



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**MANEJO PSICOLÓGICO DEL NIÑO EN EL  
CONSULTORIO DENTAL.**

*C.D. Alejandro Martínez Salinas*

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A N:**

Laura A. Nava Garrido

María José Pérez Azcona

**MEXICO, D. F.**

**1985**



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.

# INDICE

I.	INTRODUCCION	1
II.	DESARROLLO EMOCIONAL DEL NIÑO NORMAL	3
	EL RECIÉN NACIDO-----	3
	LOS PRIMEROS TRES AÑOS-----	5
	LOS SEGUNDOS TRES AÑOS-----	8
III.	ACTITUD DEL NIÑO ANTE EL CONSULTORIO	14
	MIEDO-----	14
	ANSIEDAD-----	18
	ANGUSTIA-----	19
IV.	MEDIO AMBIENTE EN EL CONSULTORIO	22
	AREA DE RECEPCIÓN Y ESPERA-----	23
	OFICINA PRIVADA-----	25
	AREA DE TRABAJO-----	26
	ASISTENTE DENTAL-----	27
V.	LA PRIMERA VISITA	33
	COMUNICACIÓN CON LOS PADRES-----	34
	HISTORIA CLÍNICA GENERAL-----	37
	COMUNICACIÓN CON EL NIÑO-----	45
	HISTORIA CLÍNICA DENTAL-----	46
VI.	REACCIONES DEL NIÑO DURANTE EL TRATAMIENTO	51
	ACTITUD DEL NIÑO HACIA EL DENTISTA-----	51
	TIPOS DE LLANTO-----	53
	REACCIONES A LA PRIMERA VISITA DENTAL-----	54
	REACCIONES A LAS VISITAS SECUENCIALES-----	55

REACCIONES A LA INYECCIÓN-----	57
REACCIONES A LA EXTRACCIÓN-----	64
VII. TECNICAS EN EL MANEJO DEL NIÑO	67
LOS PADRES EN EL ÁREA DE TRABAJO-----	68
MANO SOBRE BOCA (MSB)-----	70
RESTRICCIONES FÍSICAS-----	71
HIPNOSIS-----	71
MODELAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO-----	72
PREMEDICACIÓN-----	74
ANESTESIA GENERAL-----	75
VIII. CONCLUSIONES	77
IX. BIBLIOGRAFIA	79

## I. INTRODUCCION.

A LO LARGO DE LA HISTORIA DEL HOMBRE, ÉSTE HA BUSCADO SIEMPRE EL BIENESTAR DE LOS SUYOS Y DE ÉL MISMO COMO PRINCIPIO FUNDAMENTAL PARA SU MEJOR DESARROLLO FÍSICO, INTELECTUAL Y MORAL.

DENTRO DE SU DESENVOLVIMIENTO FÍSICO, EL DENTISTA JUNTO CON LOS ADELANTOS CIENTÍFICOS Y TÉCNICOS DE LA ACTUALIDAD, SE HA CONVERTIDO DÍA A DÍA EN UNO DE LOS PERSONAJES PRIMORDIALES EN TODO LO QUE SE REFIERE AL CUIDADO DE LA SALUD.

LA ODONTOLOGÍA HA SIDO COMPLEMENTADA DE ALGUNA U OTRA FORMA POR CIENCIAS COMO LA BIOLOGÍA, LA QUÍMICA Y MÁS RECIENTEMENTE POR CIENCIAS COMO LA PSICOLOGÍA, LA CUAL CONSCIENTIZA MÁS AL DENTISTA SOBRE SU PACIENTE Y POR CONSECUENCIA LÓGICA SE DA UNA MEJOR RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.

SI BIEN SON IMPORTANTES LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS PARA EL ODONTÓLOGO, EN LA RAMA DEDICADA A LOS NIÑOS SE CONSTITUYEN COMO EL ELEMENTO BÁSICO DE UN TRATAMIENTO ADECUADO.

DEFINITIVAMENTE SE TORNA ABSURDO EL QUERER TRATAR A UN NIÑO SIN CONOCER Y COMPRENDER SUS SENTIMIENTOS, SABIENDO QUE DEBIDO A SU CORTA EDAD Y ESCASO VOCABULARIO, ES INCAPAZ DE COMUNICARSE APROPIADAMENTE.

DE ACUERDO CON LO ANTERIORMENTE EXPUESTO, CONSIDERAMOS QUE SE CONVIERTEN COMO FUNDAMENTOS ESENCIALES EL CONOCER EL DESARROLLO EMOCIONAL DEL NIÑO DURANTE LAS DIFERENTES EDADES DE ÉSTE, ASÍ COMO LA VARIEDAD DE ACTITUDES QUE PRESENTA EL INFANTE EN EL CONSULTORIO; TAMBIÉN EL MEDIO AMBIENTE QUE DEBE TENER ÉSTE PARA EVADIR COMPLETAMENTE IDEAS RELACIONADAS CON HOSPITALES O LUGARES QUE PROMUEVAN EL DOLOR FÍSICO; LA IMPORTANCIA QUE TIENE EN EL NIÑO Y EN LOS PADRES LA PRIMERA VISITA, LAS REACCIONES QUE PRESENTAN ANTE CIERTOS TRATAMIENTOS Y LAS DIFERENTES FORMAS EN QUE SE PUEDE MOLDEAR SU COMPORTAMIENTO.

POR ÚLTIMO, QUISIÉRAMOS RESALTAR LA IMPORTANCIA QUE PRESENTA LA CONSTANTE COMUNICACIÓN CON LOS PADRES, POR SER ÉSTOS LA FUENTE DE INFORMACIÓN MÁS CONSTANTE CON EL PEQUEÑO Y EL APROPIADO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO.

## II. DESARROLLO EMOCIONAL DEL NIÑO NORMAL.

EL CONOCIMIENTO DEL DESENVOLVIMIENTO O COMPORTAMIENTO PSICOLÓGICO DEL NIÑO ES CONSIDERABLEMENTE IMPORTANTE EN LA EVALUACIÓN DE LOS POSIBLES PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN QUE PUEDEN PRESENTARSE DURANTE EL TRATAMIENTO DEL NIÑO ESPECIALMENTE DURANTE LAS PRIMERAS VISITAS AL CONSULTORIO DENTAL.

LOS PERIODOS CRÍTICOS EN EL DESENVOLVIMIENTO DEL NIÑO HAN SIDO ESTUDIADOS POR MUCHO TIEMPO. DICHOS PERIODOS PUEDEN AFECTAR LA RELACIÓN NIÑO-DENTISTA. ALGUNAS CARACTERÍSTICAS SIN EMBARGO HAN SIDO DESCRITAS PARA CADA EDAD, PORQUE SE HAN ENCONTRADO CON MÁS FRECUENCIA EN GRAN NÚMERO DE NIÑOS. ÉSTOS CAMBIOS DE DESARROLLO PUEDEN EXPRESARSE COMO SUCESIÓN DE ADAPTACIÓN QUE CADA INDIVIDUO SUFRE.

### EL RECIEN NACIDO.

ALGUNAS DE LAS REACCIONES ACERCA DE LA CONSTITUCIÓN DEL RECIÉN NACIDO QUE VAN A INFLUENCIAR EN EL COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES HACIA ÉL Y CONSECUENTEMENTE EN SU PROPIO DESARROLLO PUEDEN SER:

1.- EL NIÑO CONSTITUCIONALMENTE NORMAL Y LOS PADRES.

A) LO ACEPTAN Y SE PREPARAN PARA AMARLO.

B) LO ACEPTAN PERO ENCUENTRAN EN ELLOS MISMOS Poca HABILIDAD PARA SATISFACER SUS DEMANDAS.

C) NO LE DAN IMPORTANCIA YA QUE SABEN QUE ES NORMAL.

D) LO RECHAZAN PORQUE NO ES LA CLASE DE NIÑO NORMAL QUE INCONSCIENTEMENTE ELLOS SE HABÍAN IMAGINADO, POR EJEMPLO:

1. LA MADRE DE UNA NIÑA QUE CONSTANTEMENTE SE REPITE, -  
"NUNCA QUISE SER UNA NIÑA" O BIEN, "NUNCA QUISE SER -  
MUJER".

2. EL BEBÉ QUE ES NORMAL PERO DE TAMAÑO PEQUEÑO.

3. EL BEBÉ PUEDE TENER UN INSIGNIFICANTE O CORREGIBLE DE  
FECTO.

2.- EL NIÑO CONSTITUCIONALMENTE NORMAL QUE PUEDE REVELAR PEQUEÑOS PROBLEMAS COMO DIFICULTAD AL RESPIRAR, CIANOSIS O ALGÚN PEQUEÑO PROBLEMA CARDIACO. DICHA SITUACIÓN PUEDE INFLUIR EN DIFERENTES FORMAS:

- A) LOS PADRES TIENEN LA ESPERANZA DE QUE SEA NORMAL Y DE ESA FORMA LO TRATAN.
- B) LOS PADRES CONFÍAN EN QUE TODO ESTÉ BIEN, PERO SOSTIENEN CIERTA INCERTIDUMBRE PRODUCIENDO ANSIEDAD Y CAUSANDO PATERNIDAD INCONSCIENTE.
- C) LOS PADRES NO CREEN ESTABLECIDA LA NORMALIDAD Y TRATAN A SU HIJO, COMO "ESPECIAL".

3.- EL NIÑO PRESENTA REALMENTE CONSTITUCIÓN ANORMAL. PUEDE SER CIEGO, MUDO O RETRASADO MENTAL (COMO SÍNDROME DE DAWN), PARÁLISIS CEREBRAL O ALGUNA DEFORMIDAD EN LAS EXTREMIDADES, LOS PADRES PUEDEN REACCIONAR DE LA SIGUIENTE MANERA:

- A) INICIALMENTE LÁSTIMA POR EL BEBÉ Y FINALMENTE ACEPTÁNDOLO Y AYUDÁNDOLO A DESARROLLAR SU MÁXIMO POTENCIAL.
- B) LÁSTIMA PROGRESIVA HASTA LLEGAR A LA DEPRESIÓN CON UN --PREVALECIENTE SENTIMIENTO DE CULPA CAUSANDO OBSTRUCCIÓN EN EL DESARROLLO DEL NIÑO E INFANTILIZÁNDOLO.
- C) CONSTANTE RECHAZO HACIA ÉL PROVOCANDO PATOLOGÍA INDIVIDUAL Y FAMILIAR.

EXISTEN GENTES CUYA RELACIÓN MARITAL ES TAN MADURA QUE LES PERMITE AYUDAR AL NIÑO SIN IMPORTAR SU CONDICIÓN, ATACANDO SU POTENCIAL NEGATIVO; ASÍ COMO OTROS, CUYA PSICOPATOLOGÍA ES TAN SEVERA QUE LLEGAN A DESTRUIR LA FUNCIONALIDAD POTENCIAL DEL NIÑO. LA CAPACIDAD POTENCIAL DE LA MAYORÍA DE LA GENTE ESTÁ ENTRE ESTOS EXTREMOS.

EL INFANTE TIENE UN CEREBRO LISTO A RECIBIR Y DAR SIGNIFICADO A ESTÍMULOS APRENDIDOS MEDIANTE SUS OJOS, OREJAS, PIES, CABEZA, PIEL Y BOCA. ÉSTE CEREBRO ESTÁ LISTO PARA ENVIAR SEÑALES A LAS PARTES NORMALES DEL CUERPO PARA COMPENSAR SUS LIMITACIONES



DE LAS PARTES ANORMALES. EL NIÑO ES ABSOLUTAMENTE AYUDADO Y DEPENDIENTE DE LOS ADULTOS.

## LOS PRIMEROS TRES AÑOS.

### FASE ORAL

EL PRIMER AÑO ES LLAMADO "FASE ORAL" EN EL CAMPO DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL DEBIDO A QUE LA MAYOR FUENTE DE PLACER ES LA BOCA. LA BOCA ES EL ÓRGANO MÁS IMPORTANTE DE REALIZACIÓN, SIN EMBARGO LA VISTA, OIDO Y TACTO COOPERAN TAMBIÉN. LA MADRE ES LA MÁS IMPORTANTE, MAS NO LA ÚNICA FUENTE DE GRATIFICACIÓN Y FRUSTRACIÓN ORAL. LA PRIMERA FIJACIÓN IMPORTANTE ES HACIA ESA PERSONA QUIEN ALEJA EL DOLOR Y PROPORCIONA COMIDA AL PEQUEÑO.

EL NIÑO QUE APRENDE TEMPRANO A GRATIFICAR UTILIZANDO SUS OJOS, OIDOS, MANOS Y PIES SE ENCONTRARÁ EN MEJORES CONDICIONES DE AFRONTAR LA FASE DEPRESIVA, QUE AQUELLOS CUYA EXPERIENCIA EN ESTE PERIODO SEA SOLAMENTE DE PASIVOS RECEPTORES.

LA SONRISA ES EL PRIMER SIGNO SOCIAL QUE EL BEBÉ DEMUESTRA. EXISTE UNA SONRISA REFLEXIVA QUE ES PROVOCADA POR LA VOZ HUMANA DURANTE LOS PRIMEROS DIAS DE SU NACIMIENTO; LA SONRISA ACTIVA, QUE OCURRE ENTRE LA CUARTA Y OCTAVA SEMANA ES UNA RESPUESTA APRENDIDA E IMITADA.

LA TOMA DE CONCIENCIA SE TORNA FIJACIÓN ABSOLUTA A LOS SEIS MESES, LA CUAL PUEDE SER REGULADA POR EL PADRE QUIEN ALIVIARÁ LA ANSIEDAD DE LA RELACIÓN MADRE-BEBÉ DEMOSTRANDO QUE ÉL TAMBIÉN TOMA PARTE EN LOS CUIDADOS DEL NIÑO. EL TRAUMA MÁS GRANDE DEL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD ES CUANDO SE PIERDE LA MADRE.

A LOS 10 Ó 12 MESES EL BEBÉ QUE NO HA SIDO RESTRINGIDO CON OBJETOS COMO CORRALES, SILLAS DE SUJECCIÓN ETC., TENDRÁN ESTABLECIDO EL USO DE SU MOVILIDAD. GATEANDO Y CAMINANDO EL PUEDE OBTENER ALGUNA DE LAS COSAS QUE QUIERA Y PUEDE EXPLORAR LUGARES SIN LA DEPENDENCIA DE SU MAMÁ; AHORA COMIENZA A PRACTICAR EL --

QUEDARSE SOLO.

EN ESTA ETAPA EL NIÑO ADQUIERE CONFIANZA EN SÍ Y EN LOS DEMÁS PARA QUE LE DEN UN BUEN TRATO. ÉSTOS CONCEPTOS SON IMPORTANTES PARA EL DENTISTA QUIEN SIEMPRE QUISIERA TENER NIÑOS PEQUEÑOS CON CONFIANZA EN ELLOS MISMOS SIN LA NECESIDAD DE LA PRESENCIA DE SU MADRE. EMPIEZA LA ETAPA DEL "EGO"; LA FUERZA O DEBILIDAD DE ESTA ESTRUCTURA DETERMINARÁN SEGÚN SU PROPIA VIDA Y FUNCIONES EN EL MEDIO AMBIENTE.

### FASE ANAL

GENERALMENTE DURANTE EL SEGUNDO AÑO, CUANDO SU ALIMENTACIÓN NO ES LA MÁS IMPORTANTE ACTIVIDAD, LA MADRE LO ENTRENA PARA QUE VAYA AL BAÑO. EL NIÑO SE VUELVE CONCIENTE DE SU PODER DE DECISIÓN DE IR AL BAÑO O DE HACERSE EN LOS PANTALONES.

ESTA FASE SE CONCENTRA EN EL ANO Y HACE FRENTE A LOS CONFLICTOS SOBRE EL CONTROL DE ÉSTE Y VALORA LA HABILIDAD DE LOS ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS Y DEL AMOR A SU MADRE.

EVENTUALMENTE TODAS LAS IDEAS SON SIMBOLIZADAS EN EL "SI Y NO". EL SI CONTRA EL NO DE LA MAMÁ ES IGUAL AL AMOR CONTRA EL O DIO. PARA ALGUNAS MADRES EL DESEO DEL NIÑO POR INDEPENDIZARSE ES ENTENDIDO COMO UNA CARENCIA DE AMOR HACIA ELLAS; EL NIÑO PUEDE VOLVERSE ANSIOSO CUANDO PERCIBA QUE LOS ESFUERZOS POR SU AUTONOMÍA PRODUCEN DESPLACER EN SU MADRE.

ALGUNAS VECES CUANDO UN NIÑO ES CONFRONTADO CON TAREAS DEL PERIODO ANAL Y EL PERIODO SEPARADO, MIENTRAS QUE ÉL SE SIENTE PREPARADO EN EL PERIODO ORAL DEPENDIENTE, EL REACCIONARÁ A SU FRUSTRACIÓN, O EL ENTROMETERSE CON LA RELACIÓN ENTRE SU MADRE Y ÉL ES UN COMPORTAMIENTO QUE ESPANTA O DESANIMA A LOS PADRES. CUANDO EL NIÑO PERCIBE QUE SU COMPORTAMIENTO AGRESIVO ATRAE RESPUESTAS PENALES PERO SIN GRATIFICACIONES, EL TORNARÁ A MORDERSE O GOLPEARSE O A TORTURAR A UNA MASCOTA.

MIENTRAS QUE EL ENTRENAMIENTO PARA IR AL BAÑO CONTINÚA Y -

EL NIÑO LUCHA CONTRA LOS CONFLICTOS DE DECIDIR SI SE COMPLACE - A ÉL MISMO O A SU MADRE, EXISTE OTRO PROCESO QUE CONTINÚA Y QUE NO DEBE MANTENERSE REVUELTO CON ESTA TAREA. EL NIÑO INCREMENTA SU HABILIDAD EN EL HABLA; POR EL TÉRMINO DEL PRIMER AÑO EL PUEDE EXPRESAR LO QUE QUIERE EN UNA O DOS PALABRAS O FRASES.

EL PROCESO DE OIR PALABRAS Y PERCIBIRLAS COMO SÍMBOLOS DE SIGNIFICADO CONCRETO Y DESPUÉS ABSTRAER SIGNIFICADOS DE LAS PALABRAS NO HABLADAS EN EL CONTEXTO DE LA RELACIÓN INTERPERSONAL ES UN TRABAJO GIGANTESCO. LOS SONIDOS EMITIDOS POR LOS NIÑOS - SON RAPIDAMENTE DETERMINADOS, COMO EL DE LOS GATOS, PERROS Y PÁJAROS. SE EMPIEZA A PERCIBIR QUE LOS ADULTOS LO IMITAN, PERO - ÉL PRONTO LOS IMITA A ELLOS.

LOS SONIDOS COMO EL "MA-MÁ, PA-PÁ" LE DAN UN IMPORTANTE - PLACER A LOS ADULTOS Y ESTOS SONIDOS LLEGAN A CONVERTIRSE EN MA MI Y PAPI.

