas.

- a.- Moniliasis (Algodoncillo, candidiasis).

4).- Antecedentes heredo-familiares.

En este punto, preguntaremos las enfermedades o padecimientos tanto de los padres como de los abuelos.

- a.- Diabetes.
- b.- Sífilis.
- c.- Leucemia.
- d.- Malformaciones.
- e.- Padecimientos del S.N.C., como epilepsia.
- f.- Alergias como asma.
- g.- Tuberculosis.

5).- Problema actual.

Es el motivo principal que trae al paciente al consultorio dental. El niño, si tiene edad suficiente y posibilidades de expresarse, - junto con los padres, narrará su problema. Hay dos razones por las cuales es conveniente que el niño nos diga cual es su problema con sus propias palabras: a.- Para su alivio psicológico, b.- Como - auxiliar en el diagnóstico.

6).- Repaso de conjunto.

Es esencial que el examinador lleve a cabo un método o rutina en - la elaboración de la historia clínica. La forma en que la haya an- tado no tiene importancia, mientras sea completa y realizada escri- pulosamente, así, rara vez equivocará un diagnóstico.

## C.- Examen de la cabeza y del cuello.

1).- Tamaño y forma de la cabeza. Lo más importante es el desarro- llo de la bóveda craneal, que depende casi por completo del desa- rrollo del cerebro; y la parte o porción masticatoria del cráneo - que está influenciada por la formación de la lengua y por la ac- ción de los músculos de la expresión facial de la masticación. De los trastornos de interés odontopediátricos que producen alteracio- nes craneales tenemos.

- a.- Enfermedades infecciosas.- Sífilis.
- b.- Perturbaciones hormonales.- Cretinismo, enfermedad de Albright y enanismo hipofisiario.
- c.- Perturbaciones del desarrollo. Acondroplasia, enfermedad de Albers Schonberg, disostosis cleidocraneal, anemia de Cooley, enfermedad de Cuzon y osteogénesis imperfecta.
- d.- Perturbaciones de la Nutrición.- Raquitismo.
- e.- Afecciones Miceláneas.- Idiocia mogólica, hidrocefalea y microcefalea verdadera.

2).- Piel y Cabello. Partes del organismo en íntima relación y de gran ayuda para el diagnóstico de algunas alteraciones. La piel de la cara, al igual que la de las manos, puede observarse para detectar señales de enfermedad como en los casos de afecciones dérmicas. En ella hay que observar la coloración de la piel, la calidad, textura y temperatura, así como la presencia de máculas, pápulas o vesículas, pústulas, púrpura, nódulos, costras, eritema, edema, ulceraciones y fisuras. Tal sería el caso de una displasia ectodermal congénita la cual se manifiesta con cabello escaso, delgado y de color claro y en algunas ocasiones con ausencia de éste. También tenemos el caso del empeine o impétigo, una de las calvicies más comunes donde podemos observar un área pequeña, discreta y redondeada, circunscrita por una línea endu

recida e inflamada.

Por otro lado la adición de medicación hormonal puede causar hirsutismo o crecimientos excesivo del cabello. Dentro de las enfermedades que afectan la piel y el cabello tenemos:

a.- Enfermedades infecciosas.

1).- Escarlatina.

2).- Sarampión.

3).- Sífilis.

4).- Varicela.

5).- Herpes simple.

6).- Roseola.

7).- Impetigo.

b.- Trastornos Químicos.

1).- Intoxicación plúmbica y sulfamídica

c.- Neoplasmas.

1).- Leucemia

2).- Hemangioma.

d.- Perturbaciones hormonales.

- 1).- Enfermedad de Albright.
- 2).- Pubertad.
- 3).- Cretinismo.

e.- Perturbaciones del desarrollo.

- 1).- Anemia de Cooley.
- 2).- Hemofilia.
- 3).- Drepanocitemia.
- 4).- Displasia ectodérmica hereditaria.

f.- Alteraciones nutritivas.

- 1).- Psilosis.
- 2).- Pelagra.
- 3).- Raquitismo.
- 4).- Deficiencia de vitamina C.
- 5).- Arriboflavinosis.

g.- Estados de stress.

- 1).- Urticaria.
- 2).- Eritema polimorfo.



- 3).- Fiebre reumática.
- 4).- Eritema nudoso.
- 5).- Edema angioneurótico.

### 3.- Tumefacción facial, asimetría.

Un rostro normal está muy lejos de ser todo lo simétrico que se supone. Este hecho puede demostrarse por el siguiente procedimiento:

Se coloca una cámara sobre un tripié y se le ubica de modo que quede enfrente de la cara del sujeto. Se toman 2 fotografías que sean similares. Se cortan los negativos por la mitad en sentido del eje vertical; una de las mitades del lado izquierdo se invierte y se une con la otra mitad izquierda y se obtendrá la copia correspondiente a una cara completa. Se realizará lo mismo con las del lado derecho. Las dos copias obtenidas serán asombrosamente parecidas, pero en ninguna de ellas la persona que posó se parecerá.

Por lo tanto, para valorar la asimetría facial es necesario tener en cuenta las variaciones normales.

Las enfermedades infecciosas son las causantes más comunes en la tumefacción facial y la asimetría, siguiéndolas el trauma mecánico.

Dentro de los trastornos que afectan la simetría facial tenemos:

a.- Enfermedades Infecciosas.

1).- Pulpitis.

2).- Osteomielitis.

3).- Paperas.

b.- Trastornos físicos.

1).- Fracturas.

c.- Afecciones Mielaneas.

1).- Hipertrofia maseterina.

2).- Hemiartrofia.

3).- Hemihipertrofia.

4).- Articulación Temporo Mandibular.

Dicha articulación no requiere un examen rutinario, sin embargo, existen ocasiones en que puede necesitarse un estudio minucioso de esta articulación.

Es importante tener en cuenta que en esta zona se encuentran los puntos claves para realizar los movimientos más importantes de la masticación. También debemos de considerar que está sujeta a todas las enfermedades que puedan afectar a las articulaciones - en general a la vez que traumatismos tales como fracturas dislocaciones o sufrir alguna contusión o laceración.

También se pueden observar varios síntomas y signos que incluyen: dolor, trismus, chasquidos, estallidos y asimetría facial.

Muchas enfermedades infecciosas pueden invadir la cavidad articular o pueden producir una irritación refleja en los músculos de la masticación.

Los trastornos de la articulación de interés odontopediátrico son los siguientes:

- a.- Cualquier infección intraoral aguda.
- b.- Fracturas.
- c.- Dislocaciones.
- d.- Contusiones.
- e.- Distensiones.
- f.- Cualquier tumor invasor.
- g.- Cóndilo infradesarrollado.
- h.- Fosa glenoidea infradesarrollada.

5).- Oído.

El odontólogo en su exploración rutinaria del oído, deberá ser capaz de diagnosticar la presencia de alguna alteración en el niño, tal como una deficiencia auditiva, algún tipo de secreción anormal o sensibilidad que indique la inflamación en el oído. En dado caso que existiese, el odontólogo determinará si es originado en la cavidad oral con ayuda de un examen radiológico.

Si considera que la causa de la afección al oído no es de etiología bucal, remitirá al paciente al Otorrinolaringólogo.

6).- Ojos.

El Odontólogo deberá observar si el niño tiene o no dificultad para ver y si usa lentes o no.

La observación de los ojos del niño deberá incluir:

La acción de los párpados, presencia o ausencia de inflamación, hinchazón o irritación alrededor de éste, costras o lesiones de párpados, conjuntivitis, defectos del iris o lagrimeo anormal.

En general, el Odontólogo deberá reconocer cualquier anomalía en la estructura del ojo y tejidos que le rodean. Descartará cual

quier afección bucal como factor etiológico y enviará al paciente a un Oculista de buena reputación para que le haga un examen completo.

#### 7).- Nariz.

La nariz es importante para el odontólogo por la cercanía que existe con la cavidad bucal, ya que una infección nasal anuncia, a menudo, algunos de los trastornos infecciosos que pueden manifestarse en la boca tales como: quistes, tumores y abscesos, especialmente en el maxilar superior, ya que éstos pueden presentarse en los conductos nasales.

#### 8).- Cuello.

Puede estar involucrado primaria o secundariamente, por infecciones, neoplasmas o simples trastornos físicos.

El examen del cuello se hace por observación y palpación. En éste último, el odontólogo deberá pasar de manera natural la parte plana de sus dedos sobre la región parótida, bajo el cuerpo de la mandíbula, hacia las regiones maxilar y sublingual y desde ahí, palpar los triángulos del cuello. Frecuentemente hay agrandamiento de ganglios linfáticos submaxilares que pueden asociarse con infecciones respiratorias crónicas, o pueden deberse a drenaje de infecciones bucales o neoplasmas. También se puede diagnosticar inflama---

ción de las glándulas salivales.

D.- Examen de la cavidad oral.

Es la meta del examen para nuestro diagnóstico. La apreciación general y diagnóstico sistemático de la cabeza y del cuello -- sirven de introducción a la cavidad oral del niño.

El odontólogo deberá evitar cualquier tendencia a enfocar su - atención directa en las piezas dentales, descuidando así otras áreas.