LO FUNDAMENTAL EN EL PRINCIPIO DE LA EJECUCIÓN DEL LENGUAJE LLEGA CUANDO EL NIÑO RESPONDE CON DECLARACIONES APROPIADAS A OTRA PERSONA EN UNA INTERACCIÓN LLAMADA CONVERSACIÓN. UNA CONVERSACIÓN CON UN NIÑO REQUIERE DE APRECIO INDIVIDUAL ENTRE ÉL Y LA OTRA PERSONA.

UN NIÑO QUE ES AUTOESTIMADO, ES DISMINUÍDO CUANDO SIENTE - QUE LOS ADULTOS ESPERAN QUE ESCUCHE, PERO NO LE PONEN ATENCIÓN. Y ANTES DE QUE ÉL PUDIERA EXPRESARSE VERBALMENTE, APARECEN LAS LÁGRIMAS DEL NIÑO, LAS EXPRESIONES FACIALES Y SUS ACCIONES HABLAN POR ÉL. "LAS ACCIONES HABLAN MÁS QUE LAS PALABRAS" ES UN DICHO QUE TIENE SU ORIGEN EN LA OBSERVACIÓN DE NIÑOS PEQUEÑOS.

A LOS DOS AÑOS Y MEDIO APROXIMADAMENTE, SE PRESENTA UNA - MARCADA NECESIDAD DE AUTONOMÍA. ÉL NIÑO SE RESISTE A UNA AUTORIDAD Y HACE BERRINCHE SI SE LE CONTRADICE, PERO EL ADULTO DEBE MOSTRAR FIRMEZA, ESTE PERÍODO SE CONOCE COMO "LOS TERRIBLES DOS" Y ES PROBABLE QUE EL NIÑO HAGA LO QUE SE LE HA PEDIDO AL MISMO TIEMPO QUE PROTESTA.

A LOS TRES AÑOS, EL NIÑO ES MÁS SEGURO Y POSITIVO, USA LA PALABRA "NO" COMO RESPUESTA A CUALQUIER PREGUNTA, PERO ESTÁ DESEOSO DE QUEDAR BIEN Y COMPLACER A LA GENTE.

## LOS SEGUNDOS TRES AÑOS.

### ETAPA GENITAL.

EN ÉSTA EDAD EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO Y OTRAS ACTITUDES NO DISCIPLINARIAS SON PASADOS POR ALTO COMO NATURALES A LOS TERRIBLES DOS.

LA TAREA PSICOSEXUAL ES EL EXPERIMENTAR Y RESOLVER EL CONFLICTO DE EDIPO, LA TAREA SOCIAL ES EL TRABAJAR Y JUGAR CON ÉL CUIDADO DE UNA GUARDERÍA, LA TAREA CORPORA ES EL INCREMENTAR LAS HABILIDADES MOTORAS Y COGNOSITIVAS PARA PREPARARSE A ENTRAR A LA ESCUELA. SI UN NIÑO RESUELVE Y TIENE LAS SUFICIENTES EXPERIENCIAS DURANTE LOS TRES PRIMEROS AÑOS, ENTRARÁ A UN ESTADO -- QUE QUIZÁS SEA EL MÁS EXCITADO Y TERRRÍFICO DE SU VIDA.

SIN LA NECESIDAD DE TENER A SU MADRE QUE LO ALIMENTE Y LO CAMBIE, LA TENSIÓN DEL NIÑO SE VUELCA HACIA SUS GENITALES; POR ALGÚN TIEMPO EL HA TENIDO UN CONOCIMIENTO VAGO SOBRE LAS DIFERENCIAS ANATÓMICAS ENTRE NIÑOS Y NIÑAS; AHORA ÉL SE CONVIERTE -- MÁS COGNOSITIVAMENTE CURIOSO AL RESPECTO Y MÁS EMOCIONALMENTE -- INVESTIGADOR AL RESPECTO. EL QUIERE SABER DE DÓNDE VIENEN LOS BEBÉS Y APRENDER CÓMO LLEGARON AHÍ, BUSCA ESTA INFORMACIÓN A -- TRAVÉS DE VARIOS CAMINOS HACIENDO PREGUNTAS TALES COMO ¿CÓMO -- CRECE EL PASTO? .

EMPEZANDO CON SOLO VER SU CUERPO, EL NIÑO Y LA NIÑA CREEN -- QUE TODA LA GENTE ES COMO ELLOS; MIENTRAS QUE ELLOS ESTÁN PREOCUPADOS CON SUS TAREAS MENTALES SIMILARES EN LOS PRIMEROS TRES -- AÑOS, EL HECHO DE QUE ALGUNOS TENGAN O NO PENE LES CAUSA POCA -- IMPRESIÓN .

DURANTE EL PERIODO DE ÉDIPLO LAS PREOCUPACIONES GENITALES Y SUS PROPIOS ESFUERZOS PARA LUCHAR CONTRA LAS PERCEPCIONES DE LAS DIFERENTES ACTITUDES DE SUS PADRES Y LAS DIFERENTES ESPERANCIAS DE ELLOS, LES CAUSAN TREMENDAS FANTASIAS QUE SIGNIFICAN EL TENER O NO UN PENE.

VARIOS FACTORES AYUDAN A LA PEQUEÑA NIÑA A VENCER LOS EFECTOS DE ESTA TRAUMÁTICA REALIZACIÓN. ENTRE ELLOS ESTÁ LA EXPERIENCIA DE LA ACEPTACIÓN, DELEITE DE SUS PADRES EN ELLA, PERCIBIENDO LA SATISFACCIÓN DE SU MADRE EN EL PAPEL DE MUJER Y DESCUBRIENDO SUS PROPIAS HABILIDADES Y POTENCIAL PARA SU MISMO PLACER.

DURANTE ÉSTOS AÑOS LAS OTRAS FACETAS DE DESARROLLO CONTINÚAN SU PROCESO. LAS FUNCIONES DE CONOCIMIENTO, PERCEPCIÓN, HABILIDADES MOTORAS, EL INCREMENTO DE LENGUAJE Y FORTALECIMIENTO CONTRIBUYEN CON EL NIÑO PARA DISTINGUIR ENTRE LA FANTASÍA Y LA REALIDAD.

AÚN EL MEJOR GRADO DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS NUNCA ES ABSOLUTO EN SU DESPERTAR Y LES DEJA UNA SUPERESTRUCTURA EN LO MÁS ALTO DE SU EGO, LLAMADO SUPEREGO.

SU FORMACIÓN PRECURSORA COMPLEMENTA LA ESTRUCTURA DE SU MENTE, ESTA ESTRUCTURA ES EL RESULTADO DE LA IDENTIFICACIÓN REGRESIVA DEL NIÑO CON LOS PADRES OFENDIDOS QUIENES ESPERABAN CASTIGARLO POR SUS DESEOS DIABÓLICOS TEMPRANEROS LOS CUALES NO PODÍA DISTINGUIR DE SUS HAZAÑAS.

EL NIÑO SE IDENTIFICA CON SUS FORMAS DE PENSAR Y HACER. INTRODUCE SUS VALORES EN EL SENTIDO DE CREER LO QUE ES CORRECTO DE LO QUE ELLOS CREEN; CUANDO PIENSA O ACTÚA CONTRARIAMENTE A ESTOS VALORES SE SIENTE CULPABLE.

EL MIEDO DEL ACTUAL CASTIGO QUE PREVALECÍA ANTERIORMENTE SE LE LLAMA "ANSIEDAD OBJETIVA", LA ANSIEDAD DE CASTRACIÓN Y EL MIEDO DE IR A LA CARCEL ENCAJAN AQUÍ.

EL MIEDO DE PERDER EL AMOR DE SUS IMÁGENES PARENTALES ES LLAMADO "ANSIEDAD DE SUPEREGO".

EL SENTIMIENTO DE SER MALO POR ESPERAR UNA CALAMIDAD QUE OCURRE CUANDO UNO REALIZA CUALQUIER ACTO O FANTASÍA QUE EL SIEN- TE. QUE SUS PADRES NO APRUEBAN, ESTÁ AQUÍ. UN CONFLICTO DE EDIPO BIEN RESUELTO DEJA A UNA PERSONA NO SUJETA A SER SUMERGIDA POR CUALQUIER TIPO DE ANSIEDAD.

EL NIÑO A LOS TRES AÑOS ES MÁS SEGURO Y POSITIVO.

A LOS CUATRO AÑOS ES UN NIÑO IMAGINATIVO Y DESAFIANTE, DE HECHO SU IMAGINACIÓN Y ENERGÍA SON TAN INTENSAS QUE ES PROPENSO A LA EXAGERACIÓN; EL ADULTO DEBE SER FIRME AL TRATAR CON ÉL. A ESTA EDAD EL NIÑO LLEGA A LA CUMBRE DEL MIEDO.

A LOS CINCO AÑOS ES ACCESIBLE Y DÓCIL; NO TEME A CORTAS SEPARACIONES DE LOS PADRES, ES UN NIÑO AGRADABLE Y COOPERADOR.

FRECUENTEMENTE A LOS SEIS AÑOS ES UN NIÑO DIFÍCIL SU CARÁCTER CAMBIA A CADA MOMENTO, DE SER UN NIÑO ADORABLE HASTA UN NIÑO BERRINCHUDO; USUALMENTE TIENE UNA CONSIDERABLE DEPENDENCIA CON RESPECTO A SU MADRE.

A LOS SIETE AÑOS EL NIÑO HA MEJORADO SU CAPACIDAD PARA RESOLVER SUS TEMORES, AUNQUE PUEDA REACCIONAR DE MANERA QUE PAREZCA ALTERNADAMENTE COBARDE O VALIENTE.

EL NIÑO PUEDE RESOLVER SUS TEMORES A LOS PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS DENTALES PORQUE EL DENTISTA PUEDE RAZONAR CON ÉL Y EXPLICARLE LO QUE SE ESTÁ REALIZANDO. SI SE PRODUCE DOLOR, SE LE PUEDE INSTRUIR PARA QUE MUESTRE SU MOLESTIA YA SEA LEVANTANDO LA MANO O CON ALGÚN OTRO GESTO.

A MEDIDA QUE LOS NIÑOS CRECEN, SUS TEMORES SE VUELVEN MÁS VARIABLES E INDIVIDUALES.

DE LOS 8 A LOS 14 AÑOS EL NIÑO HA APRENDIDO A TOLERAR SITUACIONES DESAGRADABLES Y MUESTRA MARCADOS DESEOS DE SER OBE--DIENTE. MANEJA BIEN SUS FRUSTRACIONES, NO TIENE GRANDES PROBLEMAS Y SE AJUSTA FÁCILMENTE A LAS SITUACIONES EN QUE SE ENCUEN--TRA. DESARRROLLA CONSIDERABLE CONTROL EMOCIONAL, SIN EMBARGO --PRESENTA OBJECIONES A QUE LA GENTE TOMA A LA LIGERA SUS SUFRI--MIENTOS. NO LE GUSTA QUE LO FORCEN, QUE SE HAGAN INJUSTICIAS O

QUE LO MIMEN, YA SEAN LOS AMIGOS O EL MISMO DENTISTA EN EL CONSULTORIO.

EL NIÑO PASA POR DIFERENTES ESTADOS DE DESARROLLO TANTO EMOCIONAL COMO MENTAL.

EN LAS PRIMERAS ETAPAS EL NIÑO ES COMPLETAMENTE DEPENDIENTE DE LA MADRE HASTA LA EDAD DE TRES A CUATRO AÑOS CUANDO EMPIEZA CON MÁS ACTIVIDADES FUERA DE LA CASA, COMO POR EJEMPLO EL -- KINDER.

CUANDO EL NIÑO CUMPLE CUATRO AÑOS EMPIEZA A PROBAR AUTORIDAD Y TRATA DE INCREMENTAR SU INDEPENDENCIA. SE ACOSTUMBRA A ESTAR MÁS SEPARADO DE SU MADRE POR SUS DIFERENTES ACTIVIDADES.

DURANTE ESTE PERIODO DE "RESISTENCIA" EL NIÑO PUEDE VOLVERSE DIFÍCIL DE MANEJAR, ESTO PUEDE INCREMENTARSE SI ESTÁ ACOSTUMBRADO A QUE EN SU CASA TENGA VENTAJA POR SU COMPORTAMIENTO; EN ESTE CASO LA PRESENCIA DE LOS PADRES DURANTE EL TRATAMIENTO ESTÁ CONTRAINDICADA.

LAS ETAPAS DE DESARROLLO NO NECESARIAMENTE VAN PARALELAS A LA EDAD CRONOLÓGICA DEL NIÑO, ESTO DEPENDE DE FACTORES AMBIENTALES Y DE LA RELACIÓN FAMILIAR. SE DEBE RECORDAR QUE EL NIÑO APRENDE ATRAVÉS DE EXPERIENCIAS.

LOS NIÑOS QUE HAN SIDO MALTRATADOS POR PADRES ALCOHÓLICOS O AQUELLOS QUE SON TRATADOS POR MEDIO DE CASTIGOS FÍSICOS, ACTÚAN MAL A CUALQUIER SÍMBOLO DE AUTORIDAD ESPECIALMENTE A LOS ADULTOS. ESTOS NIÑOS TIENEN PROBLEMAS EMOCIONALES PROFUNDOS Y SOLO PUEDEN SER ATENDIDOS CON COMPRENSIÓN Y BUENA VOLUNTAD.

## CARACTERISTICAS DEL DESARROLLO.

EDAD	ACTIVIDADES OBSERVADAS	ACTIVIDADES DESCRITAS POR LOS PADRES
3 A 4 AÑOS	<p>SUBE ESCALONES ALTERNANDO LOS PIES. EMPIEZA A ABOTONARSE Y DESABOTONARSE. DIBUJA UN CIRCULO CUANDO SE LE PIDE QUE DIBUJE UN HOMBRE (NIÑO O NIÑA). IDENTIFICA SU SEXO. DA SU NOMBRE COMPLETO. PUEDE COPIAR CÍRCULOS YA DIBUJADOS.</p>	<p>COME SOLO A LA HORA DE COMER. SE QUITA LOS ZAPATOS Y EL SWEATER.</p>
4 A 5 AÑOS	<p>CORRE Y GIRA SIN PERDER BALANCE. PERMANECE PARADO EN UN PIE POR LO MENOS 10 SEG. SE ABOTONA LA ROPA Y SE AMARRA LOS ZAPATOS. DIBUJA A UN HOMBRE CON CABEZA, 2 DETALLES ADICIONALES Y POSIBLEMENTE 2 OJOS; EL TORSO AÚN NO. CONOCE LOS DÍAS DE LA SEMANA. SABE QUE HACER CUANDO TIENE SUEÑO FRÍO O HAMBRE. IMITA MEJOR.</p>	<p>TIENE CUIDADO AL IR AL BAÑO (QUIZÁS NECESITE AYUDA PARA LIMPIARSE). JUEGA AFUERA POR MÁS DE 30 MINUTOS. SE VISTE SOLO.</p>
5 A 6 AÑOS	<p>CACHA LA PELOTA. SALTA SUAVEMENTE. COPIA DIBUJOS MÁS DETALLADOS. DICE SU EDAD. IDENTIFICA LA MANO DERECHA Y LA IZQUIERDA. DIBUJA UN HOMBRE CON 8 DETALLES. DESCRIBE CON DETALLE.</p>	<p>CUMPLE CON SIMPLES OBLIGACIONES DEL HOGAR. VA A LA ESCUELA CON SUS PADRES O EN EL CAMIÓN ESCOLAR. POSEE HABILIDAD MOTORA PERO NO ESTÁ CONSCIENTE DEL PELIGRO.</p>



EDAD

ACTIVIDADES OBSERVADAS

6 A 7 AÑOS	COPIAN FIGURAS GEOMÉTRICAS. DEFINE EL SIGNIFICADO DE LAS PALABRAS. DISTINGUE LA MAÑANA DE LA TARDE. DIBUJA UN HOMBRE CON DOCE DETALLES. LEE PALABRAS DE UNA SOLA SÍLABA. UTILIZA LÁPIZ PARA ESCRIBIR SU NOMBRE.
7 A 8 AÑOS	CUENTA DE DOS EN DOS O DE CINCO EN CINCO. SE AMARRA LOS ZAPATOS. COPIA FIGURAS GEOMÉTRICAS MÁS COMPLEJAS. CONOCE QUE DÍA DE LA SEMANA ES (SIN SABER LA FECHA O EL AÑO). LEE PEQUEÑAS FRASES. EMPIEZA A SUMAR Y A RESTAR. DIBUJA A UN HOMBRE CON 16 DETALLES.
8 A 9 AÑOS	DEFINE MEJOR LAS PALABRAS Y LAS RELACIONA CON SU USO. PUEDE DAR RESPUESTAS APROPIADAS A PREGUNTAS RELACIONADAS CON ACTITUDES PERSONALES. HACE SUMAS Y RESTAS CON DOS CIFRAS.
9 A 10 AÑOS	CONOCE PERFECTAMENTE EL MES, DÍA Y AÑO. CONOCE LOS NOMBRES DE LOS MESES EN ORDEN. PUEDE FORMAR FRASES CON 3 PALABRAS DETERMINADAS. PASA DE LA SUMA Y RESTA A LA MULTIPLICACIÓN.
10 A 12 AÑOS	LEE POR PÁRRAFOS COMPRENDIÉNDOLOS. PUEDE EFECTUAR MULTIPLICACIONES Y DIVISIONES SIMPLES.
12 A 15 AÑOS	LEE PÁRRAFOS MÁS GRANDES. HACE DIVISIONES COMPLICADAS; SUMAS Y RESTAS FRACCIONADOS.

### III. ACTITUD DEL NIÑO ANTE EL CONSULTORIO DENTAL.

#### 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.

EL MIEDO ES UNA DE LAS PRIMERAS EMOCIONES QUE SE EXPERIMENTAN DESPUÉS DEL NACIMIENTO. 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 CONCIENCIA DE LOS ESTÍMULOS QUE LE PRODUCEN MIEDO Y PUEDEN IDENTIFICARLOS INDIVIDUALMENTE. SI EL NIÑO SE SIENTE INCAPAZ DE HACER FRENTE A LA SITUACIÓN Y LE ES FÍSICAMENTE IMPOSIBLE HUIR, SE INTENSIFICARÁ SU MIEDO.

EL MIEDO Y LA IRA SON RESPUESTAS PRIMITIVAS QUE SE DESARROLLAN PARA PROTEGER AL INDIVIDUO CONTRA DAÑOS Y SU PROPIA DESTRUCCIÓN. LA ESTIMULACIÓN EMOCIONAL SE DESCARGA POR MEDIO DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO A TRAVÉS DEL HIPOTÁLAMO Y NECESITA MUY Poca INTEGRACIÓN CORTICAL. Ésto lo ilustran muy bien los movimientos sin INHIBICIONES DE UN ANIMAL DECORTICADO. SIN EMBARGO EN EL HOMBRE LAS DESCARGAS DEL HIPOTÁLAMO PUEDEN SER MODIFICADAS POR INTERFERENCIAS CORTICALES DE MANERA QUE CON SU CORTICALMENTE DESARROLLADO PUEDE HASTA CIERTO GRADO CONTROLAR SUS EMOCIONES A TRAVÉS DE RACIONALIZACIÓN Y DETERMINACIÓN.

EN LOS NIÑOS DE CORTA EDAD, DEMASIADO JÓVENES PARA RACIONALIZAR SE PRODUCE UN COMPORTAMIENTO DIFÍCIL DE CONTROLAR. EN MUCHOS ASPECTOS EL NIÑO SE COMPORTA DE MANERA PRIMITIVA AL TRATAR DE LUCHAR CONTRA 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 CON NIÑOS DE MÁS EDAD, PUEDE OCURRIR UNA SITUACIÓN EN LA QUE EL MIEDO

SEA TAN PRONUNCIADO QUE EL NIÑO NO PUEDA RAZONAR CLARAMENTE. GENERALMENTE A MEDIDA QUE AUMENTA LA EDAD MENTAL DEL NIÑO, ESTAS RESPUESTAS PUEDEN SER CADA VEZ MÁS CONTROLADAS POR LA CORTEZA A TRAVÉS DE FUNCIONES PSÍQUICAS MÁS ELEVADAS.

EL MIEDO DIRIGIDO Y CONTROLADO ADECUADAMENTE, PUEDE SER MUY VALIOSO, PUESTO QUE LOS ESTÍMULOS QUE LO PRODUCEN PUEDEN REALMENTE DAÑAR AL NIÑO, EL MIEDO ES 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.

SI EL NIÑO NO TEME CASTIGOS O DESAPROBACIONES DE SUS PADRES, SU COMPORTAMIENTO PUEDE VOLVERSE UNA AMENAZA PARA LA SOCIEDAD.

SI NO SE LE ENSEÑA TEMOR AL FUEGO, LAS PROBABILIDADES QUE TIENE DE QUEMARSE SON MUCHO MAYORES, POR LO TANTO EL ENFOQUE DEL ENTRENAMIENTO DADO POR LOS PADRES NO DEBERÁ TENDER A ELIMINAR EL MIEDO SINO A CANALIZARLO HACIA LOS PELIGROS QUE REALMENTE EXISTEN Y A EVITARLO EN SITUACIONES DONDE NO EXISTE PELIGRO.

EL MIEDO SOLO PUEDE SER VENCIDO ESTABLECIENDO CONFIANZA EN EL INDIVIDUO. DEBE ENSEÑARSE AL NIÑO A NO TENER MIEDO AL CONSULTORIO. LOS PADRES NO DEBEN DE TOMAR LA ODONTOLOGÍA COMO AMENAZA: "SI SIGUES LLORANDO TE LLEVO CON EL DENTISTA PARA QUE TE SAQUE LAS MUELAS", "SI COMES TANTO DULCE EL DENTISTA TE VA A PICAR O INYECTAR". ESTO INTENSIFICA EL MIEDO TANTO COMO LA IMAGINACIÓN INFANTIL ES CAPAZ.

EL MIEDO OBJETIVO SON REACCIONES A ESTÍMULOS QUE SE SIEN TEN, VEN, OYEN, HUELEN O SABOREAN Y SON DE NATURALEZA DESAGRADABLE.

UN NIÑO QUE ANTERIORMENTE HA TENIDO CONTACTO CON UN DENTISTA Y HA SIDO MANEJADO TAN DEFICIENTEMENTE QUE SE LE HA PROVOCADO

DO DOLOR INNECESARIO, POR FUERZA DESARRROLLARÁ MIEDO A TRATA---  
MIENTOS DENTALES FUTUROS.

EL MIEDO HACE DESCENDER EL UMBRAL DEL DOLOR DE MANERA QUE  
CUALQUIER DOLOR PRODUCIDO DURANTE EL TRATAMEINTO RESULTA AUMENTA-  
TADO Y LLEVA A APRENSIONES TODAVÍA MAYORES.

EL MIEDO SUBJETIVO ESTÁ BASADO EN SENTIMIENTOS Y APTITUDES  
QUE HAN SIDO SUGERIDOS AL NIÑO POR PERSONAS QUE LO RODEAN SIN -  
QUE EL NIÑO LO HAYA EXPERIMENTADO PERSONALMENTE. UN NIÑO DE -  
CORTA EDAD ES MUY SENSIBLE A LA SUGESTIÓN.

LOS NIÑOS TIENEN UN MIEDO INTENSO A LO DESCONOCIDO, CUAL--  
QUIER EXPERIENCIA NUEVA Y DESCONOCIDA LES PRODUCIRÁ MIEDO HASTA  
QUE OBTENGAN PRUEBAS DE QUE SU BIENESTAR NO SE VE AMENAZADO POR  
ELLA.

SU MIEDO ES UN INTENTO DE AJUSTARSE A UNA SITUACIÓN QUE TE  
MEN SEA DOLOROSA.

EL NIÑO DEBERÁ DE CONOCER DE MANERA GENERAL LOS PROCEDI --  
MIENTOS QUE PODRÍAN SERLE APLICADOS Y EL ASPECTO DEL CONSULTO -  
RIO.

EL TEMOR SUBJETIVO PUEDE EXPERIMENTARSE POR IMITACIÓN; ÉS-  
TOS PUEDEN TRANSMITIRSE SUTILMENTE Y EL PADRE PUEDE HACER MUES-  
TRA DE ELLO Y EL NIÑO ADQUIRIRLO, SIN QUE NINGUNO DE LOS DOS SE-  
DEN CUENTA.

UNA EMOCIÓN, COMO LA ANSIEDAD QUE SE OBSERVA EN EL ROSTRO  
DEL PADRE, PUEDE IMPRESIONAR MÁS QUE UNA SUGERENCIA VERBAL.

UNA MADRE QUE TEME IR AL DENTISTA Y QUE SIEMPRE VA PRESA -  
DE GRAN TENSIÓN EMOCIONAL TRANSMITE INCONSIENTEMENTE ESE MIEDO  
A SU HIJO QUE LA OBSERVA. ES FÁCIL DARSE CUENTA DE QUE INCLUSO  
UN GESTO COMO APRETAR FUERTEMENTE LA MANO DEL NIÑO EN EL CONSUL  
TORIO DENTAL ES UNA SEÑAL DE ALIENTO, Y LO QUE SIGNIFICA PUEDE  
SER SUFICIENTE PARA QUE EL NIÑO SOSPECHE Y EMPIECE A SENTIR MIE  
DO.

ESTOS TEMORES PUEDEN SER MÁS INTENSOS Y NO GUARDAN PROPORCIÓN CON EL MIEDO OBJETIVO QUE HUBIERA PRODUCIDO LA EXPERIENCIA EN SÍ.

LA EDAD ES UN DETERMINANTE IMPORTANTE DE LO QUE PRODUCE O NO MIEDO AL NIÑO. EL PADRE Y EL DENTISTA DEBEN ESTAR CONSIENTES DE ESTAS VARIACIONES CON LA EDAD, E INTERPRETAR TODAS LAS REACCIONES A ESTÍMULOS CONSIDERANDO LA EDAD EMOCIONAL, MENTAL Y CRO NOLÓGICA DEL NIÑO.

LOS PRIMEROS TEMORES QUE EL NIÑO ASOCIA CON LA ODONTOLOGÍA SON LOS PRODUCIDOS POR LO INESPERADO Y LO DESCONOCIDO. EL RUIDO Y LA VIBRACIÓN DE LA FRESA, LA PRESIÓN QUE SE EJERCE AL USAR INSTRUMENTOS DE MANO, AL PREPARAR CAVIDADES, PRODUCEN MIEDO A UN NIÑO DE CORTA EDAD. TEME A LOS MOVIMIENTOS SÚBITOS E INESPERADOS, SENTIR QUE SIN AVISARLE LO ESTÁN BAJANDO O INCLINANDO EN LA SILLA DENTAL. LOS NIÑOS QUE TODAVÍA NO VAN AL COLEGIO TEMEN SEPARARSE DE SUS PADRES.

HAY DOS TIPOS DE MIEDO, UNO QUE ES EL NORMAL Y OTRO QUE ES EL NEURÓTICO.

EL NORMAL QUE ES UN MECANISMO DE AUTOPROTECCIÓN EL CUAL ES UNA RESPUESTA A UNA AMENAZA REAL.

EL MIEDO NEURÓTICO ES ALTAMENTE SUBJETIVO Y ES DESPROPORCIONAL A UNA AMENAZA. ESTE LLEGA A PRESENTARSE COMO RESULTADO DE UN SENTIMIENTO DE INADECUACIÓN A UNA SITUACIÓN TEMEROSA.

UN DENTISTA DEBERÁ EVALUAR SI EL MIEDO DEL NIÑO ES AL DENTISTA O SI EL DENTISTA LO HACE SENTIR A ÉL INCÓMODO.<sup>6</sup> SI SE FORZA AL PACIENTE A UNA SITUACIÓN DENTAL, SÓLAMENTE INCREMENTARÁ EL SENTIMIENTO DE SENTIRSE INDEFENSO. ESTE SENTIMIENTO ES FRECUENTEMENTE VISTO CUANDO EL DENTISTA TRATA DE HABLAR CON EL PACIENTE DE SU SENTIMIENTO EN RELACIÓN AL MIEDO. UN EJEMPLO DE ESTO ES CUANDO EL DENTISTA DICE "ESTO NO TE VA A DOLER" Y ESTO

ÚNICAMENTE HACE AL PACIENTE QUE TENGA MIEDO Y LO HACE SENTIR - MÁS NEGATIVO EN RELACIÓN A ÉL MISMO, AL MISMO TIEMPO ÉL PIERDE RESPETO AL DENTISTA PORQUE SABE QUE LE VA A DOLER EL QUE SE LE APLIQUE UNA INYECCIÓN O SE LE HAGA UNA EXTRACCIÓN. LO QUE EL DENTISTA DEBERÍA HACER ES EXPLICAR AL PACIENTE TODO LO RELACIONADO CON LO QUE A ÉL LE HACE TENER MIEDO.

A MEDIDA QUE EL "MIEDO" VA AUMENTANDO PRODUCE EN EL NIÑO CIERTA "INSEGURIDAD" LA CUAL GENERA "ANSIEDAD", Y SI LA ANSIEDAD NO LLEGARA A SER CONTROLADA PROVOCARÍA UNA "ANGUSTIA".

### ANSIEDAD.

LA VISITA AL DENTISTA EVOCARÁ CIERTOS GRADOS DE APRENSIÓN Y ANSIEDAD EN CASI TODOS LOS NIÑOS. ÉSTO ES ESPECIALMENTE EN NIÑOS DE EDAD PRE-ESCOLAR CUYA EXPERIENCIA NO SOLO IMPLICARÁ POSIBLE DOLOR O HERIDA Y MIEDO DE LO DESCONOCIDO SINO TAMBIÉN UN MIEDO A LA SEPARACIÓN DE LOS PADRES. EL DENTISTA QUE TRATA A LOS NIÑOS DEBERÁ RECORDAR QUE LA ANSIEDAD ES UNA RESPUESTA NORMAL Y QUE ES ACTUALMENTE NECESARIA EN MUCHAS SITUACIONES EN RELACIÓN A MANTENER LA SEGURIDAD DEL INDIVIDUO. ASÍ EL NIÑO QUE ESTÁ TEMEROSO DE UNA SOBREAGRESIVA ACCIÓN EXHIBE UN COMPORTAMIENTO NORMAL, MIENTRAS QUE EL NIÑO QUE NO PERCIBE ESTA SITUACIÓN PUEDE CONSIDERARSE ANORMAL.

LOS NIÑOS RESPONDEN A ACCIONES DE STRESS COPIADO; EL COPIADO INCLUYE LA MENTALIDAD INDIVIDUAL INTERNA, PROCESOS EMOCIONALES, RESPUESTAS DE COMPORTAMIENTO EXTERNO Y PUEDEN SER ESTIMULADAS POR EVENTOS EXTERNOS O CONFLICTOS INTERNOS. EL COMPORTAMIENTO EXTERNO SIN EMBARGO ES LA ÚNICA RESPUESTA QUE EL DENTISTA PUEDE OBSERVAR Y QUE GENERALMENTE PUEDE SER EVALUADO.

UN NIÑO PUEDE RESPONDER A UNA CITA DENTAL CON MANDO ACTIVO CON SOMETIMIENTO PASIVO O REFUTANDO ESTA SITUACIÓN.

NO ES LA ANSIEDAD DEL NIÑO SINO LA FORMA EN QUE PELEA CON-

SUS MIEDOS LO QUE DETERMINA EL TIPO DE PACIENTE QUE ESTE SERÁ.

LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS PUEDEN PELEAR CONTRA UNA VISITA DENTAL Y DEMOSTRARÁN UN COMPORTAMIENTO QUE ES CONMENSURADO CON SU EDAD Y EL NIVEL EMOCIONAL DE MADUREZ. OTROS NIÑOS RESPONDEN A ESTA VISITA MOSTRANDO NADA DE COOPERATIVISMO Y UN COMPORTAMIENTO QUE ESTALLA (LLANTO, GRITOS ETCÉTERA), PARA LO QUE HAY VARIAS RAZONES:

- PUEDEN SER SIMPLEMENTE MUY JÓVENES Y EMOCIONALMENTE INMADUROS PARA ENTENDER LA NECESIDAD DEL TRATAMIENTO DENTAL.
- PARA ALGUNOS NIÑOS LA DISCIPLINA DE LOS PADRES ES CARENTE O AL CONTRARIO PUEDE SER DEMASIADO SEVERA.
- PARA CUALQUIERA DE LOS CASOS LA MADUREZ EMOCIONAL DEL NIÑO Y LA HABILIDAD PARA PELEAR EN UNA NUEVA SITUACIÓN USANDO UN COMPORTAMIENTO ACEPTABLE PUEDE SER NO PAREJO.

## ANGUSTIA.

PUEDE SER DEFINIDA COMO UNA RESPUESTA GLOBAL DE LA PERSONALIDAD A SITUACIONES QUE SON EXPERIMENTADAS COMO AMENAZANTES PARA SU EXISTENCIA ORGANIZADA.

PSICOLÓGICAMENTE ES UN SENTIMIENTO DE INCERTIDUMBRE ANTE UN PELIGRO QUE ES PERCIBIDO EN FORMA VAGA E IMPRECISA.

LA NATURALEZA MISMA DEL DESARROLLO INDIVIDUAL EN TANTO QUE ENTRAÑA LA NECESIDAD DE ACOMETER SITUACIONES NUEVAS Y CADA VEZ MÁS COMPLEJAS, INTERNARSE EN LO DESCONOCIDO Y ESCOGER ENTRE DISTINTAS POSIBILIDADES IMPLICA INEVITABLEMENTE ANGUSTIA EN MAYOR O MENOR GRADO.

TODOS LOS SERES HUMANOS EXPERIMENTAN POR LO MENOS CIERTA VAGA APRENSIÓN ANSIOSA QUE ES CORRELATIVA A SU IMPORTANCIA, PARCIAL O TOTAL ANTE LAS CONTINGENCIAS DE LA VIDA; INEVITABILIDAD DE LA MUERTE, PELIGRO DE ENFERMEDADES, ATAQUE INSUPERABLE DE

LAS FUERZAS DE LA NATURALEZA ETCÉTERA. TODO ÉSTO MUESTRA QUE LA ANGUSTIA ES UNA EXPERIENCIA UNIVERSAL COMÚN A LOS SERES HUMANOS. SIN EMBARGO ES PARADÓJICAMENTE LA FUENTE PRINCIPAL DE LA PATOLOGÍA MENTAL DE UNA BUENA PARTE DE LA ORGÁNICA.

EL NIÑO ANGUSTIADO PRESENTA UN PROBLEMA MÁS SERIO, SE SOMETE AL EXÁMEN CON APENAS UN GEMIDO; ES UN NIÑO QUE CON CASI TODA SEGURIDAD VA A SUFRIR UN ALTO GRADO DE STRESS A LO LARGO DE LAS ETAPAS DEL TRATAMIENTO; ES CASI COMO SI IRRADIARA MIEDOS Y PREOCUPACIONES. QUIZÁ ESA PREOCUPACIÓN TENGA POR BASE EXPERIENCIAS PREVIAS CON ODONTÓLOGOS O MÉDICOS, ESTE NIÑO PARECE MODIFICAR SU CONDUCTA ANTE LAS AMENAZAS, SE CONVIERTEN ÉSTAS EN EL MÉTODO PRINCIPAL DE DISCIPLINA; PARA ESTOS NIÑOS LA VIDA ES UNA SUCECIÓN INTERMINABLE DE TEMORES.

POR LOS TEMORES Y PREOCUPACIONES DE ESTOS NIÑOS ES IMPORTANTE CONVERSAR CADA PASO QUE SE VA A DAR, DEBE ESTAR EL NIÑO BIEN INFORMADO DE TODO LO QUE SE LE HARÁ Y DEL PORQUÉ SE LE HARÁ; ES NECESARIO EXPRESAR TODAS LAS PREOCUPACIONES QUE SE PUDIERAN HABER IDO FORMANDO EN LA MENTE DEL NIÑO.

AUNQUE SIMPATÍA Y COMPRESIÓN SEAN UN BUEN COMIENZO, SON INSUFICIENTES PARA ALIVIAR LOS TEMORES Y TENSIONES DE ESTE NIÑO. LO QUE MÁS SE NECESITA Y QUE INICIARÁ MÁS FACILMENTE SU CONVERSACIÓN, ES QUE SE RECONOZCAN EN EL TRANCURSO DE ESTA CONVERSACIÓN LOS SENTIMIENTOS QUE ÉL EXPERIMENTA.

#### DIFERENCIA ENTRE ANGUSTIA Y MIEDO.

EN EL MIEDO, LA AMENAZA ES EXTERNA, ES DECIR, OBJETIVA; EL INDIVIDUO QUE EXPERIMENTA MIEDO, TIENE CONCIENCIA DEL PELIGRO QUE LO AMENAZA Y PUEDE ENFRENTARSE A ÉL ADECUADAMENTE. EN TANTO QUE LA ANGUSTIA, LA AMENAZA ES SUBJETIVA, SU FUENTE ES INTERNA Y EL INDIVIDUO QUE LA EXPERIMENTA NO TIENE ADVERTENCIA CLARA



DE ELLA.

ESTE RASGO DIFERENCIAL ENTRE EL MIEDO Y LA ANGUSTIA ES VÁLIDO AÚN TOMANDO EN CUENTA QUE ALGUNAS PERSONAS REACCIONAN CON UNA INTENSIDAD DESPROPORCIONADA ANTE UN PELIGRO OBJETIVO; INTENSIDAD QUE SOLO SERÍA ADECUADA ANTE "UNA AMENAZA VITAL". EN ESTOS CASOS LA REACCIÓN ES CLASIFICABLE COMO ANGUSTIA Y NO COMO MIEDO, YA QUE SON CIERTAS CONDICIONES INTERNAS DE LA MENTE DE ESA PERSONA LAS QUE DETERMINAN LA INTENSIDAD DE LA REACCIÓN Y NO EL PELIGRO OBJETIVO, QUE EN REALIDAD ACTÚA COMO UN ESTÍMULO DESENCADENANTE.