Al concentrar sus esfuerzos en examinar los tejidos blandos de la boca y de la faringe primero, el dentista protegerá su repu- tación de diagnosticador cuidadoso. Una regla es:

"El odontólogo que realiza un buen diagnóstico, cuenta las ca- ríes que presentan los dientes en último lugar, no primero".

1).- Aliento.

El aliento de un niño es particularmente dulce y agradable. Un aliento desagradable puede ser de origen general o local. Cuan- do es de origen general, puede provenir de los pulmones, trá-- quea, bronquios, laringe, faringe, senos paranasales y tracto digestivo superior y debido a enfermedades tales como: Sinusi- tis, fiebre tifoidea, trastornos gastrointestinales, trastor--

nos metabólicos y problemas de la nutrición.

Cuando es de origen local, es debido a una higiene bucal inadecuada, presencia de sangre en la boca por infecciones necrotizantes graves o alimentos volátiles de olor fuerte.

## 2).- Labios.

En cualquier examen de los labios se debe comprobar si hay engrosamiento, ulceraciones, vesículas, flictemas, pústulas, alteraciones cromáticas, atrofas, costras, nódulos, fisuras, deformidades, cicatrices, fisuras comisurales y perturbaciones de la sensibilidad.

Numerosos agentes infecciosos invaden tanto la cara como la mucosa de los labios a causa de su ubicación prominente, y están sujetos a una gran cantidad de traumas mecánicos y quemaduras químicas. Las perturbaciones nutritivas y estados de stress atacan a los labios con frecuencia.

## 3).- Mucosa Bucal.

Es un lugar frecuente de lesiones, las cuales pueden manifestarse de diferentes formas como pigmentación, púrpura, hemorragias,

nódulo, vesículas, engrosamientos, atrofas e hipertrofas, etc.

Las enfermedades exantemáticas pueden ser precedidas o acompañadas por un enantema en la cavidad bucal, por lo que es importante que el odontólogo haga un examen minucioso de esta zona para llegar a un diagnóstico adecuado de la existencia de alguna patología.

Los trastornos nutritivos y los estados de stress también se manifiestan en la mucosa del carrillo.

#### 4).- Saliva.

La calidad de la saliva puede ser:

- a.- Muy delgada.
- b.- Normal.
- c.- Muy viscosa.

La saliva solo podrá producir problemas cuando:

- a.- Su flujo aumente en forma anormal.
- b.- cuando su flujo decrezca en forma significativa.
- c.- Cuando se excreten en la saliva substancias que alteren su --  
composición y naturaleza tales como secreciones purulentas.



Esto manifiesta la existencia de infecciones generales como parotiditis epidémica.

#### 5).- Encía.

Un examen de encías debe incluir siempre: color, tamaño, forma, contorno, consistencia, contextura superficial, posición y la fragilidad capilar.

Practicamente todos los agentes infecciosos que invaden la encía, producen cambios de color, y junto con otros fenómenos como traumas, se producen claras alteraciones en la encía. También hay que considerar los estados de stress, trastornos nutricionales, las alteraciones metabólicas y los desequilibrios hormonales.

#### 6).- Lengua.

Es un barómetro importante de las enfermedades. Las alteraciones linguales son, por lo general, indicio de un proceso patológico. Para valorar la lengua en forma apropiada es necesario anotar su tamaño, posición, grado de movilidad, color y textura, presencia de ulceraciones, cicatrices y sequedad.

#### 7).- Espacio Sublingual.

Siendo de igual importancia, es una de las zonas que más se descuidan en el examen de la boca. El espacio sublingual rara vez queda involucrado por una enfermedad, probablemente a causa de su localización. A pesar de ello pueden manifestarse engrosamientos, ulceraciones, alteraciones del color y flictemas que llegan a afectar los movimientos linguales, por lo tanto el habla.

#### 8).- Paladar.

Lugar frecuente de afecciones. En él podemos encontrar alteraciones del color, lesiones en la membrana, engrosamientos, flictemas, ulceraciones, perforaciones y cicatrices que se hicieron para reparar anomalías del desarrollo.

#### 9).- Faringe y Amígdalas.

En la faringe y amígdalas los signos de importancia son: las alteraciones de color, púrpura, vésiculas, ulceraciones, engrosamientos y lesiones en la membrana.

Hasta este momento en el examen de la cavidad oral solo han sido considerados tejidos blandos. La atención se enfoca ahora sobre los dientes.

10).- Dientes.

En cualquier examen dental se deben considerar las características normales de la erupción, la disposición, color, forma, número, etc., para poder percatarnos de la existencia de malformaciones y pigmentaciones, así como depósitos de sarro, caries dental, y los trastornos que producen su movimiento y exfoliación.

Hay muchas afecciones que producen una alteración de la forma y aspecto de los dientes. En algunas ocasiones, la causa puede estar presente durante el desarrollo del diente, en otros casos, - las alteraciones son postnatales.

El odontólogo encuentra con frecuencia macrodoncia y microdoncia.

La pigmentación anormal de los dientes puede ser de origen extrínseco o intrínseco. La más común de origen exógeno es debida a bacterias y productos químicos. Por ejemplo, las bacterias cromógenas pueden desarrollarse en la superficie del diente y producir manchas verdes, pardas, anaranjadas o rojas. Como ejemplo de un cambio de coloración en el cual el origen sea endógeno, mencionaremos el de un diente desvitalizado.

El grado de movilidad dentaria va en función del equilibrio entre las fuerzas aplicadas a un diente y la resistencia a éstas -

ofrecida por los tejidos periodontales. Un tratamiento local es un factor importante en la movilidad dentaria. Sin embargo, existen muchos y variados factores etiológicos.

Tal es el caso de restauraciones mal ajustadas las cuales motivan este problema con la consiguiente movilidad en los dientes.

La oclusión céntrica es una relación intermaxilar que existe --- cuando se establece la intercuspidación después del cierre de -- mandíbulas, en la que ambas superficies dentarias engranan fuertemente y la mandíbula está en su posición más craneal.

Cualquier desviación de esta relación se designa como mala oclusión.

## TEMA III

## ASPECTO PSICOLOGICO.

## A.- Psicología Infantil.

Los problemas emocionales del niño, especialmente en relación con aspectos dentales, ofrecen al dentista una imagen de las influencias paternas que pueden producir ansiedades indeseables en el niño. En cualquier situación, el modelo de comportamiento de un niño estará regido por su herencia física y mental, y a medida que se desarrolla, por el acondicionamiento que recibe al entrar en contacto con el medio físico y social. La herencia no se puede alterar, excepto dentro de límites estrechos- el comportamiento, consecuencia del medio, sí puede alterarse en parte, pues se puede controlar de manera que el niño crezca, se desarrolle y llegue a tener una personalidad equilibrada acorde con la sociedad en la que se encuentra. El acondicionamiento emocional del niño hacia la Odontología, al igual que hacia las otras experiencias que forman la niñez, se forja primordialmente en casa y bajo gufa paterna. El Dentista tiene que reconocer que está vinculado emocionalmente a sus pacientes y para manejarlos con buen éxito debe estar consciente de los factores psicológicos que han formado sus actitudes y modelos de comportamiento hacia la odontología. El dentista deberá aceptar esta obligación como parte sistemática de su práctica. Si queremos tener buenos pa---

cientes infantiles, primero tendremos que educar a los padres. El dentista que no lo haga, no estará usando todos los medios disponibles para el buen manejo del niño.

Antes de que este en posición de aconsejar a los padres sobre la preparación psicológica de sus hijos, el dentista debe comprender los problemas que intervienen, la naturaleza del miedo del niño y estar consciente de cómo las actitudes de los padres pueden modificar los diferentes tipos de su comportamiento.

El odontólogo deberá actuar siempre positivamente y una vez enterado del tipo de personalidad del niño y de cómo se le desarrolló, deberá tener diplomacia y tacto para transmitir esta información a los padres de manera profesional y adecuada.

La información de este capítulo se aplica no tan sólo a los pacientes infantiles sino también a los adultos, ya que si comprendemos los problemas emocionales del adulto comprenderemos también los -- del niño. Los traumas que se presentan en la madurez se originan -- en la infancia. En los adultos el miedo y la ansiedad tienen mayor duración y se encuentran generalmente latentes y escondidos.

Sin embargo, existen fobias marcadas en los adultos hacia los tratamientos dentales y éstas son responsables de que un sector de --

nuestra población evite tratamientos odontológicos.

1).- Naturaleza del miedo.

El miedo del paciente representa para el Dentista el principal problema a afrontar y es una de las razones por las que la gente descuida el tratamiento dental.

El miedo y la ira son respuestas primitivas que se desarrollan para proteger al individuo contra daños y la propia destrucción. El estímulo emotivo se descarga por medio del sistema nervioso autónomo a través del hipotálamo y requiere una limitada integración cortical.

2).- Valor del miedo.

Contrariamente a lo que en general se cree, el miedo dirigido y controlado de manera adecuada puede ser muy valioso. Puesto que las causas que lo producen pueden realmente dañar al niño, el miedo se considera un mecanismo protector de preservación. La naturaleza misma de esta emoción puede utilizarse para mantener al niño alejado de situaciones peligrosas, ya sea de tipo social o físico.