#### IV. MEDIO AMBIENTE EN EL CONSULTORIO.

· ASÍ COMO LAS INFLUENCIAS NEGATIVAS EN LA EXPERIENCIA DENTAL COMIENZAN AÚN ANTES DE QUE EL PACIENTE CONOZCA AL DENTISTA, (EXPERIENCIAS NO PLACENTERAS TALES COMO LAS VIVIDAS CON ALGÚN MÉDICO O DENTISTA O COMENTARIOS NEGATIVOS DE PADRES O AMIGOS),- EXISTEN ALGUNAS FUERZAS POSITIVAS QUE EMPIEZAN EN EL PRECISO -- MOMENTO EN EL QUE EL PACIENTE CONOCE AL DENTISTA Y SU CONSULTORIO. ALGUNAS DE ESTAS PERCEPCIONES DEPENDEN EN GRAN PARTE DE LA RECEPCIONISTA Y DEMÁS PERSONAS AUXILIARES ASÍ COMO DE LA ATMÓSFERA GENERAL DEL CONSULTORIO.

UN CONSULTORIO DESORDENADO Y DESORGANIZADO REDUCE SU NIVEL DE UTILIZACIÓN Y SERVICIO ASÍ COMO LA CANTIDAD Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN QUE DABE DAR. EL BUEN MANEJO DE ORDEN Y ORGANIZACIÓN INCREMENTA LA PRODUCTIVIDAD Y CALIDAD, ADEMÁS REDUCE EL STRESS TANTO DEL DENTISTA COMO DEL PERSONAL O EQUIPO.

PARA LOGRAR ESTA MEJORA GENERAL DEL CONSULTORIO, EL DENTISTA DEBE CONSIDERAR UNA VARIEDAD DE FACTORES FISIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS CON EL FIN DE OBTENER UNA EFICIENCIA MÁXIMA. TAMBIÉN ES NECESARIO UNA REEVALUACIÓN Y CREATIVIDAD CONSTANTES.

PARA LOGRAR UNA VERDADERA EFICIENCIA SE DEBEN ANALIZAR VARIOS FACTORES CUIDADOSAMENTE EN LA ORGANIZACIÓN DE UN CONSULTORIO. ÉSTO INCLUYE AL PERSONAL, QUE DEBE SER ACORDE AL CARÁCTER DEL DENTISTA, A SU HABILIDAD, MÉTODO DE TRABAJO, ETC. TAMBIÉN UN FACTOR IMPORTANTE SE REFIERE AL TRABAJO REQUERIDO, TIPO Y CALIDAD DEL PERSONAL AUXILIAR Y SUS MEDIOS DE ACTIVIDADES.

EXISTEN UNA SERIE DE PUNTOS QUE PARECERÍAN PEQUEÑECES SIN IMPORTANCIA, SIENDO LO CONTRARIO, YA QUE SON PUNTOS QUE NOS PUEDEN AYUDAR A FORMAR O MEJORAR LA RELACIÓN DEL CONSULTORIO (INCLUYENDO; PERSONAL AUXILIAR, SECRETARIA Y DENTISTA) CON EL PACIENTE.

UN PACIENTE DEBE SER SALUDADO POR SU NOMBRE (O APODO SI --

ASÍ LO PREFIERE), EL CUAL HA SIDO DADO A CONOCER EN EL MOMENTO DE HACER LA CITA POR TELÉFONO, O BIEN, DURANTE LA HISTORIA CLÍNICA EN LA PRIMERA CITA, NUNCA SE DEBE LLAMAR AL PACIENTE CON PALABRAS INDEFINIDAS.

SE DEBE DE HACER SENTIR AL NIÑO QUE ES EL CENTRO DE ATENCIÓN PERSONAL Y DEBE SER IDENTIFICADO COMO INDIVIDUO, NO COMO OBJETO, QUE ES LO SIEMPRE BÚSCADO.

ES DE PRIMORDIAL IMPORTANCIA, INCITAR A LOS PACIENTES A ASISTIR A SU CITA, PARTICULARMENTE A LOS NIÑOS QUE NO DISIPAN SU MIEDO AÚN EN LA SALA DE ESPERA EQUIPADA CON JUEGOS Y JUGUETES.

ES IMPORTANTE TOMAR EN CUENTA LA HORA DE LA CITA Y EL DÍA, ASÍ COMO LA DURACIÓN QUE DEPENDE DEL TEMPERAMENTO, EDAD Y SALUD DEL NIÑO; PARA ALGUNOS ES PREFERIBLE ATENDERLOS DURANTE LA MAÑANA, PARA OTROS ES MEJOR SER ATENDIDOS DESPUÉS DE LA ESCUELA O DE LA SIESTA. EN CUANTO A LA DURACIÓN DE LA CITA, DEPENDE AMPLIAMENTE DEL TRATAMIENTO A REALIZAR.

SOBRE EL TIPO DE VESTIMENTA DEL DENTISTA Y DEL PERSONAL AUXILIAR SE HA DISCUTIDO POR MUCHOS AÑOS, ALGUNOS ESTUDIOS INDICAN QUE NO HAY GRAN DIFERENCIA O INFLUENCIA POR LA ROPA DE LOS DENTISTAS, AÚN CUANDO UN DENTISTA VESTIDO INFORMALMENTE O DE COLOR Y NO DE BLANCO RESULTA SER MENOS IMPRESIONANTE PARA LOS NIÑOS.

#### AREA DE RECEPCION Y ESPERA.

ESTA PARTE DEL CONSULTORIO ES UNO DE LOS LUGARES PRINCIPALES YA QUE ES LA INTRODUCCIÓN DEL PACIENTE PARA SU PROPIO TRATAMIENTO, DE AQUÍ SE PUEDEN ORIGINAR LAS DIFERENTES ACTITUDES DEL PACIENTE ANTE SU SITUACIÓN, TALES COMO; COOPERACIÓN, MIEDO, ANGUSTIA, O BIEN ADQUIRIR CONFIANZA Y TRANQUILIDAD, AUNQUE ENTRE OTRAS, PUEDE HABER UNA PREDISPOSICIÓN AL DOLOR Y ÉSTA CONDU

CIRLOS AL LLANTO, ÉSTO SUCEDE PRINCIPALMENTE EN NIÑOS. PUEDE - EL NIÑO, REACCIONAR CON TRANQUILIDAD Y DARSE CUENTA DE QUE EL - TRATAMIENTO ES POR SU PROPIO BIEN, QUE NO VA A DOLER Y SERÁ UN - NIÑO COOPERATIVO.

EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, EL PACIENTE OCUPARÁ EL ÁREA DE ESPERA DURANTE UNOS MINUTOS EN LOS CUALES PUEDE ESTAR ALGÚN O - - TRO PACIENTE INQUIETO O TEMEROSO QUE PUDIERA INFLUENCIARLO, PA - RA EVITAR ÉSTO, EXISTEN ALGUNAS FORMAS DE DISTRAERLO O MANTENER LO OCUPADO. POR OTRA PARTE, LOS PADRES TAMBIÉN ESTARÁN EN ÉSTA ÁREA QUE LES DEBE SER AGRADABLE.

LA FORMA DE DECORACIÓN DEL CONSULTORIO DEPENDE DE LA ESPE - CIALIDAD A QUE SE DEDIQUE. LA DECORACIÓN DEBE SER ATRACTIVA, - PERO PLANEADA Y ORGANIZADA PARA MINORIZAR EL TRABAJO DEL PERSON - AL DE RECEPCIÓN.

LA ILUMINACIÓN DEBE SER BUENA Y SUFICIENTE. SI EXISTE AL - GÚN PUNTO DE INTERÉS O DISTRACCIÓN COMO UN ACUARIO DEBERÁ ESTAR MUY BIEN PROTEGIDO PARA EVITAR ACCIDENTES O DAÑOS A NIÑOS PEQUE ÑOS.

LA ASISTENTE O LA RECEPCIONISTA DEBE MANTENER EL ÁREA DE - RECEPCIÓN Y ESPERA LIMPIA Y AGRADABLE. NO ES NECESARIO DECORAR LA COMO UNA GUARDERÍA, PERO SI ES BUENO TENER ALGUNOS OBJETOS - DE INTERÉS PARA EL NIÑO QUE ESPERA, COMO; LIBROS Y JUGUETES RE - - SISTENTES, QUE NO SE ROMPAN FACILMENTE Y NO HAGAN MUCHO DESOR - - DEN O TIRADERO, PERO SOBRE TODO QUE NO INTERFIERAN CON LA SEGU - RIDAD DE ESTA ÁREA.

MATERIAL PARA LA EDUCACIÓN DEL PACIENTE COMO LAS YA PREPA - RADAS POR ALGUNAS COMPAÑÍAS COMERCIALES PUEDEN SER COLOCADAS EN EL ÁREA DE ESPERA PARA SER LEÍDAS AHÍ MISMO O QUE SE LAS PUE DAN LLEVAR A CASA COMO RECORDATORIO.

TAMBIÉN UNA MÚSICA APENAS AUDIBLE Y RELAJANTE TIENE EFEC - -

TOS RECONFORTANTES EN LOS PADRES Y EN EL NIÑO Y HACE DESAPARECER LA FRIALDAD QUE A MENUDO SE SIENTE EN UNA HABITACIÓN SILENCIOSA.

PERO, DESDE LUEGO, NO SE TRATA SOLO DE ENCENDER LA RADIO - CON CUALQUIER MÚSICA; PARA QUE ÉSTA CUMPLA SU MISIÓN DEBE ESTAR CUIDADOSAMENTE SELECCIONADA, EN EL VOLUMEN ADECUADO Y DENTRO DE LAS FORMAS TÉCNICAS Y ACÚSTICAS PLANEADAS.

LA MÚSICA NO OBSTACULIZA EL TRABAJO, SINO QUE LO HACE MÁS GRATO. ÉSTA MÚSICA NO ES PARA SENTARSE A ESCUCHARLA SINO PARA VIVIR Y TRABAJAR, ESTÁ COMPROBADO QUE LA MÚSICA HACE QUE LAS -- PERSONAS PIERDAN EL SENTIDO DEL TIEMPO Y ESTO DA LA SENSACIÓN - DE QUE EL TIEMPO TRANSCURRE MÁS RÁPIDO, POR LO QUE LOS PACIENTES SIENTEN QUE SU ESTANCIA EN EL CONSULTORIO ES BREVE. DE PREFERENCIA LA MÚSICA QUE HA DE SELECCIONARSE SERÁ EXCLUSIVAMENTE INSTRUMENTAL.

LOS COLORES BRILLANTES SON AGRADABLES, AUNQUE NO DEBEN SER DEMASIADO FUERTES, YA QUE LLEGAN A DESPERTAR LA AGRESIVIDAD EN ALGUNOS PACIENTES.

POR LO QUE AL COLOR SE REFIERE, ES MUCHO LO QUE SE HA INVESTIGADO, PERO DE LAS PRINCIPALES BASES ACEPTADAS PODEMOS MENCIONAR QUE EL COLOR ROJO PROVOCA EXCITACIÓN, EL AZUL DA IMPRESIÓN DE ESPACIO, EL VERDE ES TRANQUILIZANTE, EL CAFÉ OSCURO DEPRIME Y EL BEIDGE ES IDEAL PARA REFLEJAR LA LUZ ARTIFICIAL.

TODA ÉSTA DECORACIÓN DE LA SALA DE RECEPCIÓN Y ESPERA PROVOCARÁ CIERTA IMPRESIÓN DE LOS PADRES SOBRE EL CONSULTORIO EN - GENERAL, Y DEL DENTISTA DEPENDE QUE ÉSTA IMPRESIÓN SEA POSITIVA O NEGATIVA.

#### OFICINA PRIVADA.

ES LLAMADA TAMBIÉN CUARTO DE CONSULTA; ESTÁ RESERVADA PARA

EL DENTISTA Y ES USADA PARA DISCUTIR EL PLAN DE TRATAMIENTO CON LOS PACIENTES O CON LOS PADRES EN CASO DE QUE SEA UN NIÑO, Y DEPENDIENDO AL ACUERDO QUE LLEGUEN PARA ÉSTO.

ESTA SALA DEBE SER MUY AGRADABLE, CONFORTABLE Y TRANQUILA PARA PODER LLEVAR UNA CHARLA CON LOS PADRES EN CUANTO AL TRATAMIENTO, DURACIÓN Y COSTO O FORMAS DE PAGO DEL MISMO.

DEBE CONSTAR DE UN VISUALIZADOR DE RAYOS X PARA PODER EXPLICAR A LOS PADRES E INCLUSO AL NIÑO EL TRATAMIENTO A REALIZAR. ESTO INTRODUCE A LOS PADRES EN EL CAMPO Y HACE QUE SE INTERESEN EN LA SALUD DENTAL DEL NIÑO Y ÉSTE A SU VEZ EN SU PROPIO BIENESTAR DENTAL, EL NIÑO SE INTERESARÁ MUCHO AL ENTENDER LO QUE LE SUCEDE Y LO QUE SE LE HARÁ Y SERÁ UN PACIENTE ALTAMENTE COOPERATIVO.

EN CASO DE CONTAR CON FILMINAS O ALGÚN OTRO MATERIAL AUDIO VISUAL EDUCATIVO O DE PREVENCIÓN SE DEBE CONTAR CON UN ESPACIO SEPARADO, DE TAL FORMA QUE PUEDAN SER VARIOS PADRES O PACIENTES LOS QUE PUEDAN OBSERVAR LA EXPOSICIÓN.

### AREA DE TRABAJO.

ESTA ÁREA ES DE VITAL IMPORTANCIA YA QUE ES DONDE SE VA A EJERCER LA OPERATORIA O EL TRABAJO PROPIAMENTE DICHO. DEBE SER UNA ÁREA CÓMODAMENTE ORGANIZADA PARA EL DENTISTA, PUESTO QUE DE ESTA FORMA SE PODRÁ TRABAJAR MEJOR Y CON MAYOR RAPIDEZ.

ES IMPORTANTE QUE SIEMPRE ESTÉ ORDENADA, CON EL INSTRUMENTAL GUARDADO (JERINGAS Y FORCEPS PRINCIPALMENTE), YA QUE SI EL NIÑO LAS LLEGARA A VER, PODRÍA ECHAR A ANDAR SU IMAGINACIÓN Y ANTEPONER UN MIEDO O DOLOR FICTICIOS. DEBE ESTAR BIEN ALUMBRADO, YA SEA UNA SOLA UNIDAD O VARIAS EN FORMA DE CLÍNICA INTEGRAL.

DEBE SER ESPACIOSA PARA NO HACER SENTIR AL NIÑO ACORRALADO O ENCERRADO Y SI ES POSIBLE, QUE TENGA MÚSICA SUAVE PARA TRAN-

QUILIZARLO.

LA DISTRIBUCIÓN DE ESTA ÁREA SE HACE EN FORMA INDIVIDUAL - DEPENDIENDO DEL NÚMERO DE UNIDADES Y DE LAS NECESIDADES DEL DENTISTA. PARA OBTENER EL MÁXIMO RENDIMIENTO ES IMPORTANTE TENER - UN EQUIPO MODERNO, EN LAS UNIDADES GIRATORIAS POR EJEMPLO, EL - PACIENTE DESCANSA EN POSICIÓN INCLINADA, CON EL CUERPO PARALELO AL SUELO Y LOS PIES LIGERAMENTE ELEVADOS. LOS BRAZOS DE LA AYUDANTE QUIEN TOMA IMPORTANTE PAPEL, PERMANECEN LIGERAMENTE SUPERIORES AL PECHO DEL NIÑO PARA DARLE SEGURIDAD; GENERALMENTE EN ESTE TIPO DE SILLONES Y EQUIPOS NO SE DISPONE DE UNA ESCUPIDERA POR LO QUE LA SALIVA DEBERÁ SER ELIMINADA POR ASPIRACIÓN.

EL DENTISTA OPERA EN POSICIÓN SENTADA, EN UN CÓMODO TABURETE GIRATORIO, LA AYUDANTE SE SIENTA ENFRENTA DE ÉL COLOCÁNDOSE DE MANERA QUE LA UNIDAD NO LO ESTORBE. TODO EL EQUIPO SE ENCUENTRA CONVENIENTEMENTE SITUADO JUNTO A LA AYUDANTE. SE PUEDEN INCLUSIVE MONTAR LAS PIEZAS DE MANO DE ALTA Y BAJA VELOCIDAD EN UNA BANDEJA QUE SE EXTIENDE PARCIALMENTE SOBRE LA UNIDAD Y TAMBIÉN LAS JERINGAS DE ASPIRACIÓN DE AIRE Y AGUA.

TODO ÉSTO AYUDARÁ A MEJORAR LA CALIDAD Y EL TIEMPO DE TRABAJO, INFLUYENDO EN LA PROPIA SUPERACIÓN DEL DENTISTA.

### ASISTENTE DENTAL.

ES DE VITAL IMPORTANCIA EN EL CONSULTORIO ODONTOPEDIÁTRICO LA UTILIZACIÓN EFICIENTE DE LAS ASISTENTES O AYUDANTES DENTALES PORQUE:

- DISMINUYEN EL PERIODO DE TIEMPO DE LA VISITA DENTAL Y ESTO AYUDA AL MANEJO DEL NIÑO.
- ESTUDIOS DE TIEMPO Y MOVIMIENTO MUESTRAN QUE UNA AYUDANTE HACE DISMINUIR EL TIEMPO Y EL CANSANCIO DEL DENTISTA.

- EL DENTISTA PRACTICA CON MAYOR EFICIENCIA Y RAPIDEZ CON LO QUE SE VUELVE MÁS PRODUCTIVO Y AUMENTA SU INGRESO.
- ADEMÁS PUEDE EJERCER UNA GRAN INFLUENCIA EN LA ADAPTACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE POR PARTE DEL NIÑO.

SU PAPEL COMIENZA EN LA CONVERSACIÓN TELEFÓNICA PREVIA A LA VISITA CON LA MADRE Y ASUME ESPECIAL IMPORTANCIA MIENTRAS -- CUMPLE SUS DEBERES DURANTE LA PRIMERA VISITA DEL PEQUEÑO AL CONSULTORIO, COMO EXPLICARLE Y DARLE A CONOCER LA DECORACIÓN DE LA SALA DE ESPERA, ETC.

FORMA PARTE DE SU TAREA LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN ESENCIAL ACERCA DEL NIÑO, SOLICITÁNDOLA A LA MADRE; TAMBIÉN DEBE DAR A CONOCER A LA MADRE LAS NORMAS QUE RIGEN AL CONSULTORIO.

ENTRE OTROS DEBERES DE LA AYUDANTE SE ENCUENTRAN:

### 1. CONVERSACIONES PREVIAS A LA VISITA.

CUANDO UN PADRE TELEFONEA AL CONSULTORIO PARA HACERLE CITA AL NIÑO, SE DEBE INDAGAR EN PRIMER TÉRMINO, SI ES UNA VISITA URGENTE O DE RUTINA QUE PUEDE CONCERTARSE PARA UNA FECHA POSTERIOR, EN AMBOS CASOS ESTE DIÁLOGO ES IMPORTANTE, YA QUE AQUÍ COMIENZA LA CONDUCCIÓN DEL NIÑO Y DEL PADRE PARA CON EL CONSULTORIO EN GENERAL.

#### - LLAMADA DE URGENCIA.-

LO IDEAL SERÍA QUE LA PRIMERA VISITA DE UN NIÑO DE EDAD PREESCOLAR AL DENTISTA, NO FUERA POR UN TRATAMIENTO DE URGENCIA, PERO POR DESGRACIA SON MUCHOS LOS QUE ASISTEN POR UNA NECESIDAD IMPERATIVA.

#### - LLAMADA CORRIENTE.-

SI EL PADRE SOLICITA POR TELÉFONO UN EXÁMEN ORAL PARA SU HIJO LA ASISTENTE DENTAL ES LA ENCARGADA DE OBTENER LA INFORMACIÓN QUE SIRVA DE GUÍA PARA LA CONDUCTA QUE HAYA QUE SEGUIR CON EL NIÑO. TAMBIÉN DEBE EXPLICAR EL SISTEMA QUE SE SIGUE EN EL CONSULTORIO.



SULTORIO AL TRATAR A LOS NIÑOS Y DEBE ACONSEJAR A LOS PADRES SOBRE LA MANERA DE PREPARAR AL CHICO PARA LA VISITA CON EL -- FIN DE QUE REACCIONE DE FORMA FAVORABLE.

SE PUEDE CONSIDERAR PARA LA AYUDANTE UN ESQUEMA DE LOS POSIBLES CURSOS QUE PUEDE SEGUIR LA CONVERSACIÓN TELEFÓNICA, ES - DECIR, LAS PREGUNTAS ESENCIALES QUE SE HAN DE HACER, LOS TIPOS- DE RESPUESTA QUE CABE ESPERAR DEL PADRE Y LA REACCIÓN ADECUADA- A CADA TIPO DE RESPUESTA. ( CUADRO 1 )

SE HA ELABORADO UNA GUÍA PARA LA AYUDANTE:

1. OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN DE LOS PADRES.-

- ANOTAR NOMBRE CORRECTO DEL PACIENTE, DIRECCIÓN, TELÉFONO. SI LA MADRE TRABAJA, PEDIRLE EL NÚMERO TELEFÓNICO.
- AVERIGUAR LA EDAD DEL NIÑO Y COMO PREFIERE QUE SE LE NOMBRE.
- SI EL PACIENTE HA SIDO RECOMENDADO POR OTRO DENTISTA, PREGUN- TAR AL PADRE EL MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN, ESTO PUEDE SER U- NA LLAVE PARA SABER EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN EL CONSULTO RIO.
- PARA DETERMINAR SI EL NIÑO PRESENTA ALGÚN PROBLEMA Y EN CASO AFIRMATIVO FORMULAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:
  - ¿PRESENTA ALGUNA DIFICULTAD AL HABLAR, ANDAR O VER?
  - ¿HA TOMADO MEDICAMENTOS?
  - ¿ENTIENDE Y RESPONDE A INDICACIONES VERBALES?
  - ¿HA TENIDO USTED DIFICULTADES AL ENSEÑAR LAS NORMAS DE HIGIE- NE AL NIÑO?

2. PARA CONCERTAR UNA CITA.

- NO SE DEBE PREGUNTAR AL PADRE LA HORA QUE LE SEA MÁS CONVE -- NIENTE; LA CITA DEBE HACERSE DE ACUERDO CON LA ORGANIZACIÓN - DEL CONSULTORIO. SI EL NIÑO VA A LA ESCUELA O AL JARDÍN DE NI ÑOS, EL DENTISTA PUEDE JUSTIFICAR SU FALTA.
- PEDIR A AMBOS PADRES QUE ACOMPAÑEN AL NIÑO A LA PRIMERA CITA.

YA QUE SE LES HARÁ LA EXPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO.

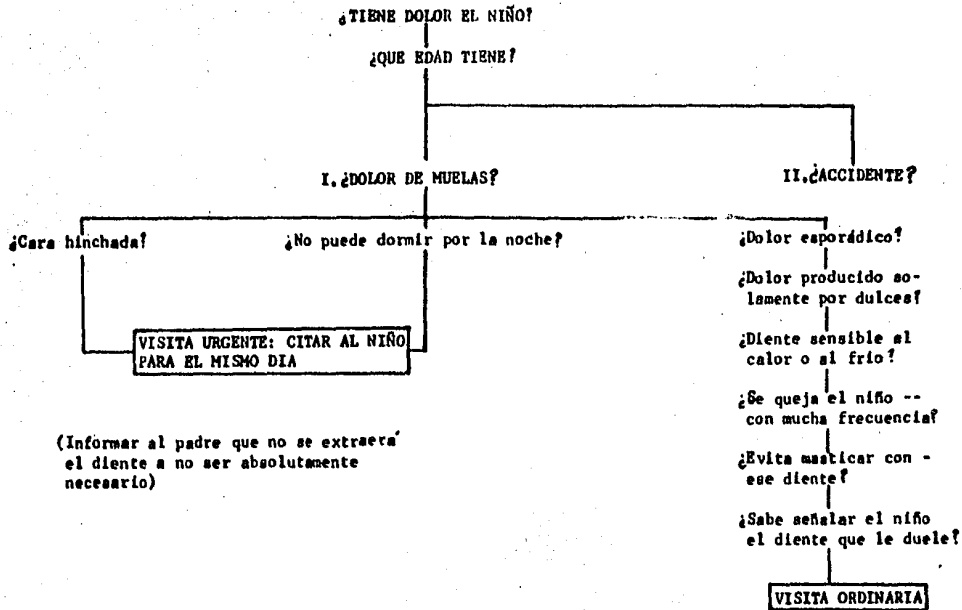
### 3. EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO A SEGUIR LA PRIMERA VISITA.

- INFORMAR AL PADRE QUE SE HARÁN PROCESOS DIAGNÓSTICOS RELATIVAMENTE INOCUOS PARA EL NIÑO Y PARA QUE SE FAMILIARICE GRADUALMENTE CON EL DENTISTA Y EL TRATAMIENTO DENTAL.
- SE LIMPIARÁN LOS DIENTES Y SE DARÁN INSTRUCCIONES DE CEPILLADO AL NIÑO Y A LOS PADRES.
- SE HARÁ UN CUIDADOSO Y COMPLETO EXÁMEN DE LA BOCA Y SE TOMARÁN RADIOGRAFÍAS DENTALES. SI EL PADRE PREGUNTA, SE LE EXPLICARÁN LAS PRECAUCIONES TOMADAS POR EL DENTISTA PARA PROTEGERLO DE LAS RADIACIONES.
- SI HAY MALPOSICIONES DENTARIAS, SE PODRÁN TOMAR MODELOS DE ESTUDIO.
- SI SE PUEDEN REVELAR LAS RADIOGRAFÍAS EN ESA PRIMERA VISITA, SE LES EXPLICARÁ A LOS PADRES EL TRATAMIENTO ESPECÍFICO, EL NÚMERO DE CITAS APROXIMADAS Y EL PRESUPUESTO TOTAL.

### 4. DAR INSTRUCCIONES A LOS PADRES PARA PREPARAR AL NIÑO A LA VISITA.

- DECIR A LOS PADRES DE LOS NIÑOS, QUE ÉSTOS GENERALMENTE SE PORTAN BIEN. AL NIÑO NO SE LE DEBE ENGAÑAR PARA ACUDIR A LA CITA.
  - LOS PADRES DEBEN EXPLICAR A LOS HIJOS QUE VAN A IR AL DENTISTA.
  - NO DEBEN SOBREPAREPARAR AL NIÑO CONTÁNDOLE SUS PROPIAS EXPERIENCIAS.
- ÉSTO DEBE SER DE UNA FORMA NATURAL Y SENCILLA, E IR PLATICANDO DE OTRAS COSAS (TRANQUILAS Y AMENAS) DURANTE EL CAMINO AL DENTISTA.

ANTES DE QUE EL NIÑO SE LEVANTE DEL SILLÓN, LA AYUDANTE DEBE DE COMPROBAR QUE LLEVA LA CARA LIMPIA, AYUDARLO ABAJAR DEL SILLÓN, LO ELOGIARÁ Y LO LLEVARÁ CON SU MADRE.

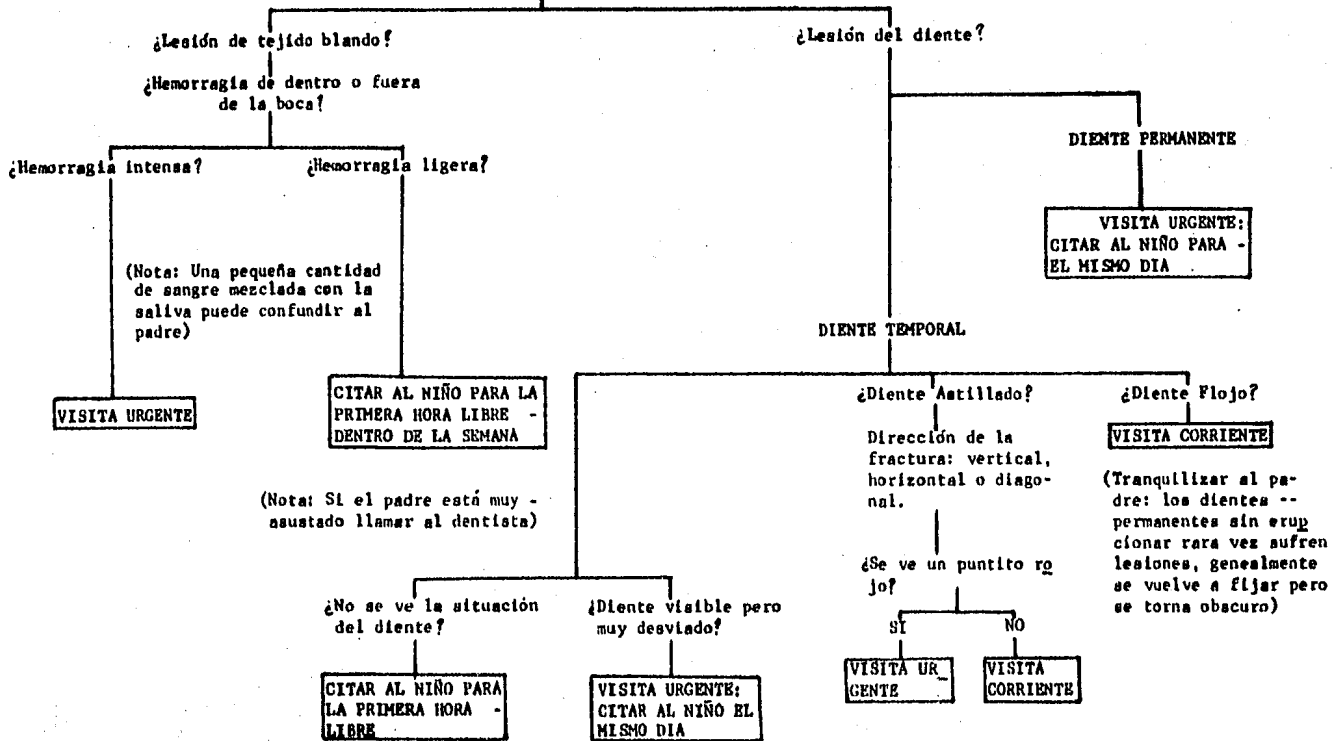


Guía de la ayudante dental para las llamadas de urgencia.

I. ¿DOLOR DE MUELAS?

II. ¿ACCIDENTE?

¿Cuándo y cómo ocurrió?



Guía de la ayudante dental para las llamadas de urgencia.

## V. LA PRIMERA VISITA.

LA VISITA AL CONSULTORIO DENTAL CAUSA UN STRESS EMOCIONAL EN LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES TANTO ADULTOS COMO NIÑOS. LA ANSIEDAD Y EL MIEDO AL DOCTOR, HAN SIDO RECONOCIDOS POR LA MAYORÍA DE LOS DENTISTAS COMO EL FACTOR DE REPUGNANCIA DEL PACIENTE EN TODAS LAS EDADES PARA ACEPTAR UN TRATAMIENTO DENTAL.

EN LOS NIÑOS ESTE MIEDO ES NATURAL Y NORMAL A LO DESCONOCIDO QUE PUEDE ESTAR AUNADO A EXPERIENCIAS PASADAS, MUCHAS DE ELLAS DESAGRADABLES QUE PUEDEN SER DE OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS.

LA REACCIÓN DE UN NIÑO QUE AÚN NO ESTÁ COMPLETAMENTE CAPACITADO PARA EXPRESAR SU MIEDO VERBALMENTE O AÚN MÁS DE ESCONDER U OCULTAR SUS SENTIMIENTOS, PUEDE SER UNA FUERTE PROTESTA, ÉSTO ES PARTICULARMENTE CIERTO SI EL NIÑO HA APRENDIDO POR EXPERIENCIAS PASADAS QUE UNA BUENA PROTESTA, COMO UN BERRINCHE, LE DÁ A ÉL CONTROL Y LE AYUDA A EVADIR SITUACIONES DESAGRADABLES.

MUCHOS FACTORES OCACIONAN ANSIEDAD EN EL PACIENTE POR EJEMPLO ALGUNOS DE ESTOS FACTORES DEPENDEN EN LA PERSONALIDAD DEL PACIENTE, DE SU EDAD CRONOLÓGICA Y FÍSICA, LA REACCIÓN CON LOS PADRES Y EXPERIENCIAS DENTALES PASADAS.

EN EL NIÑO CUALQUIER SENTIMIENTO DE MOLESTIA QUE INTERFIERA EN LA CAVIDAD ORAL, ESTIMULARÁ MIEDO ASOCIADO CON LA PRIMERA ETAPA DE PLACER, PUES LA BOCA JUEGA UN PAPEL IMPORTANTE EN CUANTO A SABOR, TACTO Y RECONOCIMIENTO EN LOS NIÑOS. NO DEBEMOS OLVIDAR QUE LOS NIÑOS REACCIONAN NEGATIVAMENTE A CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUE ESTÉ DAÑANDO O LASTIMANDO POTENCIALMENTE CUALQUIER FACTOR DE SU CUERPO.<sup>9</sup>

LAS EXPLICACIONES QUE DEPENDEN EN LA EDAD DEL NIÑO Y EN SU ENTENDIMIENTO O INTELIGENCIA, NECESITAN SER CLARAS PRINCIPALMENTE SI INVOLUCRAN DOLOR. UNA REGLA MUY IMPORTANTE QUE SE DEBE -

TOMAR EN CUENTA AL ATENDER AL PACIENTE NIÑO ES LA DE EXPLICAR ENSEÑAR Y HACER. COMO EL NIÑO NO ESTÁ FAMILIARIZADO CON LOS NUEVOS PROCEDIMIENTOS DENTALES, SE DEBE ENSEÑAR Y EXPLICAR EL NUEVO INSTRUMENTAL PARA ASÍ DISMINUIR SU ANSIEDAD. EL DENTISTA ESCOGE LOS NOMBRES PARA CADA INSTRUMENTO, PARA QUE EL PROCEDIMIENTO SEA ENTENDIDO POR EL NIÑO.

### COMUNICACION CON LOS PADRES.

LA PRESENTACIÓN DEL CASO PUEDE LLEVARSE EN LA SALA DE TRATAMIENTO O BIEN EN EL DESPACHO PRIVADO. ES IMPORTANTE QUE EL DENTISTA HABLE CON LOS PADRES SIN QUE EL NIÑO ESTÉ PRESENTE; DE OTRO MODO, ÉSTOS PUEDEN DISTRAER SU ATENCIÓN CON SU HIJO Y NO ATENDER AL DENTISTA; ADEMÁS EL NIÑO PUEDE INTERPRETAR MAL LO QUE DICE EL DENTISTA Y ASUSTARSE. EL PEQUEÑO PODRÁ ENTRETENERSE CON LIBROS DE COLORES O JUGUETES BAJO LA VIGILANCIA DE LA AYUDANTE O DEL SEGUNDO ADULTO QUE LO ACOMPAÑE.

DURANTE LA ENTREVISTA EN QUE SE PRESENTA EL CASO, EL DENTISTA Y LA MADRE PUEDEN CALIBRAR TRANQUILAMENTE LAS PERSONALIDADES MUTUAS Y LAS ESPERANZAS EN LO QUE SE REFIERE AL TRATAMIENTO DEL NIÑO. EL DENTISTA PUEDE INICIAR LA ENTREVISTA CONTESTANDO CUALQUIER PREGUNTA QUE LA MADRE QUIERA HACER; EN ESTE MOMENTO EL DENTISTA PUEDE EVALUAR LOS CONOCIMIENTOS DE LA MADRE SOBRE ODONTOLOGÍA INFANTIL CON PRESICIÓN.

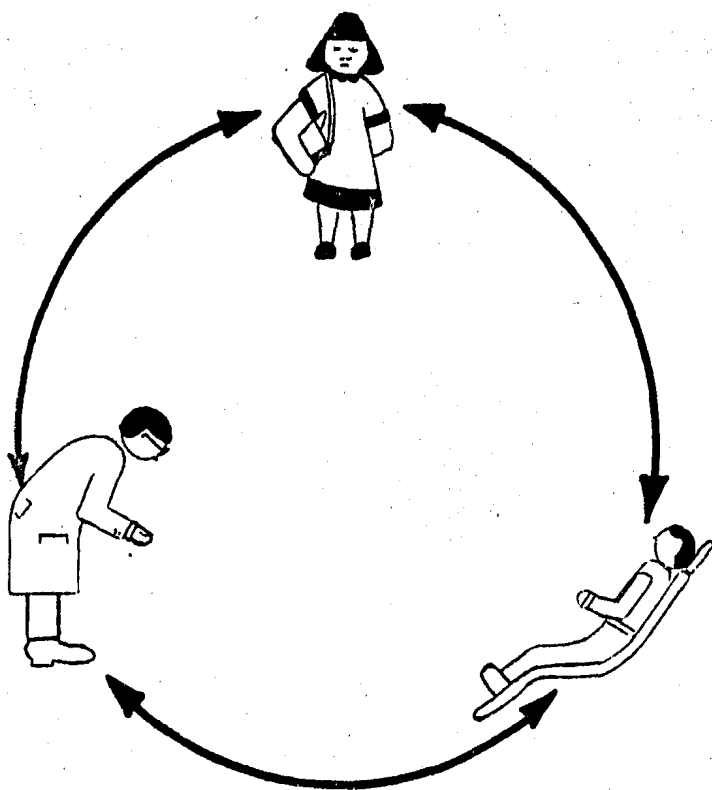
EL DENTISTA PREGUNTARÁ POSTERIORMENTE CUALES SON LOS SENTIMIENTOS DEL NIÑO CON RESPECTO A SU PRIMER VISITA DENTAL Y COMO HA RESPONDIDO A ELLA. ÉSTA LÍNEA DE INTERROGATORIO LE PERMITE LA VALORACIÓN DE SUS JUICIOS PREVIOS CON RESPECTO AL COMPORTAMIENTO DEL PEQUEÑO. SI LA MADRE MUESTRA ANSIEDAD POR LAS RESPUESTAS DESFAVORABLES DE ÉSTE AL TRATAMIENTO DENTAL, EL DENTISTA DISCUTIRÁ SUS MÉTODOS Y SU FILOSOFÍA SOBRE LA CONDUCCIÓN DEL NIÑO Y CON SUS PALABRAS Y ACTOS TRANQUILIZARÁ A LA MADRE ASEGURÁN-

DOLE QUE PUEDEN DEJARLO EN SUS MANOS.