### 3).- Tipos de miedo.

La mayoría de los temores evidentes en el niño han sido adquiridos - objetivamente y subjetivamente.

a.- Temores objetivos. Son los producidos por estímulos físicos directos a los órganos sensoriales y generalmente no son de origen materno. Son reacciones de estímulos que se sienten tales como: ver, - oír, oler y saborear, y que pueden ser de naturaleza desagradable o dolorosa.

b.- Temores subjetivos. Están basados en sentimientos y actitudes - que han sido sugeridos al niño por las personas que le rodean, sin - que el niño los haya experimentado personalmente.

Cada niño es individual y reacciona de manera personal. Gran parte - de la reacción dependerá de la capacidad innata física y mental de - cada uno.

### 4).- Miedo y crecimiento.

Se puede enseñar a los padres que la edad es un factor importante - del miedo y modifica la eficacia del condicionamiento. Los temores de un niño y la manera en que los afronta cambian con la edad.



El comportamiento emocional, como cualquier otro comportamiento, sufre un proceso de maduración del que dependerá el crecimiento integral del individuo.

El miedo es una de las primeras emociones que se experimentan después del nacimiento. Las respuestas al sobresalto están presentes al nacer y se pueden demostrar aún antes de éste, como es el caso de las reacciones reflejas a ciertos estímulos.

El lactante no está consciente de la naturaleza del estímulo - que produce miedo. A medida que el niño crece y aumenta su capacidad mental, toma consciencia de los estímulos que le producen miedo y puede identificarlos individualmente.

El momento adecuado para llevar al niño con el odontólogo es - cuando éste tiene dos ó tres años. Es importante tener en cuenta los problemas dentales que ha tenido el niño desde esta edad hasta su adolescencia.

Los primeros temores que el niño asocia con la odontología son los producidos por lo inesperado y lo desconocido, tal es el caso de cualquier estímulo precipitado o intenso de los órganos - sensitivos como los que ocasionan el ruido y vibración de la - fresa y la presión que se ejerza al usar instrumentos de mano - al preparar cavidades. A menos que el dolor sea intenso, teme -

más al ruido de los instrumentos dentales que al dolor que los acompaña, también teme caerse del sillón dental o a movimientos súbitos que se realicen sin avisarle, como subirlo, bajarlo e inclinarlo en el sillón.

Los movimientos de la mano rápidos y enérgicos también le atemorizan, la luz muy fuerte de la lámpara operatoria produce miedo si se deja que brille en los ojos del niño.

El niño que todavía no va al colegio puede temer al separarse de sus padres cuando entra al consultorio dental, pues ha aprendido a depender de ellos para obtener seguridad y siente que le han abandonado cuando se queda solo con el Odontólogo.

Durante la primera visita, el padre o la madre deberá siempre permanecer dentro del consultorio dental pues el niño al ver la silla o la unidad dental tan poco familiar para él, con sus extrañas proyecciones puede inspirarle miedo si es muy pequeño.

##### 5).- A los tres años.

Se ha observado que los niños inteligentes muestran más miedo -- que los demás, tal vez por ser más conscientes del peligro y mostrarse más reacios a aceptar seguridad expresada verbalmente, -- sin presencia de pruebas. A esta edad el niño suele tener espri

tu agresivo y aventurero, y algunas veces actitudes amistosas. Las niñas por el contrario tienden a ser mucho más reservadas. El miedo al daño físico se asocia a menudo con la odontología porque al niño le han enseñado que el dentista puede causarle dolor, por lo tanto un daño. Con frecuencia en la mente del niño se asocia la -- idea del dolor con portarse mal ya que en alguna ocasión cuando no se portó bien fué castigado con algo que le dolió y como el dentista puede provocarle dolor interpreta su visita al consultorio como castigo por haberse portado mal.

#### 6).- De los cuatro a los seis años.

El niño entra en un período de conflictos muy marcados como inestabilidad emocional. Se encuentra en un estado de inquietud constante entre su yo en evolución y hacer lo que se le pide. A medida en que su ego se desarrolla, se vuelve lo suficientemente fuerte para tolerar muchas tensiones internas desagradables y suprimirlas.

Cuando el niño llega a la edad escolar el miedo a la odontología -- que le fué provocado por sugestión, imitación o experiencias desagradables, se ha vuelto más fácil de manejar. Sólo unos cuantos -- conservan fobias definidas. El niño de esta edad demanda menos protección y se somete mejor. La disminución de temores puede de----

berse a:

- a.- Se dá cuenta que no hay nada que temer.
- b.- Presiones sociales que le fuercen a ocultar su miedo.
- c.- Imitación en general.
- d.- Guía por parte de los adultos.

7).- A los siete años.

El niño ha mejorado su capacidad para resolver temores, aunque - puede reaccionar de manera que parezca alternadamente cobarde o valiente. Está en la edad de preocupaciones y se está sobrepo--- niendo a sus miedos o temores reales. El apoyo familiar es de -- enorme importancia para comprenderlos y superarlos. Es cuando el dentista puede razonar con él y explicarle que es lo que le está realizando. Si se produce dolor, se le puede instruir para que - muestre su inconformidad ya sea levantando la mano o con algún - otro gesto.

8).- De los ocho a los catorce años.

El niño ha aprendido a tolerar situaciones desagradables y mues- tra marcados deseos de ser obediente. Maneja bien sus frustracio\_

nes, no tiene grandes problemas y se ajusta fácilmente a la situación en que se encuentra. Desarrolla considerable control emocional y pone objeciones a la gente que toma a la ligera sus sufrimientos. No le gusta que lo fuercen, que se hagan injusticias o que lo mimen ya sean los amigos o el dentista en su consultorio.

9).- Los adolescentes.

Especialmente las jóvenes empiezan a preocuparse por su aspecto físico, a todas les gustaría ser lo más atractivas posibles; este interés por los efectos cosméticos puede utilizarlos el dentista para motivar la atención odontológica. Están dispuestas a cooperar para satisfacer su ego. Los problemas de manejo a esta edad, ocurren solamente en las personas considerablemente mal ajustadas.

B.- Influencia de los padres en la conducta del niño.

Las actitudes de los padres pueden determinar que un niño sea - amigable u hostil, cooperador o rebelde.

En la mayoría de los casos, el comportamiento de los niños en el consultorio odontológico es un excelente indicador de éstas. Nunca se ha dado suficiente importancia a la necesidad que tiene

el niño de convivir con adultos emocionalmente maduros y es a través de ellos, como él puede adquirir esta madurez emocional.

Frecuentemente los padres adoptan una actitud hacia sí mismos y otra hacia su hijo. Esta falsedad no es positiva. El niño tiene poderes de observación muy agudos y no se le puede engañar fácilmente.

No hace falta ser perfecto para ser buen padre, ya que mostrando una conducta irreprochable, el niño no tendrá oportunidad de observar equivocaciones y de rectificar.

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

Es necesario darle amor para que se sienta deseado, esto le dará confianza en sí mismo y en su capacidad para hacer frente al medio que le rodea. La disciplina por otro lado indica al niño hasta donde puede llegar, pone límites a su libertad dentro de los cuales será completamente libre.

Cuando no hay disciplina, pueden producirse sentimientos de culpabilidad que le vuelven hosco, temeroso y ansioso. El pri-

mer contacto del niño con la autoridad es con la de los padres y ésta debe ser ejercida de manera protectora y amorosa, no de manera - excesiva.

Todo niño tiene derecho a tener en casa una atmósfera tranquila que le lleve al desarrollo emocional normal, ya que el comportamiento humano se determina más por factores emocionales que por intelectuales.

### C.- Extremos de comportamiento en los padres.

#### 1).- Protección Excesiva.

Todo niño necesita amor y afecto, sin embargo, a causa de ciertos factores emocionales relacionados con experiencias o dificultades presentes, el impulso protector de los padres puede volverse excesivo e interferir en la educación normal del niño. Generalmente el que está sobreprotegido no tiene iniciativa propia, por lo tanto no toma decisiones por sí mismo.

#### 2).- Indulgencia.

Los padres indulgentes suelen dar demasiados lujos a su hijo y éste presenta dificultad para adaptarse al medio social que lo rodea. A este niño no se le muestra la realidad ya que siempre está cubier

to de atención, afecto y servicio. Como le hacen creer que es superior a los demás se vuelve desconsiderado, egoísta y tiránico; si no consigue lo que desea se impacienta, tiene ataques de mal genio e incluso trata de golpear a las personas que no acceden a esto.

Con una persona extraña, como el dentista, el niño con las características descritas, puede tratar de usar encanto y persuasión para evitar someterse al tratamiento y hacer lo que quiere, si esto falla, hará alarde de ira extrema y tal vez se resista recurriendo a la fuerza física.

A un niño muy mimado aunque no incorregible debe aplicársele cierta disciplina como medio para obtener su cooperación. Una vez que comprenda el significado de la docilidad se vuelve excelente paciente.

### 3).- Rechazo.

Existen varios grados de rechazo, desde la ligera indiferencia de los padres a causa de su trabajo u otros intereses, hasta el rechazo completo a causa de problemas emocionales.