EL DENTISTA COMO TAL, PUEDE ACONSEJAR O GUIAR A LOS PADRES EN CIERTOS ASPECTOS PARA AYUDAR A LA RELACIÓN DEL NIÑO-DENTISTA.

- QUE NO MANIFIESTEN SUS PROPIOS TEMORES FRENTE A SU HIJO (PUESTO QUE ES LA CAUSA PRINCIPAL DEL TEMOR AL DENTISTA),
- QUE NO UTILICEN AL DENTISTA COMO AMENAZA DE CASTIGO (EL CASTIGO ESTÁ ASOCIADO EN LA MENTE DEL NIÑO CON LO DESAGRADABLE Y CON EL DOLOR),
- QUE FAMILIARICEN AL NIÑO CON LA ODONTOLOGÍA, LLEVÁNDOLOS AL DENTISTA Y ACOSTUMBRÁNDOLOS AL MISMO PARA QUE SURJA UNA AMISTAD CON ÉL.
- EXPLICARLE AL PADRE ACERCA DEL MEDIO HOGAREÑO CONVENIENTE Y LA IMPORTANCIA DE LAS ACTITUDES MODERADAS EN LA CREACIÓN DE UN NIÑO, DE BUENOS AJUSTES; EN ÉSTAS CONDICIONES SERÁN BUENOS PACIENTES DENTALES.
- INDICARLES A LOS PADRES EL VALOR DE UN CUIDADO DENTAL REGULAR, NO SOLO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE CONSERVACIÓN DE LAS PIEZAS, SINO LA FORMACIÓN DE BUENOS PACIENTES DENTALES. EL PEOR MOMENTO PSICOLÓGICO PARA LLEVAR A UN NIÑO AL DENTISTA, ES CUANDO ESTÁ PADECIENDO UN DOLOR.
- ACONSEJAR A LOS PADRES QUE NO SOBORNEN A SUS HIJOS PARA QUE VAYAN AL DENTISTA, ESTE MÉTODO PODRÍA DAR A ENTENDER AL NIÑO QUE HAY UNA POSIBILIDAD DE PELIGRO.
- NO DEBEN LOS PADRES PROMETER QUE EL DENTISTA NO LES HARÁ NADA, PUES EL MENTIR SOLO LLEVA A DECEPCIONES Y DESCONFIANZAS.
- INSTRUIR A LOS PADRES PARA QUE NO AVERGÜENCEN O RIDICULICEN A SUS HIJOS PARA DOMINAR EL TEMOR AL TRATAMIENTO DENTAL.
- CUANDO EL NIÑO ACOMPAÑA A LOS PADRES AL DENTISTA PARA IRSE "FAMILIARIZANDO", EL DENTISTA SUELE PEDIRLE QUE LE MUESTRE SUS "BONITOS" DIENTES, PERO SI EL NIÑO SE ENCUENTRA INDISPUESTO, LA MADRE NO LO DEBERÁ FORZAR ABRIÉNDOLE LA BOCA O PIDIÉNDOSE LONI TAMPOCO CONTESTANDO POR ÉL.
- ANTES DE LA CITA EL PADRE DEBERÁ SABER QUE TENDRÁ QUE LLEGAR -

EN FORMA CASUAL A DECIRLE AL NIÑO QUE HA SIDO INVITADO A VISITAR AL DENTISTA. NUNCA DEBERÁ FORZAR ESTE TEMA NI MOSTRAR UN EXCESO DE SIMPATÍA, TEMOR NI RECELO EN SU VOZ O EN SU CONDUCTA. EL PADRE DEBERÁ CONFÍAR AL NIÑO AL CUIDADO DEL DENTISTA UNA VEZ QUE HA LLEGADO AL CONSULTORIO.





## HISTORIA CLÍNICA GENERAL.

ESTA TIENE UNA FUNCIÓN IMPORTANTE YA QUE PROPORCIONA AL DENTISTA LOS HECHOS ESENCIALES REFERENTES A LA SALUD FÍSICA Y EMOCIONAL DEL NIÑO, ASÍ COMO SUS PROBLEMAS ESPECÍFICAMENTE DENTALES SIRVEN PARA EVITAR DIFICULTADES DURANTE EL TRATAMIENTO DENTAL; AYUDA A PREVEER LA RESPUESTA DEL NIÑO A LAS VISITAS DEL CONSULTORIO; ES ESENCIAL OBTENER UNA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE LO MÁS COMPLETA Y SIGNIFICATIVA POSIBLE.

LAS PRINCIPALES PREGUNTAS QUE HAN DE FORMULARSE PUEDEN VENIR YA IMPRESAS EN FORMULARIOS ESPECIALES PARA ESTOS CASOS. EL ODONTÓLOGO DEBERÁ TOMAR UN REGISTRO COMPLETO DEL HISTORIAL DEL PACIENTE Y ANOTAR QUE ES LO QUE LE AQUEJA PRINCIPALMENTE.

SI SU MAL ES UNA URGENCIA, EL PACIENTE DEBERÁ RECIBIR UN TRATAMIENTO DE NATURALEZA PALEATIVA O CORRECTORA DURANTE ESTA PRIMERA VISITA. TAMBIÉN DEBE AVERIGUARSE SI EL NIÑO VE MÉDICOS REGULARMENTE, NOMBRE Y DIRECCIÓN DE ÉSTE.

ES IMPORTANTE MENCIONAR QUE SI EL PACIENTE ES PRE-ESCOLAR, NO SE TRATARÁ DE INDUCIRLO DE INMEDIATO AL SILLÓN DENTAL, SINO ÚNICAMENTE SE TRATARÁ DE OBTENER INFORMACIÓN QUE PUEDE SER ADQUIRIDA EXPONTÁNEAMENTE PARA EL PROFESIONAL. ESTO TIENE COMO FINALIDAD EL OBTENER UN MEJOR MANEJO DEL NIÑO, DÁNDOLE CONFIANZA Y TIEMPO PARA ADAPTARSE AL MEDIO. EN ESTA PRIMERA SESIÓN SE PUEDEN VISLUMBRAR ALGUNOS PROBLEMAS CLÍNICOS TAN SOLO DE OBSERVAR SU ASPECTO Y OTROS RASGOS FÍSICOS. ES IMPORTANTE POSEER EL HÁBITO DE OBSERVAR TALES CARACTERÍSTICAS FÍSICAS ANTES DE PROFUNDIR EN EL ÁREA DE PARTICULAR INTERÉS PARA EL CIRUJANO DENTISTA, QUE ES LA CAVIDAD BUCAL.

TAL OBSERVACIÓN NO ES UNA PÉRDIDA DE TIEMPO SI EL OBSERVADOR ES PERCEPTIVO.

LA DURACIÓN Y ENFOQUE DE LA HISTORIA CLÍNICA, DEPENDEN DE LAS CIRCUNSTANCIAS QUE RADICAN EN EL CASO.

EN SITUACIONES DE EMERGENCIA, LA HISTORIA SE LIMITA GENERALMENTE A PUNTOS ESENCIALES EN RELACIÓN CON LA LESIÓN QUE SE TRATA EN EL MOMENTO O DEL MAL QUE AQUEJE AL NIÑO ACTUALMENTE Y TAMBIÉN A LA PRESENCIA O AUSENCIA DE ENFERMEDADES GENERALES QUE PUDIERAN TENER IMPORTANCIA EN EL TRATAMIENTO INMEDIATO.

## HISTORIA CLINICA

## I. INFORMACIÓN GENERAL.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ DIMINUTIVO: \_\_\_\_\_  
 EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE NAC.: \_\_\_\_\_ LUGAR DE NAC.: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
 GRADO ESCOLAR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
 PADRE O ACOMPAÑANTE: \_\_\_\_\_

SEÑALE UNA DE LAS CASILLAS

- |  | SI  | NO  |
|--|-----|-----|
| 1. GOZA SU HIJO DE BUENA SALUD?  | ( ) | ( ) |
| 2. ¿ HA ESTADO SOMETIDO A TRATAMIENTO MÉDICO EN ALGUNA ÉPOCA DE SU VIDA ?<br>¿PORQUÉ MOTIVO? _____ | ( ) | ( ) |
| 3. ¿HA ESTADO HOSPITALIZADO?   | ( ) | ( ) |
| 4. ¿ES ALÉRGICO A ALGÚN ALIMENTO O MEDICAMENTO? A CUÁLES ? _____                                   | ( ) | ( ) |
| 5. ¿TOMA SU HIJO ALGÚN MEDICAMENTO ACTUALMENTE? ¿QUÉ CLASE DE MEDICAMENTO? _____                   | ( ) | ( ) |
| 6. ¿HA TENIDO TRANSTORNOS NERVIOSOS MENTALES O EMOCIONALES? ¿QUE CLASE DE TRANSTORNOS? _____       | ( ) | ( ) |

7. SEÑALE CON UNA CRUZ LA CASILLA CORRESPONDIENTE SI SU HIJO HA PADECIDO ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES SIGUIENTES:

	( )	EDAD		( )	EDAD
ASMA	( )	_____	SARAMPIÓN	( )	_____
PALADAR HENDIDO	( )	_____	TOSFERINA	( )	_____
EPILEPSIA	( )	_____	VARICELA	( )	_____
ENF. CARDIACA	( )	_____	ESCARLATINA	( )	_____
HEPATITIS	( )	_____	DIFTERIA	( )	_____
ENF. RENAL	( )	_____	TIFOIDEA	( )	_____



LA NATURALEZA DE LAS PREGUNTAS REFLEJARÁ DE ÉSTA FORMA LAS IDEAS INDIVIDUALES DEL PROFESIONAL Y LOS CONCEPTOS DE DIAGNÓSTICO.

EL CUESTIONARIO DEBE FORMULAR DATOS GENERALES COMO NOMBRE DEL PACIENTE, DIMINUTIVO, EDAD, FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO, -- DIRECCIÓN, TELÉFONO, GRADO ESCOLAR, NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE, HISTORIA MÉDICA Y ODONTOLÓGICA PASADA, AÑADIENDO EL MOTIVO DE LA CONSULTA Y LA ACTITUD TOMADA POR EL NIÑO HACIA EL DENTISTA.

SE COMPLEMENTA LA HISTORIA DEL CASO MEDIANTE UNA PLÁTICA CON LOS PADRES, AGREGANDO CON SUS RESPUESTAS EL OBJETIVO QUE SE PERSIGUE.

POSTERIORMENTE SE REvisa LA HISTORIA DEL CASO PARA QUE EL ODONTÓLOGO SE FAMILIARICE CON LOS ANTECEDENTES DEL NIÑO. ASÍ SE PODRÁ OBTENER UN CONOCIMIENTO DE LA SALUD GENERAL DEL PACIENTE. SI EXISTIERA ALGUNA INDICACIÓN DE UNA ENFERMEDAD DENTAL AGUDA O CRÓNICA, SERÁ PRUDENTE QUE EL PROFESIONAL SE INFORME A FONDO DEL ESTADO ACTUAL DE LA AFECCIÓN.

DE ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS DE DICHO CUESTIONARIO, SE HACEN ALGUNAS OBSERVACIONES:

AL PREGUNTAR QUE SI TIENE PROBLEMAS EN LA ESCUELA, NOS DAMOS UNA IDEA DE LA EDAD PSICOLÓGICA Y EVOLUTIVA INTELECTUAL DEL NIÑO.

LA HOSPITALIZACIÓN Y LA ANESTESIA GENERAL PUEDEN CONSTITUIR UNA EXPERIENCIA PSICOLÓGICA PARA EL PRE-ESCOLAR Y PUEDEN SENSIBILIZARLO EN ALGUNOS DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVARÁN A CABO MÁS TARDE EN EL CONSULTORIO DENTAL. YA QUE, SI EL ODONTÓLOGO SABE DE LA HOSPITALIZACIÓN Y DEL TEMOR DEL NIÑO A LOS EXTRAÑOS DE BLANCO, SE PODRÁ PLANIFICAR EL TIEMPO Y LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA AYUDAR AL NIÑO A SUPERAR EL TEMOR Y HACER QUE ACEPTÉ EL TRATAMIENTO DENTAL.

ES IMPORTANTE REGISTRAR LA QUEJA PRINCIPAL CON LAS PALABRAS DE LA MADRE O DEL NIÑO. ÉSTO PUEDE SER UN PROBLEMA AGUDO

O SOLO UN DESEO DE ATENCIÓN RUTINARIA.

FINALMENTE, ES ESENCIAL SABER SI EL NIÑO HA TENIDO EXPERIENCIAS ODONTOLÓGICAS PREVIAS A LA VISITA ACTUAL Y OBSERVAR LA ACTITUD DE ÉSTE HACIA EL ODONTÓLOGO, YA QUE DEPENDIENDO DE ÉSTO, SE DETERMINARÁN LAS PRECAUCIONES Y PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA EL MANEJO DEL NIÑO.

EL EXÁMEN CLÍNICO DEL NIÑO DEBE EFECTUARSE CON UNA SECUENCIA LÓGICA Y ORDENADA DE OBSERVACIONES Y PROCEDIMIENTOS. EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, UN ENFOQUE SISTEMÁTICO PRODUCIRÁ MUCHA MÁS INFORMACIÓN SOBRE ALGUNA ENFERMEDAD NO DETECTADA QUE NOS PODRÍA AFECTAR POSTERIORMENTE EN EL PLAN DE TRATAMIENTO.

- ESTATURA Y PESO.

ESTO PUEDE ANALIZARSE Y COMPARARSE CONSULTANDO CUADROS O ESQUEMAS DE CRECIMIENTO Y PESO. POR MEDIO DE UN REGISTRO A LARGO PLAZO, SE PODRÁ DETERMINAR SI LA ESTATURA Y EL PESO DEL NIÑO CONCUERDA CON EL PATRÓN DE CRECIMIENTO O SI ES UN CAMBIO DE CRECIMIENTO QUE OCURRE EN ALGÚN PUNTO DEFINIDO DEL DESARROLLO DEL NIÑO, TALES COMO LOS PERÍODOS DE EDADES Y EFECTOS DE HERENCIA, MEDIO, NUTRICIÓN, ENFERMEDADES, ANOMALÍAS DEL DESARROLLO Y SECRECIONES ENDÓCRINAS.

- PORTE.

CUANDO EL NIÑO ENTRA EN EL CONSULTORIO DENTAL, SE PODRÁ APRECIAR SU MODO DE ANDAR Y VER SI ÉSTE ES NORMAL O SE ENCUENTRA AFECTADO. PROBABLEMENTE EL ANDAR MÁS COMÚN, DENTRO DE LO ANORMAL, ES EL DE UN NIÑO ENFERMO QUE CAMINA CON INSEGURIDAD DEBIDO A SU DEBILIDAD. OTROS TIPOS DE ANDAR SON LOS DE TIPO INSEGURO HEMIPLÉGICO TAMBALENTE Y ATÓXICO. SI SE OBSERVA ESTE TIPO DE ANDAR, HABRÁ QUE HACER UNA VALORACIÓN INTERROGANDO A LA MADRE O ACOMPAÑANTE, SOBRE CUALQUIER CAMBIO RECIENTE QUE HAYA OBSERVADO EN EL ANDAR DEL NIÑO.

- NIVEL DE DESARROLLO DEL LENGUAJE.

EL DESARROLLO DEL LENGUAJE DEPENDE DE LA CAPACIDAD QUE TIENE EL SER HUMANO DE REPRODUCIR SONIDOS QUE HA ESCUCHADO, POR LO TANTO, LOS NIÑOS MUY PEQUEÑOS CON PROBLEMAS DE AUDICIÓN GRAVES PUEDEN TENER DESARROLLO DEL LENGUAJE LENTO. LA CONVERSACIÓN DEL NIÑO CON EL ODONTÓLOGO PERMITE HACER UNA ESTIMACIÓN INFORMAL DE SU LENGUAJE.

SE CONSIDERAN CUATRO TIPOS DE TRANSTORNOS DEL LENGUAJE:

1. AFASIA
2. LENGUAJE RETARDADO
3. TARTAMUDEO
4. TRANSTORNOS ARTICULATORIOS DEL LENGUAJE

LA AFASIA MOTRIZ ES RARA Y GENERALMENTE DENOTA PÉRDIDA DE LENGUAJE COMO RESULTADO DE ALGÚN DAÑO AL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

EL LENGUAJE RETARDADO SE CONSIDERA CUANDO EL NIÑO NO HABLA A LOS TRES AÑOS. LAS CAUSAS PUEDEN SER LAS SIGUIENTES: PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN, RETRASO INTELECTUAL, RITMO DE DESARROLLO GENERAL, ENFERMEDADES GRAVES PROLONGADAS, DEFECTOS SENSORIALES, FALTA DE MOTIVACIÓN Y ESTIMULACIÓN INADECUADA DEL MEDIO. LOS NIÑOS DEMASIADO DEPENDIENTES DE SUS PADRES Y LOS QUE PADECEN UNA LESIÓN NEUROLÓGICA TAMBIÉN PUEDEN PRESENTAR RETRASO EN EL LENGUAJE.

EL TARTAMUDEO OCURRE EN CASI TODOS LOS NIÑOS EN ALGÚN PERÍODO ANTES DE IR AL COLEGIO. EL TARTAMUDEO ES MÁS COMÚN EN LOS NIÑOS QUE EN LAS NIÑAS.

LOS TRANSTORNOS ARTICULATORIOS DEL LENGUAJE QUE PUEDEN CONSIDERARSE IMPORTANTES SON: OMISIÓN, INSERCIÓN Y DISTORSIÓN.

AL SUSTITUIR AL SONIDO C POR EL SONIDO S PRODUCE SESEO. ALGUNOS DEFECTOS DE ARTICULACIÓN OCURREN DENTRO DE LOS LÍMITES DE DESARROLLO NORMAL; SIN EMBARGO, LAS NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL, - LESIÓN NEUROLÓGICA CENTRAL, PALADAR HENDIDO O MALOCCLUSIÓN, A MENUDO TIENEN DIFICULTADES ARTICULATORIAS. LA PARÁLISIS CEREBRAL- PUEDE ALTERAR LA CALIDAD DEL LENGUAJE Y PRODUCIR VOZ DE SONIDO- NASAL.

- PIEL Y PELO.

HAY Desequilibrios hormonales que pueden causar la pérdida - del cabello, mientras que la adición de medicación hormonal, - puede causar crecimiento excesivo del cabello (hirsutismo). LA PIEL DE LA CARA AL IGUAL QUE LA DE LAS MANOS, PUEDE OBSERVARSE Y DETECTAR SEÑALES DE ENFERMEDAD. PUEDE ENCONTRARSE -- CIERTA CANTIDAD DE LESIONES PRIMARIAS Y SECUNDARIAS EN LA CARA. MIENTRAS QUE LA CARA DEL NIÑO TIENDE A REFLEJAR SU SALUD- GENERAL. LOS CAMBIOS OBSERVADOS NO TIENEN NECESARIAMENTE QUE- ESTAR DIRECTAMENTE RELACIONADOS CON EL PROBLEMA DENTAL.

UN ODONTÓLOGO CUIDADOSO PUEDE POSPONER UNA VISITA DENTAL - SI DENOTA LA PRESENCIA DE EXTENSAS Y DOLOROSAS LESIONES DE HER- PES O ALGÚN OTRO TIPO DE LESIÓN EN LOS LABIOS O EN LA CARA.

- MANOS.

EN LAS MANOS DEL PEQUEÑO SE PUEDEN OBSERVAR LAS LESIONES PRI- MARIAS Y SECUNDARIAS DE PIEL, TALES COMO MÁCULAS, PÁPULAS, VESÍ- CULAS, ÚLCERAS, COSTRAS O ESCAMAS. MUCHOS FACTORES CAUSALES - PUEDEN PRODUCIR ESTOS TRANSTORNOS, TALES COMO ENFERMEDADES EXAN- TEMATOSAS, DEFICIENCIAS VITAMÍNICAS, HORMONALES Y DEL DESARRO - LLO.

SE DEBE CONSIDERAR LA FORMA Y TAMAÑO DE LOS DEDOS. LAS UÑAS - PUEDEN ESTAR MORDIDAS O CORTAS COMO RESULTADO DE UN HÁBITO O AN- SIEDAD.



## COMUNICACION CON EL NIÑO.

EL DENTISTA DEBE DIRIGIRSE AL NIÑO POR SU NOMBRE O POR EL DIMINUTIVO FAMILIAR. SE HA DE PRESENTAR AL NIÑO Y DIRIGIRLE UNA PALABRA DE ELOGIO, AUNQUE LA AYUDANTE YA LO HAYA HECHO. NO OBSTANTE, NO DEBE ESPERAR QUE EL NIÑO LE DE CONVERSACIÓN NI HA-DE FORZARLO.

AUNQUE ALGUNOS PEQUEÑOS EXTERIORIZAN SU MIEDO CON GRITOS Y PATADAS, OTROS DISIMULAN SU ANSIEDAD Y SU TEMOR QUEDÁNDOSE QUIETOS Y CALLADOS. EL DENTISTA DEBE ESTIMULAR AL NIÑO PARA QUE EXPONGA SUS TEMORES HACIÉNDOLE PREGUNTAS TALES COMO ¿SABES LO QUE HACEN LOS DENTISTAS ? O DICIÉNDOLE QUE SI HAY ALGUNA COSA QUE LE MOLESTE QUE SE LA DIGA.

DEBEN EVITARSE LAS CONVERSACIONES PROLONGADAS SOBRE TEMAS NO RELACIONADOS CON LA SITUACIÓN DENTAL. LAS EXPLICACIONES DEL AUXILIAR DENTAL PUEDEN COMPLETARSE ENSEÑANDO AL NIÑO LOS INSTRUMENTOS RUIDOSOS COMO EL EYECTOR, O LA PIEZA DE MANO; SE DEBEN EVITAR LOS TÉRMINOS DENTALES COMPLICADOS Y UTILIZAR FRASES CORTAS TALES COMO "ESTO ES UN ESPEJO" O "ESTO ES UNA PASTA ESPECIAL PARA LIMPIARTE LOS DIENTES". NO HAY QUE ESPERAR QUE EL NIÑO RESPONDA INMEDIATAMENTE, Y SE LE HA DE DAR TIEMPO PARA QUE PIENSE LO QUE SE LE HA DICHO. SE LE DEBE PERMITIR TOCAR LOS OBJETOS USADOS EN EL TRATAMIENTO, ASÍ COMO TOCAR EL ESPEJO, LA COPA DE HULE O TOCAR EL APARATO DE RAYOS X. HASTA SE LE PUEDE PERMITIR QUE "AYUDE" DURANTE EL TRATAMIENTO, SOSTENIENDO EL ESPEJO, ETC. NO OBSTANTE HAY QUE ADVERTIRLE QUE NUNCA DEBE AGARRAR LAS MANOS DEL DENTISTA.

PARA ENJUAGAR LA BOCA, ES PREFERIBLE EL USO DE LA JERINGA DE AGUA, AL DE LOS VASOS DESECHABLES, YA QUE LOS NIÑOS A VECES PRETENDEN GANAR TIEMPO PIDIENDO UN SORBO DE AGUA A CADA MOMENTO SE LE ENSEÑARÁ LA ESCUPIDERA Y SE LE DIRÁ COMO SE HA DE ENJUAGAR LA BOCA, AYUDÁNDOLE SIEMPRE QUE SE INCLINEN PARA VACIAR LA BOCA.

ES CONVENIENTE EXPLICARLE LO QUE SE VA HACER ESE DÍA Y DECIRLE EL TIEMPO QUE VA A PASAR EN EL SILLÓN. NO DEBE REALIZARSE MÁS TRATAMIENTO QUE EL ANUNCIADO PREVIAMENTE, SIN SU AUTORIZACIÓN.

HAY QUE ADVERTIR AL NIÑO CUANDO UN TRATAMIENTO ESPECÍFICO PUEDE CAUSARLE MOLESTIAS, PERO SE DEBEN EVITAR LAS PALABRAS COMO: "CORTAR, FRESAR, INYECTAR, QUEMAR, AFILADO, SANGRE, ARRANCAR, PINCHAR". NO DEBE CONTRADECÍRSELE CUANDO DICE QUE "DUELE" SE LE DEBE ENSEÑAR ALGÚN SIGNO POR EJEMPLO LEVANTAR LA MANO, - PARA ADVERTIRLE AL DENTISTA QUE ALGUNA MANIOBRA LE MOLESTA.

CONVIENE DAR AL NIÑO UN ESPEJO DE MANO CON EL CUAL PUEDA - OBSERVAR EL TRATAMIENTO Y COMPROBAR QUE NO DESTRUYEN NI ARRANCAN NADA.

SI ES NECESARIO EXTRAER UN DIENTE TEMPORAL, SE DEBE ADVERTIR QUE EL DENTISTA "MOVERÁ UN POQUITO EL DIENTE FLOJO". EN -- LOS CASOS QUE DE ANTEMANO, SABE EL DENTISTA QUE HABRÁ SANGRADO, SE DEBE ADVERTIR AL NIÑO Y ÉSTE DECIDIRÁ VER O NO EL TRATAMIENTO CON EL ESPEJO FACIAL QUE SE LE HA DADO ANTERIORMENTE, YA QUE SI NO SE LE ADVIERTE, SE PODRÍA ALARMAR.

## HISTORIA CLINICA DENTAL.

LA CAVIDAD BUCAL ES LA META DEL EXAMEN PARA UN DIAGNÓSTICO. EL ODONTÓLOGO DEBERÁ EVITAR CUALQUIER TENDENCIA A ENFOCAR SU ATENCIÓN DIRECTAMENTE EN LAS PIEZAS DENTALES, DESCUIDANDO ASÍ OTRAS ÁREAS.

COMIENZA DESDE EL EXAMEN VISUAL, ÉSTE DEBERÁ EMPEZAR POR - NOTAR LA APARIENCIA GENERAL DEL NIÑO AL CAMINAR HACIA LA SILLA-DENTAL; LA POSTURA, EL MODO DE CAMINAR, EL TIPO DE CUERPO, SU - COMPLEXIÓN, MANOS, PELO, EL VESTIDO Y LA CONDUCTA DEBERÁ SER NO TADA. HAY LA TENDENCIA ÚNICAMENTE A NOTAR QUE SON PARTICULAR - MENTE INTERESANTES E IGNORAR LA CONDICIÓN GENERAL.

EL EXAMEN DE LA CABEZA Y CUELLO DEBERÁ INCLUIR: EL CRÁNEO Y LA CARA, NARIZ Y GARGANTA, FUNCIÓN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO, TEJIDO BLANDO, CONDICIÓN DE LA BOCA Y DIENTES.

- CARA Y CRÁNEO.

LA FORMA DEL CRÁNEO Y LA PRESENCIA DE ASIMETRÍAS DEBERÁN SER OBSERVADAS. LA INFLUENCIA DEL CRÁNEO Y LA CARA SERÁ FUNDAMENTAL PARA EL TERAPEUTA ESPECIALMENTE EN LA SECCIÓN DE ORTODONCIA Y EL PLAN DE TRATAMIENTO; LA CARA DEBERÁ SER ARMONIOSA O PODRÁ TENER ASIMETRÍAS. LA NATURALEZA ANTEROPOSTERIOR DE AMBOS MAXILARES ASÍ COMO LA DIFERENCIA ENTRE ELLOS ES IMPORTANTE DE VISUALIZAR. AL MISMO TIEMPO DE NOTAR ESTOS SEMBLANTES, LA ALTURA VERTICAL DE LA CARA ESPECIALMENTE LA PARTE BAJA DEBERÁ SER ESTUDIADA. SI HAY UNA PEQUEÑA ALTURA VERTICAL Y CARA PROGNÁTICA, LOS DIENTES TENDERÁN A SER PROGNÁTICOS, MIENTRAS QUE CARAS RECTAS Y DE BUENA ALTURA FACIAL TENDEN A TENER MAYOR INCLINACIÓN AXIAL HACIA ARRIBA DE LOS INCISIVOS.

- NARIZ Y GARGANTA.

LA MORFOLOGÍA NASAL PUEDE AFECTAR LA ESTÉTICA FACIAL Y PODRÁ INFLUIR LA DECISIÓN EN LA LÍNEA DE BORDE EN RELACIÓN A PROBLEMAS DE EXTRACCIÓN.

LA FUNCIÓN DE LA NARIZ ES IMPORTANTE TAMBIÉN PORQUE SI EL PACIENTE RESPIRA ATRAVÉS DE LA BOCA, ES COMÚN QUE LA MUSCULATURA FLÁCIDA PERIORAL Y LA GÍNGIVA ESTÉN IRRITADAS; ESTAS CONDICIONES NO AYUDARÁN EN LA RESTAURACIÓN DE LOS DIENTES NI EN SU RETENCIÓN SI LA ORTODONCIA ES LLEVADA A CABO.

- FUNCIÓN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO.

LA GUÍA ANTERIOR, LOS CONTACTOS PREMATUROS, EL TIPO DE MASCA DO, EL HABLA Y LA ACTIVIDAD PERIORAL, DEBERÁN DE SER NOTADOS. LOS DIENTES NO DEBERÁN SER EXAMINADOS EN UNA POSICIÓN ESTÁTICA SINO QUE DEBERÁN EXAMINARSE DURANTE SUS FUNCIONES, LO QUE-

INCLUYE POSICIÓN DE DESCANSO, DEGLUCIÓN, RESPIRACIÓN Y FONÉTICA. LA MÁXIMA PROTRUSIÓN Y RETRUSIÓN, GUÍA ANTERIOR, PROTRUSIÓN RADIAL Y MÁXIMA APERTURA DEBERÁN DE SER EXAMINADAS. EL EXÁMEN DEBERÁ SER CONDUCIDO CON EL PENSAMIENTO EN LA MENTE DE QUE SI LOS DIENTES NO ESTÁN FUNCIONANDO ADECUADAMENTE QUE DEBERÁ HACERSE, POR EJEMPLO MOVER LOS DIENTES, CAMBIAR LA FORMA - PROTÉSICAMENTE O ALTERAR SU FORMACIÓN.

- TEJIDO BLANDO.

LA FUNCIÓN DE LA LENGUA, FRENILLOS, LA ATADURA DE LOS MÚSCULOS Y LABIOS DEBERÁN EXAMINARSE.

ES BIEN SABIDO CUANDO TEJIDOS DUROS Y BLANDOS INTERACTÚAN, DOMINAN LOS DUROS, ASÍ ES IMPORTANTE EXAMINAR EL TAMAÑO, LA FORMA Y FUNCIÓN DE LA LENGUA, LABIOS, MÚSCULOS MENTONIANOS Y LIGADURAS MUSCULARES.

- CONDICIÓN DE LA BOCA Y DENTICIÓN.

LA CONDICIÓN GENERAL DE LA BOCA EN LA PRIMERA VISITA DEBERÁ SER NOTADA, LA FORMA DE LA ENCÍA, LA CAVIDAD DE LA HIGIENE ORAL Y LA HISTORIA CORRIENTE DE LAS EXPERIENCIAS DENTALES PASADAS, PORQUE DESAFORTUNADAMENTE COMO L.D. PANKEI AFIRMA "TÚ PUEDES CAMBIAR GENTE, PERO NO MUCHO". ÉSTA RESISTENCIA AL CAMBIO NO DEBERÁ SER OLVIDADA EN TODO PLAN DE TRATAMIENTO.

EL TIPO DE OCLUSIÓN, TAMAÑO DE LOS DIENTES, SOBREMORDIDA, MORDIDA ABIERTA, INCLINACIONES POCO VISUALES O MAL POSICIONES, - SIMETRÍAS Y CONTORNOS PALATALES DEBERÁN SER REGISTRADOS.

- EL EXÁMEN DIGITAL.

ES IMPORTANTE PALPAR LA CABEZA Y EL CUELLO DADO QUE ESTA INFORMACIÓN PUEDE SER CORRELACIONADA CON EL RESTO DEL DIAGNÓSTICO. LAS SIGUIENTES ÁREAS DEBERÁN EXAMINARSE DIGITALMENTE, BASES APICALES MAXILARES Y MANDIBULARES, LA RELACIÓN DE LOS DIENTES, HUESOS BASALES, LA RELACIÓN DE LAS BASES APICALES AN

TEROPOSTERIORES; LA MORFOLOGÍA DE LA MANDÍBULA EL GROSOR Y CA RÁCTER DE LOS LABIOS, CARRILLOS, EL TONO DE LA LENGUA, TAMAÑO Y FORMA DE LA BARBA, EL GROSOR DEL MENTÓN; DIENTES FLOJOS, -- GLÁNDULAS SALIVALES, EL HUESO HIOIDES SU MORFOLOGÍA, ACTIVIDAD, ETC.

## ESTUDIO RADIOGRAFICO.

LA ACTIVIDAD DE ESTE ESTUDIO EN LA DENTICIÓN INFANTIL PUE DE PROPORCIONAR UNA VALIOSA INFORMACIÓN NECESARIA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LOS PROBLEMAS DENTALES Y SISTÉMICOS DEL PLAN DE TRATAMIENTO.

EL NÚMERO DE RADIOGRAFÍAS VARÍA DE ACUERDO A LA EDAD Y GRA DO DE COOPERACIÓN DEL PACIENTE, EN LOS PACIENTES MUY PEQUEÑOS ALGUNAS VECES ES MUY DIFÍCIL OBTENER RADIOGRAFÍAS INTRAORALES A-- CÉPTABLES Y DE ALTA CALIDAD EN LA PRIMERA CITA; AUNQUE A MENUDO ES POSIBLE COMPLETAR ESTE EXAMEN TOMANDO RADIOGRAFÍAS MÁS TARDE. TOMAR LAS RADIOGRAFÍAS EN DIFERENTES CITAS Y MIENTRAS EL NIÑO - ES MÁS COOPERATIVO NOS DÁ MÁS VENTAJAS.

LA RADIOGRAFÍA INTRAORAL PERIAPICAL, ES LA MÁS UTILIZADA - PARA LA EVALUACIÓN DE UN DETERMINADO DIENTE O BIEN UNA REGIÓN - ESPECÍFICA. ÉSTAS SE USAN PARA LA DETECCIÓN DE CARIES DENTAL, - RAICES Y PATOLOGÍA PERIAPICAL, ANORMALIDADES ÓSEAS, PRESENCIA - DE CUERPOS EXTRAÑOS COMO RAICES RETENIDAS Y LA PRESENCIA DE -- DIENTES SUPERNUMERARIOS; TAMBIÉN PARA VER LA APROXIMACIÓN DEL - TAMAÑO Y FORMA DE UN DIENTE EN DESARROLLO, PARA EL ESTUDIO DE - LA LONGITUD DE ARCO Y ESPACIOS PERDIDOS EN LA DENTICIÓN MIXTA; TAMBIÉN PARA LA EVALUACIÓN DE CAMBIOS PATOLÓGICOS DE DIENTES Y MAXILARES EN HERIDAS TRAUMÁTICAS.

LA RADIOGRAFÍA DE ALETA MORDIBLE, SON USADAS PARA LA DETEC CIÓN DE CARIES INTERPROXIMALES Y ESPECIALMENTE PARA LA DETEC -- CIÓN DE LESIONES INCIPIENTES; TAMBIÉN PARA LA IDENTIFICACIÓN DE CUERNOS PULPARES.

LAS RADIOGRAFÍAS OCLUSALES PUEDEN USARSE PARA LA EVALUACIÓN DE CARIES DENTAL DEL MAXILAR ANTERIOR Y DE LA REGIÓN MANDIBULAR EN NIÑOS PEQUEÑOS; EN NIÑOS MAYORES SE USAN PARA LA EVALUACIÓN DENTAL, PARA DETECTAR DIENTES SUPERNUMERARIOS, PARA LA DETERMINACIÓN DE PATOLOGÍAS DE LA LÍNEA MEDIA EN CUANTO A TEJIDO BLANDO, GLÁNDULAS SALIVALES Y DESARROLLO DEL NIÑO PEQUEÑO.

RADIOGRAFÍA PANORÁMICA. ÉSTAS SE USAN PARA LA EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO QUE NO PUEDE TOLERAR LAS TÉCNICAS INTRAORALES. ESTE MÉTODO ES USADO EN EL ESTUDIO DE PATOLOGÍAS CONDILARES Y EN LA DETECCIÓN DE PATOLOGÍA EN LA REGIÓN MAXILAR LEJOS DE LOS DIENTES.

RADIOGRAFÍA LATERAL. ÉSTAS SE USAN PARA LA DETECCIÓN DE PATOLOGÍAS ÓSEAS Y PARA ESTUDIOS RADIOGRÁFICOS EN GENERAL; ESTA TÉCNICA HA DESPLAZADO A LA RADIOGRAFÍA PANORÁMICA PUES ES USADA EN DIAGNÓSTICO ORTODÓNTICO POR MUCHOS ESPECIALISTAS.

LA RADIOGRAFÍA CEFALOMÉTRICA O CEFALOMETRÍA, HA INTENTADO INTERVENIR EN LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO Y DESENVOLVIMIENTO DEL NIÑO, USANDO RADIOGRAFÍAS EXTRAORALES Y COMPARÁNDOLAS CON MEDIDAS ESTANDAR.

EN LAS CEFALOMETRÍAS, LA CABEZA DEL PACIENTE ESTÁ EN UNA POSICIÓN DETERMINADA QUE PERMITE UNA DUPLICACIÓN POSTERIOR; ESTA POSICIÓN IMPLICA OÍDOS Y NARIZ, PARA UNA CORRECTA ORIENTACIÓN DE LA CABEZA DEL PACIENTE. LAS MEDIDAS SE HACEN A BASE DE ÁNGULOS Y DISTANCIAS EN LAS RADIOGRAFÍAS USANDO LÍNEAS CRANEALES ESPECÍFICAS, EL RESULTADO SE COMPARA CON EL REGISTRO ANTERIOR; EL VALOR DEL PROMEDIO DE CRECIMIENTO Y DESENVOLVIMIENTO ES COMPARADO EN TABLAS PUBLICADAS.