El padre que es un poco indiferente tendrá un hijo que se sienta inferior y olvidado, no seguro de sí mismo y de su lugar en la So-



ciudad; a consecuencia de ello desarrolla resentimientos, se vuelve poco cooperador, se retrae en sí mismo sin amar ni interesarse en nada, no es de extrañar que este niño desarrolle carencias de estimación propia y sentimiento de incapacidad que lo lleven a ansiedades profundas. Puesto que no tiene seguridad en su casa, se vuelve suspicaz, agresivo, vengativo, desobediente, nervioso, demasiado activo y por lo tanto impopular.

En el consultorio odontológico este niño puede ser difícil de manejar, pero si su desobediencia se trata amigablemente se pueden obtener resultados positivos ya que lo que él necesita es atención y bondad.

#### 4).- Ansiedad excesiva.

Esta es una preocupación exagerada por parte de los padres hacia el niño, como resultado de una tragedia familiar anterior debida a alguna enfermedad o accidente.

Se asocia generalmente con exceso de afecto, protección o mimo. No se le permite que juegue o trabaje él solo, se exageran mucho las enfermedades de poca importancia y se le hace guardar cama sin necesidad. Este niño es generalmente tímido, huraño y temeroso, se preocupa cada vez más por su salud y le falta capacidad,

para tomar decisiones por sí mismo. Es generalmente buen paciente si se le instruye para que lo sea; sin embargo, es posible - que el dentista tenga alguna dificultad para vencer sus temores. Si se le alienta y asegura que nada malo le ocurrirá, generalmente reaccionará de manera satisfactoria.

#### 5).- Dominación.

Los padres que son dominantes exigen de sus hijos responsabilidades excesivas que son incompatibles con su edad cronológica. No aceptan al niño como es, sino que lo fuerzan a competir con otros niños mayores. Al entrenarlo tan estrictamente y éste no poder complacerlos es rechazado y criticado; esto desarrolla en el niño resentimiento de culpa, evasión, sumisión e inquietud.

Puede ser común el negativismo y como tiene miedo a resistirse abiertamente, obedecerá las órdenes despacio y con el mayor retraso posible. Si se le trata amablemente y de modo considerado este niño por lo general llega a ser buen paciente.

#### 6).- Identidad.

En este caso los padres quieren que sus hijos sean la repetición de ellos mismos. Al hacerlo quieren dar al niño todas las

ventajas que a ellos les fueron negadas. Si el niño no reacciona como ellos esperan, los padres muestran abiertamente su decepción. El niño siente esta desaprobación paterna y tiene sentimientos de culpa que se reflejan en timidez, inseguridad y retraimiento, llora -- con facilidad y no tiene confianza en si mismo, trata de hacer poco por miedo al fracaso. Este niño reacciona en el consultorio de la misma manera que el niño de padres dominantes y deberá ser manejado en forma análoga.

Otro de los aspectos interesantes de mencionar es el de la influencia que existe en el niño por el lugar que ocupa al nacer dentro de la familia. Así tenemos:

a.- El hijo más joven. Suele tener más dificultades con las actitudes de los padres, sobre todo si nace con varios años de diferencia, por la tendencia que tienen éstos, al igual que sus hermanos mayores, a mimarlos.

b.- El hijo mayor. Cuyos padres le destinan una posición de mando, - no obstante que éstos puedan carecer de experiencia; en cambio, tienen el entusiasmo y aguante juvenil que resulta a veces tan necesario para administrar una disciplina adecuada y justa.

Un niño así, se convierte en un ser conservador de comportamiento moderado que no presentará dificultad alguna.

c.- El hijo único o adoptado. Puede recibir demasiada indulgencia por parte de sus padres, tiende a ser antagonista, desobediente, egofsta y dado a ataques de mal genio; pero esto ocurre necesariamente. Si las actitudes de los padres hacia él son moderadas, el niño se desarrollará bien centrado.

La relación entre hermanos influye en su comportamiento, aunque - no es tan importante como la de los padres. La dominación de un - hermano mayor, o el dominio del niño sobre un hermano más pequeño, entran a formar parte de la personalidad de éste. La rivalidad entre hermanos por el afecto de sus padres, u otro miembro de la familia, pueden también influir en su comportamiento.

Existen además muchos otros factores que forman parte de la personalidad del niño como las cualidades innatas, relación en la familia, juegos, esparcimiento, moralidad, etc. Estos tendrán influencia sobre el modelo general final de personalidad y pueden constituir la diferencia entre un niño feliz y uno confundido.

Es el hogar el que gobierna el destino del niño en su medio social.

d.- Comportamiento de los padres en el Consultorio Odontológico.

Se puede hacer comprender a los padres que, una vez en el consultorio, el odontólogo sabe cómo preparar emocionalmente al niño para el tratamiento necesario y éstos deberán tener confianza total

en él y confiar a éste el cuidado de su niño. Cuando al niño se lo lleva a la sala de tratamiento, los padres no deberán hacer ningún gesto, como seguirlo o llevarlo, a menos que el dentista los invite a hacerlo. El niño en edad escolar se porta mejor en ausencia de sus padres, especialmente si el trato de éstos hacia él ha sido defectuoso; sin embargo, hay casos en que la sola presencia de los padres infunde confianza en el niño, especialmente si tiene menos de 4 años.

Si se invita al padre de un niño mayor que pase a la sala de tratamiento, éste deberá desempeñar el papel de huésped pasivo y permanecer de pie o sentarse alejado de la unidad; no deberá hablarle al dentista o al niño, a menos que aquél se lo pida, ni deberá tomar al niño de la mano, ni mirarle con simpatía o expresión asustada.

No hay nada que trastorne más el éxito del manejo de un niño, que una situación en la que la madre esté comunicando información falsa, o le esté transmitiendo su simpatía.

e.- Instrucciones a los padres.

1).- Pedir a los padres que no expresen su miedo personal enfrente del niño.

2).- Instruirlos para que nunca utilicen la odontología como amenaza -

de castigo. En la mente del niño se asociaría castigo con dolor y situaciones desagradables con el dentista.

3).- Que familiaricen a su hijo con la odontología y para lograrlo - conviene que lo lleven al consultorio para que se acostumbre y empiece a conocerlo, aún sin que presente problemas bucales de ninguna índole. El odontólogo deberá cooperar con plenitud en esto, para ello saludará al niño de modo cordial y lo llevará a recorrer el consultorio, le hará demostraciones del equipo, dándole además explicaciones sencillas de su funcionamiento. Algún pequeño regalo al final del -- recorrido, hará que el niño sienta que acaba de hacer del odontólogo, un amigo.

4).- Explíqueles que si muestran valor en asuntos odontológicos, su hijo también lo tendrá. Existe una correlación entre los temores del niño y los padres.

5).- Aconséjese que el ambiente en casa debe ser tranquilo y con actitudes moderadas para llegar a formar un niño bien centrado, que generalmente es un buen paciente dental.

6).- Recalque el valor de hacerse revisiones y servicios dentales regulares, no tan solo para preservar la dentadura, sino para formar -- buenos pacientes. Desde el punto de vista psicológico, el peor momen-

to para traer a un niño al consultorio es cuando sufre un dolor de dientes.

7).- Pídale que no sobornen a su hijo para que vaya al dentista. Este método significa para el niño que puede tener que enfrentarse a algún peligro.

8).- Nunca deberán tratar de vencer el miedo al tratamiento dental de su hijo por medio de burlas y ridiculizando este servicio. En el mejor de los casos sólo crea resentimientos hacia el dentista y dificulta su trabajo.

9).- Conviene que los padres estén bien informados de la necesidad que existe de combatir todas las impresiones perjudiciales en su hijo, que pueden llegar de fuera sobre odontología.

10).- El padre no debe prometer al niño sobre las cosas que va a hacer o no el odontólogo, éste no debe ser colocado en una situación comprometedora donde se le limite respecto al tratamiento bucal del niño. Tampoco deberán prometer los padres al niño que el odontólogo no les va a causar dolor. Las mentiras solo llevan a decepción y desconfianza.

11).- Varios días antes de la cita, debe instruírse a los padres - la conveniencia de comunicar al niño de manera natural que han sido

invitados a visitar al dentista. Nunca deberán forzar la situación para ello conviene no mostrar al niño exceso de simpatía, miedo o desconfianza.



## TEMA IV

## MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL.

## A.- Formas de tratar al niño.

El dentista debe dirigirse al niño por su nombre o por el diminutivo familiar, según esté acostumbrado. Al presentarse con el niño debe dirigirle alguna palabra de elogio, aunque la ayudante ya lo haya hecho. Tampoco debe esperar a que el niño empiece una conversación, ni forzarle a que lo haga. Aunque algunos pequeños exteriorizan su miedo con gritos y patadas, otros disimulan su ansiedad y su temor quedándose quietos y callados. El dentista ha de estimular al niño para que exponga sus temores haciéndole preguntas como:

¿Sabes lo que hacen los dentistas? ¿Tienes miedo?, o que si alguna cosa le molesta, se la diga.

Deben evitarse las conversaciones prolongadas sobre temas no relacionados con la Odontología. Las explicaciones previas de la auxiliar dental pueden completarse enseñando al niño los instrumentos ruidosos, por ejemplo el aspirador o la pieza de mano ultrarápida. Hay que evitar los términos dentales complicados y utilizar frases cortas como: "Esto es una pinza" o "Esto es una pasta de dientes - especial".

Debe darse tiempo al niño para que piense en lo que se le ha dicho y esperar su respuesta. Debe permitírsele que toque los objetos usados en el tratamiento como el espejo, la copa de goma o el aparato para tomar radiografías: y se le puede dejar que ayude durante éste, con algo sencillo como el sostener las pinzas.

Se le enseñará la escupidera y se le dirá cómo debe enjuagarse la boca, aunque es preferible el uso de la jeringa para agua porque a veces pretende perder tiempo pidiendo un sorbo de agua cada momento.

Es conveniente explicarle lo que se le va a hacer y el tiempo que va a durar el tratamiento y no realizar algún otro sin su autorización. Si éste puede causarle molestias advertírsele evitando palabras como cortar, fresar, inyectar, quemar, sangrado, arrancar, etc.

No se le debe contradecir cuando dice que le duele y advertírle que nunca debe sujetar las manos del dentista. Para avisarnos que hay malestar, le podemos enseñar alguna señal que nos lo indique por ejemplo, levantar la mano. No se debe dejar el tratamiento de una cita - para otra posterior sólo porque el niño diga que siente miedo o dolor, ya que psicológicamente, esto no ayudará en absoluto a eliminar el miedo; el niño teme excesivamente a lo desconocido y estará mal - preparado y aprehensivo para afrontar nuevas situaciones.

Visitar al odontólogo antes del tratamiento puede ayudar para que lo desconocido se vuelva familiar y tal vez mitigue temores o necesidades futuras de huir. Este método da resultado con niños que aún no van a la escuela, y en menor medida, con niños mayores.

Una visita preliminar al dentista es valiosa, pero la continua repetición del procedimiento puede llegar a no ser eficaz, a menos que se le tenga que realizar algún trabajo.

No es conveniente mostrar actitudes sarcásticas y desdeñosas con el niño para lograr que por vergüenza se porte bien en el consultorio, y aunque muchos odontólogos emplean el ridículo como medio para mejorarle la conducta, esto es una pérdida de tiempo y no tiene valor ético. El método no sólo es inadecuado sino que lleva consigo peligros. El niño que se sienta en el sillón dental, desea ganar la aprobación del dentista, pero si el miedo es muy fuerte le resultará imposible cooperar, su buen juicio se pierde y su comportamiento se vuelve indeseable. El ridículo puede producir frustraciones, resentimientos y aversión a dentistas y tratamientos dentales.

Al niño no le gusta ser diferente y desea conformarse a patrones sociales; le gusta hacer las cosas que realizan otros niños o personas.

Ama participar en competencias, así que si se le permite observar cómo se realizan trabajos dentales en otros niños, le servirá de reto. Ver el comportamiento de un hermano mayor o uno de sus padres en el sillón dental, mientras se efectúa un tratamiento, le dará más confianza que con un ser extraño.

Si la intervención va a producir dolor, aunque sea mínimo, se le debe advertir; es mejor prevenirlo para conservar su confianza.

Cuando el niño está en contacto con la situación que le produce miedo, el deseo de huír domina la razón y no es eficaz tratar de convencerlo verbalmente para que lo pierda; es mejor darle evidencias concretas ya que el temor se desarrolla a nivel emocional, el consejo verbal a nivel intelectual no dá buenos resultados.

Decirle al niño que no debe preocuparse sin darle primero razones para que nos crea, indica carencia de conocimiento sobre la psicología infantil.

#### B.- Técnicas de reacondicionamiento odontológico.

Algunos de los pacientes infantiles que se nos presenten en el consultorio, habrán tenido ya alguna experiencia dental previa que pudo haber sido desagradable. En este caso nuestra obligación profesional -

es reeducar al niño para que acepte los tratamientos odontológicos y no les tema y enseñarle que lo que causó temor en otras circunstancias no representa un peligro para su seguridad. Se debe establecer una buena interrelación paciente-dentista y las citas subsiguientes se volverán agradables y esperadas con gusto por el niño y el dentista. Para ello debemos proponer las siguientes metas:

1a.- Si el niño teme excesivamente al dentista, descubrir el origen. Esto se puede conseguir preguntando a los padres acerca de sus sentimientos personales hacia la Odontología, viendo sus actitudes y observándolos de cerca. Cuando ya se conoce la causa del miedo, controlarlo se vuelve un procedimiento mucho más sencillo.

2a.- Familiarizar al niño con la sala de tratamiento dental y con todo su equipo sin que produzca alarma excesiva. Por este medio se gana la confianza del niño y el miedo se tronca en curiosidad y cooperación. Puede uno acercarse a la mayoría de los niños si se despierta su curiosidad. A todos les encantan los instrumentos nuevos. Cualquier equipo o mecanismo les interesa y los llena de gozo. Puede disminuirse su miedo permitiéndole y alentándolo sutilmente para que pruebe algunas de las piezas del equipo, explicándole cómo funciona cada una, de manera que se familiarice con los sonidos y acciones de los accesorios.

Se puede, por ejemplo, hacer rodar el motor sobre sus uñas, para que pueda sentir la inoperatividad de una copa pulidora de caucho. También hacerle una demostración con la jeringa de aire y después como por descuido se deja en su regazo para que la pruebe. Se le explica que controlamos el motor con el pie de manera que el niño sepa que la fresa se puede detener cuando sea necesario.

3a.- Si se eligen con cuidado las palabras e ideas de la conversación, podrán llegar a comprenderse sin perder mucho tiempo. Al establecer esta confianza, el dentista debe transmitir al niño que simpatiza con sus problemas y los conoce. Una vez entablada la relación, la conversación deberá alejarse de problemas emocionales y dirigirse a objetos familiares del niño. Háblele de parientes, de amigos, de animales o de la escuela. Cuénteles lo triste que está usted porque su perro no puede acompañarlo diariamente al consultorio. Si el niño ama a los perros florecerá la comprensión entre ambos.

Si el niño tiene problemas con alguna asignatura de la escuela, dígame que también usted encontró ese tema difícil y también lo tuvo cuando iba a la escuela. El Odontólogo tiene que humanizar sus relaciones con los niños, no puede salirse de la escena si quiere seguir siendo su amigo.

El Odontólogo puede platicarle que cuando era niño también tuvo que ir al dentista porque fué necesario "componer" sus dientes, y que descubrió que la mejor manera de terminar pronto su tratamiento, -- era siguiendo las instrucciones que se le daban. En este momento, -- el niño estará generalmente receptivo para su nueva adopción -- de tratamiento dental.

4a.- En la primera visita, una vez hecha la historia clínica y dada la instrucción sobre el cepillado, si el niño aún se muestra cooperador, sólo deberán realizarse procedimientos sencillos e indolores.

Se le puede hacer el cepillado mecánico de sus dientes y la aplicación tópica de fluor, así como la toma de radiografías, describiendo la unidad de rayos X como una enorme cámara fotográfica y la película como el lugar por donde aparecerá la fotografía.

Cuando el niño vea las radiografías reveladas, se enorgullecerá de lo que logró.

5a.- Es buena táctica pasar de las operaciones más sencillas a las más complejas, a menos que sea necesario un tratamiento de urgencia. Generalmente se invita a los padres en la primera visita para que puedan comprender el papel tan importante que tienen en la adquisición de hábitos de higiene de su hijo, y de conocimientos de --

control dietético para prevenir enfermedades dentales. Se podrá dar al niño y a sus padres un período de adopción más extenso si se dispone para este efecto de una sala de educación con ayuda visual y material de lectura.

6a.- Desafortunadamente los niños llegan con frecuencia para su primera visita sufriendo dolores y con necesidad de un tratamiento de urgencia. En esta situación, como en todas las demás, la veracidad del dentista es esencial. Franqueza y honestidad serán necesarias con el niño debiendo decirle de manera natural, que a veces lo que hay que realizar produce algo de dolor. También puede explicársele que si avisa cuando le duele demasiado, el dentista parará o lo arreglará de manera que no duela tanto, o lo hará con más suavidad. Esta comunicación deberá permanecer constante a través de todas las visitas dentales futuras y recordarle éstas indicaciones antes de cada operación.

7a.- Si se manejan niños demasiado pequeños para que comprendan cosas difíciles, debe intentarse llegar a relacionarse con ellos por medio de conversaciones sobre objetos u acontecimientos de la experiencia personal del niño. Hable en voz agradable y natural, muestre una actitud natural y comprensiva. Sin embargo, es probable que tenga que trabajar con el niño llorando.



A veces el niño de edad preescolar grita con fuerza y largamente en el sillón dental; bajo esta situación es muy difícil que nos pueda comprender. La amenaza de sacar a los padres de la sala puede ser suficiente para que se calle. En otras ocasiones puede dar resultado el darle tiempo para que se desahogue, sin embargo, en los casos en que la actitud de los padres ha sido defectuosa o cuando le han inducido miedos indebidos, 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 le tiene que decir. La manera más sencilla de hacer esto es colocar suavemente la mano sobre la boca -- del niño, indicándole que esto no es un castigo. No debe intentarse bloquear la respiración bucal mientras que el niño llora; hable le al oído con voz normal y suave, diciéndole que quitará la mano cuando pare de gritar; no deberá haber malicia en la voz. Puede -- que la admonición surta efecto, aunque crea que el paciente no lo oye. Cuando ha dejado de llorar, quítele la mano y hable sobre alguna experiencia sin relación alguna con la odontología. Es sorprendente lo eficaz que esto puede ser y cómo, estos niños, se vuelven pacientes ideales. Colocar la mano sobre la boca del paciente es medida extrema y solo deberá usarse como último recurso en un paciente histérico, cuando hayan fallado todos los demás medios.

Paciencia y consideración ayudan enormemente a acreditar su consultorio.

No estamos declarando que ésta sea la única técnica o la mejor, tan solo presentamos un procedimiento que resultará satisfactorio y servirá de guía para que los dentistas formulen sus propios procedimientos ya que cada niño reacciona de manera diferente.

#### C.- Aspecto del consultorio dental.

Si la práctica no está limitada a los niños, una manera eficaz de -- inspirar esta sensación es hacer que la sala de espera sea similar -- en varios aspectos al miedo familiar. Hágala cómoda y cálida y que dé la sensación de que los niños frecuentan el lugar y no les resulte desconocido.

Una de las maneras más sencillas de lograr esto es apartar un rincón de la sala de espera especialmente para ellos. Tenga disponible sillas y mesas donde puedan sentarse a leer. Es conveniente tener una pequeña biblioteca con libros para niños de todas las edades.

Existen muy buenas revistas infantiles; una de las suscripciones -- del odontólogo siempre debería ser a alguna de éstas. Ponga una lámpara pequeña en la mesa con una pantalla interesante, también se -- pueden conservar algunos juguetes sencillos y resistentes para los muy pequeños.

Un tocadiscos o una grabadora con sistema de amplificación dará consuelo a los niños asustados.

Las tarjetas que recuerden la visita y las notificaciones deberán -- ser llamativas, para que el niño sienta que le son enviadas a él.

Un dibujo de algún personaje de cuentos en la tarjeta ayudará en este sentido.

El cubículo de trabajo deberá hacerse muy atractivo, colgando dibujos en las paredes que muestren niños jugando alegres y riéndose. Haga que la ayudante aprenda a hacer animales u otros objetos con bolas de algodón, esto resultará divertido para los niños.

Trate de evitar que vean sangre o a los adultos con dolor, las personas con ojos enrojecidos por llorar o perturbadas emocionalmente --- enervan a los niños. Evítelo, haciendo que estos pacientes salgan -- por otra puerta o programando las visitas infantiles en horario distinto al de los mayores.

D.- Personalidad del odontólogo y su ayudante auxiliar.

Es muy importante que el niño sienta que todas las personas del consultorio le infunden confianza, normalmente es muy sensible a emociones ocultas, e identificará rápidamente cualquier falta de entusiasmo hacia él y esto lo desalentará aún más. Si un odontólogo va a te-

ner pacientes infantiles, deberá asegurarse de tener el suficiente conocimiento psicológico para manejarlos sin producirle traumas; deberá asegurarse de que el personal que emplea ama a los niños, los trata bien y sabe cómo manejarlos. Si los auxiliares tratan de forma inadecuada al niño, las oportunidades de éxito que tiene el odontólogo disminuyen enormemente.

Que el Dentista reciba al niño en la sala de espera el día de la primera visita es de gran ayuda, siempre llamándolo por su nombre de pila; si no lo sabe pregúnteselo, nunca le llame muchachito, niñito u otro nombre poco familiar. No demuestre nunca exceso de entusiasmo ni sea demasiado insistente, no le dé la mano a la fuerza, ni lo salude con voz demasiado elevada. Trate al niño de manera natural y cálida. Actitud amistosa y voz natural dan mucha seguridad porque no sugieren nada desagradable en el futuro.

Cuando elaboremos el historial debemos preguntarle algo al niño de cuando en cuando para que éste nos conteste.

A menudo un niño de corta edad, se negará a ir con el Dentista a la sala de tratamiento y se aferrará al brazo de su madre. Si no lo puede convencer con palabras, el Odontólogo deberá acercarse al niño de manera amistosa y rodearle con los brazos como si fuera a abrazarlo. De esta manera se tiene control del niño y se le puede recoger para llevarlo a la sala de tratamiento sin temor de que sus pies o manos dañen a nadie.

Hágalo sentir que es suficientemente fuerte para llevarlo y protegerlo, pero no tanto como para herirlo.

Si el dentista tiene confianza en si mismo es seguro que algo de este sentimiento se trasmite al paciente.

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

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

#### 1).- Preparación de la ayudante dental para el trato con el paciente.

La ayudante dental es una figura decisiva en el éxito del trato con el paciente; el Dentista debe darle instrucciones específicas sobre la conducta adecuada a seguir con el niño y en cómo debe llevar las conversaciones con el acompañante, pues ella puede ejercer una gran influencia para que éste reaccione en forma favorable y acepte el ambiente del consultorio.

También forma parte de su tarea, la obtención de información esencial acerca del niño, solicitándola a los padres y pondrá en conocimiento de cualquiera de ellos las normas que rigen en el consultorio.

2).- Conversaciones telefónicas previas a la visita.

Cuando un padre telefonea al consultorio solicitando una cita para el niño, la ayudante ha de averiguar en primer lugar si se trata de una visita urgente o de una visita de rutina que puede concertarse para una fecha posterior. Debe preguntar a sus padres cuánto sabe de su hijo sobre dentistas, sus tratamientos y si les teme, si es nervioso, si ha estado hospitalizado en alguna ocasión. Este tipo de preguntas servirán para darnos una idea sobre el comportamiento futuro del niño en el consultorio.

3).- Envío por correo de material preparatorio para el niño.

Después de la conversación telefónica con el padre, la ayudante es la encargada de enviar por correo al hogar del paciente una carta especial impresa que sea utilizada para la preparación del niño en su primera visita a nuestro consultorio.

La ventaja de enviarla dirigida al propio niño es obviamente para su estimulación. No es raro que el pequeño demuestre su satisfacción llevándosela a la cama o enseñándosela a los compañeros de juegos. Los padres se mostrarán agradablemente sorprendidos de la actitud positiva del niño en su primer encuentro con el dentista.

A continuación presentamos un esquema destinado a la preparación del

paciente infantil para su visita al consultorio.

Estimada señora . . . . .

Su niño tiene cita con el Dr. Rufz el día . . .  
mes . . . . . hora . . . . .

Cuando traiga a (nombre del niño) al consulto--  
rio, el Dr. Rufz le ruega que permanezca en la  
sala de espera mientras él entable amistad con  
su hijo y gana su confianza. Después del examen  
el Dr. Rufz la invitará a entrar en la sala de  
consulta, donde le explicará el estado de sa--  
lud dental de (su hijo (a)).

Antes de la primera visita, tenga la bondad de  
leer a su hijo (a) la narración adjunta, repi--  
tiéndola por lo menos dos o tres veces en oca--  
siones distintas.

Atentamente,

Consultorio del Dr. Rufz.

## NARRACION:

"Los dentistas son médicos de los dientes y cuidan que estén sanos. El Dr. Ruiz tiene para tí un consultorio - especial para vigilar tu salud.

Hay una enfermera que tú conocerás primero, su nombre - es Srita. . . . . ella te presentará al Dr. Ruiz y él te llevará a una silla de colores, en su consultorio, que ajustará a tu tamaño para - que estés comodo. Te pondrá una servilleta alrededor - de tu cuello para que no se te manche la ropa cuando es té trabajando, usará un espejito que te colocará en la boca para ver tus dientes por todos lados; también tiene un cepillo y una pasta para dientes muy sabrosa, con la cual te los limpiará uno por uno y con una cámara fo tográfica especial te los retratará.

Al Dr. Ruiz le gustan los niños por eso les explica --- exactamente lo que les va a hacer, procurará no causar- te daño y muy pronto tendrás muy sanos todos tus dien-- tes.

Mientras el Dr. revisa tus dientes, tú mamá estará en - la sala esperándote muy entretenida leyendo revistas.



Cuando regreses a tu casa le podrás contar a papá la experiencia - que pasaste en el consultorio del dentista".

E.- Momento y duración de la visita.

Cuando se trata a niños, es importante tanto la hora, como la duración de la visita, pues ambas pueden afectar su comportamiento. El niño no puede permanecer en el sillón más de media hora y si el -- tratamiento tiene que prolongarse difícilmente lograremos su coope- ración hacia el final pues pierde su paciencia y compostura por -- muy tranquilo que sea; empezará a llorar y difícilmente podrá recu- perarse.

Estudios recientes han indicado que la hora de la cita no tiene im- portancia crítica en el comportamiento del niño, sin embargo, a ni- ños en edad preescolar no deberá atenderseles durante el período - dedicado a la siesta. Tampoco deberán ser traídos al dentista poco tiempo después de una experiencia emocional seria como puede ser - el nacimiento de un hermano o hermana, o la muerte de alguien cercano a ellos. El niño está experimentando en este momento traumas emocionales y la visita al dentista sólo añadirá más ansiedad y - desconcierto; en estos momentos será muy difícil lograr su coope-

ración y pueden encontrarse dificultades para su manejo.

#### F.- La conversación del Dentista.

Cuando el Odontólogo le hable al niño deberá ponerse a su mismo nivel en posición y conversación, en palabras e ideas. No tiene ningún sentido usar palabras demasiado difíciles que no pueda comprender. Hablar demasiado confundirá al niño y le producirá desconfianza y aprehensión. Al seleccionar temas de conversación, elíjalos sobre situaciones que le sean familiares. Si por ejemplo, le habla de fútbol, no discuta las reglas complicadas del juego, sólo pregúntele las experiencias personales que él haya tenido. Déjelo llevar la conversación y si es muy pequeño es conveniente añadir algo de fantasía a la plática para interesarlo. También debe evitarse hablar al niño como si fuera más pequeño de lo que en realidad es; se sentirá halagado si los adultos lo consideran mayor.

Nunca subestime la inteligencia del niño, a casi todos les gusta hablar de algo interesante. Aleje su mente de los procedimientos dentales, ya que al interesarse en lo que está diciendo, no dificultarán nuestro trabajo.

Hay adultos que prefieren silencio cuando se está trabajando en ellos. Sin embargo, a la mayoría de los niños les gusta oír hablar

al dentista; se sienten menos ignorados y olvidados.

A veces, por medio de un monólogo sobre algo interesante, a base de una repetición constante y sin cambiar la inflexión de la voz, se puede inducir a un niño temeroso a someterse al proceso de la inyección. Si el niño hace preguntas trate de responderlas con la mayor exactitud posible, y no lo deje que las use como técnica dilatoria.

#### G.- Conocimiento del paciente.

Se puede aprender mucho sobre el comportamiento emocional del paciente observándolo en la sala de recepción. Si está sentado en el regazo de su madre o abrazado a ella, se pueden anticipar dificultades en el primer encuentro. Si se sienta solo y lee un libro o juega alejado de la madre, se puede suponer que es emocionalmente maduro y está bien centrado para recibir algún tratamiento odontológico en la primera visita.

Con estos conocimientos acerca del paciente se puede preveer, en cierta forma, su reacción al tratamiento dental, es muy importante saber cómo actúa, pues nos servirá para poder guiarnos mejor.

#### H.- La importancia del paciente.

Cada niño deberá recibir toda nuestra atención, siempre trátelo

como si fuera el más importante. Nunca deje a un paciente muy pequeño sentado solo en la silla ya que sus temores, aún no disipados por completo, pueden agrandarse si tiene que abandonar el cubículo, aún cuando sea por un momento, asegúrese de que está presente su ayudante. Sin embargo, si está atemorizado, es mejor que el dentista no lo abandone en absoluto. También es malo transferir al paciente infantil de un cubículo a otro para realizar un tratamiento distinto, como puede ser la cirugía. Esto de subicará al niño y le causará ansiedad; si le es posible realice todo el trabajo necesario en el mismo lugar.

#### 1.- Habilidad y rapidez del Dentista.

El Odontólogo deberá realizar su trabajo con destreza, rapidez y mínimo dolor, siendo conveniente para ello, tener un ayudante -- cuando se trabaja. Trabaje suave y cuidadosamente y no pierda -- tiempo con movimientos innecesarios; el niño puede soportar molestias si sabe que pronto acabarán.

Si por ejemplo, nuestro ayudante coloca el instrumental adecuadamente, no será necesario buscarlo y perder el tiempo una vez inicia

do el tratamiento; un niño puede ver claramente cuando no hay eficiencia, aún después de pocas visitas al consultorio, pues es mucho más observador que el adulto, tal vez por ser inquisitivo e interesarse por lo que le rodea. Pronto sabrá cuando el dentista es capaz, si éste no lo es, perderá la confianza de su paciente.

J.- Uso de palabras que inspiran miedo.

Muchos de los temores en el niño no son a causa del tratamiento en sí, sino por el significado atemorizante de alguna palabra. Algunos se estremecerán de miedo al oír "aguja o jeringa" y sin embargo, no se opondrán demasiado a la curación o al tratamiento si -- los llamamos de otra manera. Debemos evitar los engaños, pero -- cuando se realice algún tratamiento molesto o que cause dolor, deberán usarse términos conocidos por el niño, con los que esté familiarizado y no le causen temor. La sustitución exacta de palabras deberá guiarse por la edad del paciente y cada dentista puede seleccionarlas según su criterio, como por ejemplo, en vez de decir, "inyección, aguja, picar", podríamos decir "vamos a poner algo en tus encías que se sentirá como el piquete de un mosquito". Saben que su piquete es molesto, pero el dolor no es suficientemente grande o duradero para producir ansiedad definida.

K.- Uso de admiración, halagos sutiles, alabanzas y recompensa.

En el proceso de aprendizaje, el castigo y la recompensa son básicos, incluso animales de laboratorio aprenden a caminar a través de laberintos complicados para encontrar recompensas de alimentos al final de éste.

Existen muchos tipos de recompensas para los pacientes que se portan bien. Una de las recompensas que más busca el niño es la aprobación del dentista. Cuando el niño sea buen paciente dígaselo, esto impondrá una meta en su comportamiento futuro; - hará todo lo posible por conservar el nivel que él mismo estableció.

Cuando se le diga algún halago, deberá ser a su comportamiento, no a su persona, por ejemplo: en vez de decirle que es un niño bueno, dígale que hoy se portó muy bien.

Los regalos son buenas recompensas, darle algún incentivo cuando se ha portado bien forma parte de un manejo adecuado. Existen muchos y muy variados según la edad. Algunos dentistas -- dan pequeños objetos o juguetes; muchos dan cupones para comprar helados en alguna tienda cercana. Dar a los niños estrellas doradas para que las peguen en una cartulina que está en la sala de recepción es muy eficaz.

La variedad de recompensas se extiende desde paseos en caballito a modelos en yeso. Lo que impresiona favorablemente al niño, -- más que el regalo, es que se reconozca su mérito.

#### L.- El paciente y los sobornos.

Podemos decir categóricamente "nunca soborne a un niño", pues raras veces dá resultados positivos y generalmente seguirá portándose mal para de ésta manera obtener más concesiones. El sobornar es admitir que el dentista no puede manejar la situación.

Un niño perceptivo pronto se aprovechará de la mala situación -- del dentista. Es conveniente saber distinguir entre soborno y recompensa, aunque la línea divisoria es en realidad muy tenue.

Si se le dá una recompensa al terminar la visita, aún cuando no haya cooperado durante el tratamiento, puede servir de soborno -- para que regrese a la siguiente cita, pero esto de ninguna manera va a garantizar que él se porte bien en lo subsecuente. Los sobornos no tienen lugar en la Odontología.

#### M.- Ordenes contra sugerencias.

En el curso del tratamiento dental es necesario asegurarse de la cooperación del paciente. Para obtener las reacciones deseadas -- nunca se pida al niño que se someta a una sugerencia. Al pedir

le que haga algo, el odontólogo en realidad le está dando a elegir - entre aceptar o rechazar. Si se le da a elegir al niño, no puede -- considerarse mal comportamiento el rechazo de esta petición. Si se - le dice que obedezca una orden, no hay más elección que aceptar.

Cuando ordene a un niño que cumpla sus deseos, hágalo de manera agr<sup>u</sup> dable, pero decidida. No dude en sonreír y gozar con su paciente; -- sin embargo, sea firme si la situación lo requiere.

N.- El odontólogo y lo razonable.

Cuando trate con niños, sea realista y razonable. No condene a un ni<sup>o</sup> ño porque esté asustado, trate de ponerse en su lugar y comprender - porqué actúa de esa manera. Respete sus emociones, dele al niño oport<sup>u</sup> nidad de participar en los procedimientos dentales sosteniendo el algodón, o ayudando en otra cosa, aunque de poca importancia, haga - que él se sienta parte del servicio que se está realizando, así se - interesará y cooperará más.

Trátelo como individuo con sentimientos y emociones y no como un ob- jeto inanimado en la silla.

O.- El control propio del dentista.

El Odontólogo nunca deberá perder su dominio y enfadarse, la ira es una reacción emocional primitiva e inmadura, señal de derrota con lo



cual el paciente lo pondrá en gran desventaja porque la ira disminuye su capacidad de razonar claramente y de tener un comportamiento adecuado que indica al niño que ha tenido éxito sobre el Dentista.

Si el Dentista pierde su control y eleva la voz sólo asustará al niño y se le dificultará aún más su cooperación.

Si ha tratado de hacer todo lo mejor posible por entablar una relación con el niño y no lo ha conseguido, es mejor admitir la derrota que arruinarlo para un tratamiento dental futuro.

Si no puede evitar enfadarse es mejor despedir al niño y dejar que otro Dentista pruebe suerte, tal vez él pueda tener éxito por quien usted fué derrotado por su temperamento.

P.- El Odontólogo y la gracia.

Es conveniente recordar, al llevar a cabo procedimientos dentales, - que los niños de corta edad se asustan con lo desconocido. Todos sus movimientos, ya sean al manejar al paciente o en procedimientos operatorios, deberán mostrar naturalidad y suavidad con lo cual se evitará gran parte del miedo innecesario.

La Odontología es una profesión llena de "gracia", utilícela para ventaja suya. Si hubiera que definir los requisitos de un buen Odontope

diatra serían: gracia, habilidad, conocimientos e inteligencia".

Cuando se somete al niño a tratamientos odontológicos, es necesario evitar cualquier trauma psicológico aún cuando en algunas ocasiones esto no es posible pues muchas veces es más importante la realización de un tratamiento como por ejemplo: la reducción de un absceso, que el trauma que pueda ocasionarsele, procurando que éste sea mínimo.

De entre todos los problemas, el manejo del niño es sin duda el más importante, ya que si no contamos con su cooperación el tratamiento dental se vuelve muy difícil y a veces imposible.

Existen varios métodos para aumentar la cooperación del paciente y disminuir las molestias tales como: "sedantes, analgésicos, hipnosis, tranquilizantes y anestesia general".

## TITULO V

## ALIMENTACION Y EDUCACION DENTAL.

## A.- Alimentación.

Durante los primeros meses de la vida, el niño deberá alimentarse con la leche del pecho materno que es el alimento proporcionado por la naturaleza y por lo tanto el más adecuado; únicamente en caso de enfermedad o de mala nutrición de la madre, se emplearán otros medios.

Al mamar succionar el niño hace un esfuerzo que lo agota y le provoca sueño; un niño que duerme y se alimenta bien, será sano y sin problemas de ninguna índole. Este ejercicio le servirá además para desarrollar sus músculos favoreciendo al adecuado crecimiento de el maxilar y mandíbula; así como el aprender más pronto a masticar.

Otra ventaja más de ser alimentado en forma natural, es la inmunidad natural que puede adquirir de la madre contra diversas enfermedades.

Los alimentos de consistencia blanda o preparados "especiales" que dicen contienen complementos vitamínicos, necesarios para "el buen desarrollo del infante" muchas veces son perjudiciales; porque además - de contener sustancias sintéticas, impiden que el niño se acostumbre a masticar.

Es necesario hacer notar a los padres de familia que en ocasiones, las

comodidades que nos brindan los alimentos artificiales, como en el caso de que exista alguna afección o enfermedad que no permita un metabolismo normal, son útiles pero en un niño sano va en detrimento de salud, ya que todas las substancias necesarias para mantener en equilibrio el metabolismo de su organismo se encuentran en diversos alimentos naturales, que son más fácilmente absorbidos y asimilados por el aparato digestivo.

La Bromatología.

Es la ciencia encargada del estudio de los alimentos y a ésta corresponde su clasificación, con respecto a la cantidad de proteínas, glúcidos, lípidos, vitaminas, minerales y demás substancias con las que cuenta cada uno de ellos.

El Cirujano Dentista dedicado a la Odontología Infantil debe tener conocimiento entre otras muchas ciencias, de la Bromatología, con el fin de seleccionar el alimento que reúna cualidades nutritivas para el organismo a la vez que sean estimulados para el desarrollo correcto en función del aparato masticatorio, para que con el consejo y colaboración del Pediatra se le pueda instituir al niño una dieta apropiada.

En contraste con los elementos químicos y nutricios del alimento, -- que son asimilados y distribuidos por el torrente sanguíneo, está el

carácter físico de los alimentos que concierne a los efectos tónicos sobre los dientes y estructuras periodontales, que actúan localmente en la cavidad bucal. Los alimentos duros, fibrosos, gruesos y secos que requieren una correcta masticación para poder ser deglutidos, no sólo producen una acción natural de limpieza en la superficie de los dientes, sino que además promueven mayor secreción salival que ayuda a la buena digestión, corneificación de la encía y estimulación a las estructuras periodontal y ósea necesaria para conservar saludable la cavidad oral.

#### B.- Educación dental.

La educación dental debe iniciarse primeramente en los padres -- del niño, explicándoles el funcionamiento de cada una de las partes que se encuentran en la boca y forman el aparato masticatorio, y los medios con los que se cuenta para su limpieza y conservación.

En el niño ésta educación se encontrará supeditada a su edad y - capacidad de raciocinio. Como se mencionó en el Capítulo III, la educación dental se debe empezar a la edad de dos ó tres años, - para que el niño vaya familiarizándose con el Cirujano Dentista y su consultorio mediante visitas más o menos frecuentes, en las cuales se les irá enseñando el material con que se cuenta, en -- forma didáctica y accesible y con la práctica de ligeras revisio nes y limpieza dental, se logrará su confianza y cooperación para intervenciones posteriores.

Es a los padres, en casa, a quienes les corresponde supervisar esta educación dental, insistiendo de manera especial en que se efectúe la función masticatoria correctamente y la higiene dental adecuada hasta donde sea posible, teniendo en cuenta que en un principio el niño solo jugará con el cepillo y la pasta dental, pero servirá para que se acostumbre a éstos. La enseñanza del cepillado debe iniciarse por medio de la imitación de los padres cuando ellos lo practiquen.

Mientras el niño no pueda por sí mismo efectuar su higiene dental, se recurrirá a dar al pequeño después de cada comida una naranja, manzana, o zanahoria, que por el hecho de ser alimentos duros y detergentes efectuarán una limpieza natural en su boca, resultando en cierto modo tan eficaz como el cepillado. También se ha comprobado que bebidas calientes posteriores a las comidas contribuyen a su limpieza.

Se les pedirá a los padres de familia una severa restricción de los azúcares en todas sus formas, ya que representan una agresión para su dentadura en los primeros años de su vida, por su deficiente higiene bucal, substituyéndolos en forma por demás ventajosa con frutas. En el caso de que el niño sea muy afecto a la ingestión de golosinas deberá procurarse que lo haga después de las comidas y no entre ellas y dar posteriormente una adecuada higiene dental.

En ésta forma el gusto por los azúcares se irá reduciendo, ayudando así a la conservación de sus dientes y salud en general.

## CONCLUSIONES

Los grandes beneficios que trae consigo una correcta educación odontológica, principalmente en el niño, así como la práctica eficaz de la misma, hizo que tomáramos mayor conciencia de la enorme importancia de los servicios que brindamos y del papel que jugamos en la comunidad. Esto, quizá, debido a que fuimos comprendiendo la gran perceptividad que todo niño posee y que por una mala influencia ya sea de profesionales mal preparados o con poca ética, ya de medios publicitarios, ya de tradiciones e ideas familiares erróneas, confluyen en la mente de éste y le plantean problemáticas inexistentes hacia su persona con respecto a la Odontología de alcances sumamente peligrosos para cuando esté en su edad adulta.

Así mismo hemos querido remarcar que la Odontología como toda ciencia médica, debe enfocar sus objetivos hacia la prevención de las enfermedades y no como desde la antigüedad hasta nuestros días se había venido haciendo, en la curación de las afecciones del hombre. De manera similar quisimos hacer ver que en la Odontología en general y más específicamente en la Odontopediatría, la prevención es el punto primordial y meta a alcanzar; pero no sólo la prevención de afecciones que causen un problema físico en el aparato masticatorio sino la infinidad de problemas psicológicos que junto con estos se presentan.

Los temas seleccionados en el presente trabajo, son un conjunto de consideraciones básicas que creemos nos pueden llevar al buen desarrollo práctico de nuestros conocimientos sobre Odontopediatría, - pues nuestra labor no debe concretarse a la elaboración de un buen diagnóstico del mal que aqueja a nuestro paciente en ese momento, o de la realización de una bella cavidad, o la perfecta obturación de un conducto dental, sino también, a la orientación que le debemos dar a nuestro paciente, de técnicas preventivas como son: métodos de limpieza, tipos de alimentación, eliminación de hábitos perjudiciales, en fin, todo procedimiento enfocado a mantener su boca en buen estado.

Esta tarea educativa del Odontólogo y su personal, fincará su éxito en la comprensión y cooperación del paciente, entendiendo que - educación no significa solamente instrucción sino que implica además, el término acción por parte del educando, a quién no debemos considerar como un objeto que está sentado en el sillón dental sin emociones ni sentimientos, como muchas veces la práctica constante de nuestra profesión nos lo hace pensar, sino un ser que busca en nosotros guía, ayuda y motivación para el mantenimiento de su salud.



Por eso quisimos dar énfasis a las consideraciones y experiencias - que sobre Odontopediatría nos dan autores especializados, y que --- nosotros hemos tratado de resumir y simplificar, para que en base - a ellas logremos el éxito que todo profesional desea al término de sus estudios.

## BIBLIOGRAFIA

- Sidney B. Finn. Odontología Pediátrica.  
Editorial Interamericana.  
4a. Edición, 1976.
- Finkelbrand R. Stephen. Manejo del niño en el Con-  
sultorio Dental.  
Tesis, 1972.
- Lewis M. Thomson. Atlas de Odontopediatría.  
Law B. David. Editorial Mundi, 1972.  
Davis M. John.
- Mac Donald. Odontología para el niño,  
y el adolescente.  
Editorial Mundi.  
2a. Edición.
- Morris L. Alvin. Las especialidades Odonto-  
lógicas, en la práctica ge-  
neral.  
Bohannon M. Harry. Editorial Labor S.A.  
Calabria 235-239  
Barcelona 1974.
- Biehler F. Robert. Introducción al desarrollo  
del niño.  
Editorial Diana S.A.  
La Edición 1980.



Chandler 05 87