## VI. REACCIONES DEL NIÑO DURANTE EL TRATAMIENTO.

### ACTITUD DEL NIÑO HACIA EL DENTISTA.

LA ACTITUD HA SIDO DEFINIDA COMO DISPOSICIÓN, INCLINACIÓN O TENDENCIA A ACTUAR HACIA LOS ELEMENTOS INTERNOS O EXTERNOS DE ACUERDO AL CONOCIMIENTO INDIVIDUAL DE ELLOS.

LA ACTITUD DEPENDE EN LA INTERPRETACIÓN INDIVIDUAL DE UNA SITUACIÓN Y LA REACCIÓN EMOCIONAL A ÉSTA. ASÍ MCDERMOTT ESCRIBIÓ QUE LAS ACTITUDES DEL NIÑO HACIA EL DENTISTA SON GRANDEMENTE PULIDAS O AFILADAS POR EL SIGNIFICADO EMOCIONAL DEL EVENTO Y QUE VARIARÁ DE ACUERDO AL ESCENARIO DEL DESARROLLO EMOCIONAL.<sup>18</sup>

ALGUNAS INVESTIGACIONES HAN ENCONTRADO QUE LAS ACTITUDES - DE LOS NIÑOS DE PRE-ESCOLAR HASTA NIVELES ELEMENTALES (PRIMARIA) SON BASTANTE POSITIVAS EN RELACIÓN AL DENTISTA.

KLEIN ANALIZÓ EN ENSAYOS Y DIBUJOS EN RELACIÓN A LA VISITA AL DENTISTA DE NIÑOS INGLESES Y ENCONTRÓ QUE LA ESCUELA DE ENFERMERAS DE NIÑOS EN SU ESTUDIO EXHIBÍAN COMPORTAMIENTOS DEFENSIVOS, MIENTRAS QUE EN GENERAL NIÑOS DE ESCUELAS ELEMENTALES EXHIBIAN UNA ACTITUD POSITIVA Y COOPERATIVA HACIA EL DENTISTA.<sup>19</sup> ELLA SINTIÓ QUE ÉSTO ERA PORQUE LOS NIÑOS DE ESCUELAS ELEMENTALES ESTÁBAN EQUIPADOS EMOCIONALMENTE PARA LUCHAR CONTRA UNA POSIBLE ATEMORIZANTE SITUACIÓN, MIENTRAS QUE LOS NIÑOS DE ESCUELAS DE ENFERMERAS NO LO ESTÁBAN.

FADDEN HA ESTUDIADO LAS RESPUESTAS EN NIÑOS DE ESCUELAS ELEMENTALES A BASE DE CUESTIONARIOS Y ENCONTRÓ QUE EL 86% QUIEREN A SUS DENTISTAS, Y EL 42% LES GUSTA IR A CITAS DENTALES.

ESTA IMPRESIÓN FAVORABLE HACIA EL DENTISTA ESTÁ DE ACUERDO CON LOS ÚLTIMOS DESCUBRIMIENTOS DE ROSENZWEIG Y COLABORADORES, QUIENES HAN REPORTADO QUE NIÑOS DE ESCUELAS ELEMENTALES -

PIENSAN DE SUS DENTISTAS COMO UN AMIGO, MÁS QUE UN INDIVIDUO - QUE EJERCITA PODER Y CONTROL SOBRE ELLOS.

FADDEN ENCONTRÓ QUE LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS TENÍAN UN RAZONABLE CONOCIMIENTO DE LO QUE EL DENTISTA HACE Y ADEMÁS HABÍAN DESARROLLADO DEFINITIVAMENTE LO QUE A ELLOS LES GUSTABA Y NO ACERCA DE LA VISITA.<sup>20</sup>

### GUSTOS

- UNA INTERESANTE SALA DE ESPERA CON CUENTOS DE TEMAS VARIADOS, REVISTAS, ETC.
- MÚSICA DE FONDO.
- SER LLAMADO POR SU PRIMER NOMBRE O COMO LE AGRADE.
- QUE EL DENTISTA HABLE MIENTRAS TRABAJA.
- QUE EL DENTISTA EXPLIQUE EL PROCEDIMIENTO DENTAL.
- VER EN UN ESPEJO LO QUE SE LE ESTÁ HACIENDO.
- TENER UNA SEÑAL PARA QUE EL DENTISTA PARE DE TRABAJAR.
- QUE EL DENTISTA LE DIGA QUE FUE UN BUEN PACIENTE, Y LE DÉ UN PREMIO POSTOPERATORIO.

### DISGUSTOS

- HACERLOS ESPERAR.
- LA LUZ DE LA LÁMPARA SOBRE LOS OJOS.
- ÁREA DE ESPERA POCO ATRACTIVA.
- "TALADREO" PROLONGADO.
- ROLLOS DE ALGODÓN
- EL OLOR DEL CONSULTORIO O EL MAL ALIENTO DEL DENTISTA.
- DESCONFIANZA EN RELACIÓN AL PROCEDIMIENTO DOLOROSO.
- HACERLES BURLA DE ALGO.
- SER REGAÑADO POR EL DENTISTA.
- HACERLES PREGUNTAS CUANDO TIENEN LA BOCA ABIERTA.
- SER COMPARADO CON OTRO NIÑO.
- MALOS REPORTES A LOS PADRES.

DE ACUERDO A LOS CONCEPTOS ANTERIORMENTE MENCIONADOS, EL ODONTÓLOGO PUEDE ASÍ EFECTUAR TRATAMIENTOS EN NIÑOS DE UNA MANERA ADECUADA; AÚN SIN SER ESPECIALISTA.



## TIPOS DE LLANTO.

ES IMPORTANTE EVALUAR EL TIPO DE LLANTO PARA SABER CUAL VA A SER EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO. TODO LLORIQUEO COMUNICA DIFERENTES MENSAJES AL DENTISTA. ELSBACH DESCUBRIÓ CUATRO TIPOS DE LLANTOS:<sup>21</sup>

EL LLANTO OBSTINADO, ES CUANDO EL NIÑO PASA A TRAVÉS DE UN BERRINCHE TEMPERAMENTAL EN CONTRA DEL TRATAMIENTO DENTAL; ÉSTE LLANTO ES ALTO (O RUIDOSO) EN UN PUNTO EXTREMO Y HA SIDO CARACTERIZADO COMO UN LLANTO DE SIRENA. ÉSTA FORMA DE BELIGERANCIA REPRESENTA LA RESPUESTA EXTERNA DEL NIÑO A SU ANSIEDAD EN LA SITUACIÓN DENTAL. EL COMPORTAMIENTO BELIGERANTE DEBE SER MANEJADO ANTES DE QUE EL TRATAMIENTO DENTAL PROGRESE.

EL LLANTO DE MIEDO USUALMENTE ACOMPAÑADO POR UN TORRENTE DE LÁGRIMAS, COMBULSIONES Y SOLLOZOS JUNTO CON GEMIDOS. EL NIÑO EMITIENDO ÉSTE TIPO DE LLANTO HA SIDO SUMERGIDO POR LA SITUACIÓN; ÉSTE PACIENTE NO PUEDE SER MANEJADO CON EL MISMO TIPO DE TÉCNICAS QUE SERÍAN USADAS PARA EL NIÑO BELIGERANTE.

ES LA RESPONSABILIDAD DEL DENTISTA DARLE CONFIANZA AL NIÑO MIEDOSO POR MEDIO DE PROVEER UNA SERIE DE EXPERIENCIAS DENTALES CUIDADOSAMENTE ESTRUCTURADAS QUE PERMITIRÁN AL NIÑO LIDIAR CON CONDICIONES SEMEJANTES.

EL LLANTO DEL NIÑO HERIDO ES ACOMPAÑADO POR UN PEQUEÑO SOLLOZO. LA PRIMERA INDICACIÓN DE QUE EL NIÑO ESTÁ INCONFORME PODRÁ SER UNA SOLA LÁGRIMA QUE SE ASOME EN EL OJO Y CORRA ABAJO DEL CACHETE.

EL LLANTO DE DOLOR ES FÁCILMENTE IDENTIFICABLE, PORQUE EL NIÑO AFIRMARÁ VOLUNTARIAMENTE O CUANDO SEA CUESTIONADO QUE HA SIDO HERIDO. ALGUNOS NIÑOS PODRÁN TENER DOLOR PERO CONTROLAN SU ACTIVIDAD FÍSICA DE TAL MODO QUE EL DENTISTA NI SE DÉ CUENTA.

CUANDO SE RECONOCE QUE EL NIÑO TIENE DOLOR, EL PROCEDIMIENTO DENTAL DEBERÁ SER DETENIDO PARA OBTENER CONTROL SOBRE EL DOLOR SATISFACTORIAMENTE.

EL LLANTO COMPENSATORIO NO ES REALMENTE UN LLANTO. ES UN SONIDO QUE EL NIÑO HACE PARA AHOGAR EL RUIDO DEL "TALADRO" DEL DENTISTA. USUALMENTE EL SONIDO ES MONÓTONO; LO QUE PUEDE SER MOLESTO PARA EL DENTISTA Y AYUDANTE; ES LA FORMA DE LUCHA DEL NIÑO CONTRA LO QUE CONSIDERA UN ESTÍMULO DESAGRADABLE DELANTE DE UN AUDITORIO.

EL DENTISTA DEBERÁ RECONOCER ESTE LLANTO COMO UNA ESTRATEGIA QUE EL NIÑO HA DESARROLLADO PARA Luchar CONTRA LA ANSIEDAD QUE EXPERIMENTA. ES UNA ESTRATEGIA DE LUCHA EXITOSA Y MÁS AÚN EL DENTISTA NI SIQUIERA DEBERÁ ATREVERSE A PARARLA.

#### REACCIONES A LA PRIMERA VISITA DENTAL.

GENERALMENTE ES RECOMENDADO QUE LA PRIMERA VISITA SEA HECHA NO DESPUÉS DE LOS TRES Ó CUATRO PRIMEROS AÑOS DE VIDA. ALGUNOS INVESTIGADORES HAN PODIDO EVALUAR EL COMPORTAMIENTO DE NIÑOS PRE-ESCOLARES O MAYORES DURANTE LA PRIMERA VISITA Y HAN IDENTIFICADO FACTORES QUE INFLUYEN EN SU COMPORTAMIENTO.<sup>22</sup> SE ENCONTRÓ QUE EL GRADO DE COOPERACIÓN EXHIBIDO POR NIÑOS PRE-ESCOLARES EN SU PRIMERA VISITA ES ALTO, CON LA EXCEPCIÓN DE NIÑOS QUE SE PRESENTAN CON UN TRAUMATISMO O ALGÚN PROBLEMA AGUDO.

LA PRIMERA VISITA ENVUELVE GENERALMENTE SOLAMENTE UN EXÁMEN, EVALUACIONES RADIOGRÁFICAS Y POSIBLEMENTE UNA PROFILAXIS CON TRATAMIENTO TÍPICO DE FLUOR. LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS FACILMENTE ACEPTAN SU PRIMER EXÁMEN ORAL, LIMPIEZA Y TRATAMIENTO DE FLUOR. SIN EMBARGO HAY CIERTOS PROCEDIMIENTOS DURANTE ESTA PRIMERA VISITA QUE SON FRECUENTEMENTE ASOCIADOS CON COMPORTAMIENTO NO COOPERATIVO, LO QUE OCURRE CUANDO EL NIÑO ES SEPARADO

DE SU MADRE Y DURANTE LA TOMA DE RADIOGRAFÍAS, ÉSTA SE ASOCIA -  
CON LA INCONFORMIDAD EN EL PROCEDIMIENTO.

EL COMPORTAMIENTO QUE OCURRE DURANTE LA SEPARACIÓN PUEDE -  
SER EL RESULTADO DE VARIOS FACTORES COMO EL MIEDO DE ABANDONO,  
QUE ES MUY COMÚN EN NIÑOS MENORES DE 4 AÑOS, QUE SE PUEDE MANI-  
FESTAR CUANDO EL NIÑO ES SEPARADO DE SUS PADRES EN LA SALA DE -  
ESPERA. TAMBIÉN PUEDE SER EL MIEDO A LO DESCONOCIDO, COMO CUAL  
QUIER MIEDO SUBJETIVO QUE EL NIÑO HAYA ADQUIRIDO DE SU FAMILIA;  
POR LO QUE ES RECOMENDABLE QUE LOS NIÑOS MUY PEQUEÑOS SEAN A - -  
COMPAÑADOS DENTRO DEL CONSULTORIO POR UNO DE SUS PADRES EN OR-  
DEN DE AMINORAR ALGUNOS DE SUS MIEDOS.

UN FACTOR QUE TAMBIÉN ES MUY IMPORTANTE ES LA ANSIEDAD DE  
LA MADRE, SI SE HA IDENTIFICADO UN ALTO GRADO DE DESESPERACIÓN  
O ANSIEDAD EN LA MADRE, EL NIÑO USUALMENTE ESTARÁ DESESPERADO -  
O EXHIBIRÁ UN GRADO DE COMPORTAMIENTO NO COOPERATIVO EN LA SI-  
LLA DENTAL.

OTRO FACTOR ES CUANDO EL NIÑO PRESIENTE QUE TIENE UN PRO-  
BLEMA Y QUE NECESITA TRATAMIENTO; UN NIÑO QUE SABE QUE TIENE -  
UNA CAVIDAD O UN DOLOR DE DIENTE, ESTARÁ MÁS ANSIOSO QUE UN NI-  
ÑO QUE CREE QUE ESTÁ PRESENTANDO SUS DIENTES A UN EXÁMEN Y LIM-  
PIEZA.

AMBAS ACTITUDES NEGATIVAS AL DOCTOR Y A UNA HISTORIA PRE-  
VIA DE DOLOR, ASOCIADA CON LA CITA DEL DOCTOR, HAN SIDO IDENTI-  
FICADAS COMO FACTORES RELACIONADOS A COMPORTAMIENTOS NO COOPERA  
TIVOS EN LA PRIMERA CITA DENTAL.

EN ESTUDIOS EFECTUADOS SE HAN ENCONTRADO QUE ALGUNOS NIÑOS  
DE MÁS BAJOS RECURSOS EXHIBEN MAYOR COMPORTAMIENTO NEGATIVO EN  
LA PRIMERA VISITA.<sup>23</sup>

### REACCIONES A LAS VISITAS DENTALES SECUENCIALES.

"KOENIGSBERG" Y "JOHNSON" HAN EVALUADO EL COMPORTAMIENTO  
DE LOS NIÑOS DURANTE TRES VISITAS DENTALES PARA DETERMINAR EN -

TODA SU EXTENSIÓN QUE LAS RESPUESTAS DE LOS NIÑOS CAMBIARON - CUANDO UN TRATAMIENTO MÁS DEFINITIVO FUÉ LLEVADO A CABO. LOS NIÑOS EN EL RANGO DE 3 A 7 AÑOS Y QUE NUNCA HABÍAN IDO A UN DENTISTA PREVIAMENTE, ENCONTRARON QUE EL COMPORTAMIENTO DE APROXIMADAMENTE EL 60 AL 65% DE 61 NIÑOS, PERMANECÍA SIN CAMBIO CUANDO EL CUIDADO PROGRESABA DESDE LA EXAMINACIÓN A LA FASE RESTAURATIVA DEL TRATAMIENTO; APROXIMADAMENTE EL 20% DE LOS NIÑOS EXHIBIERON UN DETERIORO EN EL COMPORTAMIENTO, MIENTRAS - QUE EL OTRO 20% , MOSTRÓ AVANCE.

INTERESANTEMENTE, MIENTRAS QUE LA MAYORÍA DE LAS RESPUESTAS DEL COMPORTAMIENTO FUERON POSITIVAS EN LAS TRES VISITAS, - LOS INVESTIGADORES SE SINTIERON INCAPACES DE USAR EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN UNA VISITA COMO GUÍA PARA PREDECIR CUAL SERÍA SU COMPORTAMIENTO DURANTE VISITAS SUBSECUENTES.

NO LOS MISMOS INVESTIGADORES, EN UN REPORTE SEPARADO, ESTABLECIERON LA RELACIÓN ENTRE LA ANSIEDAD MATERNAL Y EL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE DURANTE LA SEGUNDA Y TERCERA VISITA DENTAL, AUNQUE LA RELACIÓN FUÉ BASTANTE EXPLÍCITA PARA LA PRIMERA VISITA.

ES MUY IMPORTANTE QUE LAS VISITAS SEAN DE CORTA DURACIÓN - YA QUE LA MEMORIA, LA ATENCIÓN, LA CONCIENCIA Y LA VOLUNTAD DEL NIÑO SE ENCUENTRAN EN FASE DE DESARROLLO; TANTO LA ATENCIÓN, EL RAZONAMIENTO, O LA VOLUNTAD NO ESTÁN MADUROS A PLENITUD Y POR ELLO LA CAPACIDAD DEL NIÑO ES PEQUEÑA. TODO LO QUE PRETENDA SOBREPASAR ESOS LÍMITES, NECESARIAMENTE ACABARÁN POR CANSAR AL NIÑO.

LOS NIÑOS SON INQUIETOS POR NATURALEZA, POR LO QUE NO PODEMOS IR EN SU CONTRA, SU ATENCIÓN ES ESCASA Y SU VOLUNTAD DÉBIL, POR LO QUE DEBEMOS ACTUAR CON DESTREZA, HAY QUE COMBINAR LA RAPIDEZ CON LA EFICACIA; ES NECESARIO ORGANIZAR LOS MOVIMIENTOS, SIMPLIFICAR LOS ACTOS, Y ADMINISTRAR CON EFICIENCIA LAS TÉCNI-

CAS. DEBEMOS SER EFICIENTES Y BREVES EN LOS PROCEDIMIENTOS PARA LOGRAR REDUCIR EL TIEMPO EL CUAL EL NIÑO DEBE PERMANECER EN EL SILLÓN DENTAL.

NO PODEMOS SER RÍGIDOS EN NUESTROS MÉTODOS, NO SE QUIERA LOGRAR QUE EL NIÑO SOPORTE ESTRECHAMENTE SU PAPEL DE PACIENTE; A VECES SERÁ NECESARIO DEJAR DE TRABAJAR PARA PLATICAR CON ÉL, SIENDO ASÍ MÁS SOPORTABLE SU SITUACIÓN DE PACIENTE. HABLÉMOSE DE COSAS QUE A ÉL LE INTERESAN, QUE A ÉL LE AFECTAN O PREOCUPEN CULTIVEMOS SU ANSIEDAD Y PROTEJAMOS SU INOGENCIA.

AUNQUE EL FACTOR TIEMPO ES INDISPENSABLE APROVECHAR EN SU INTEGRIDAD, NO NEGUEMOS EL CONCEDERLE UNA CHARLA QUE DENTRO DE LOS LÍMITES RAZONABLES, FORTALECERÁN ESE VÍNCULO NECESARIO, VÍNCULO QUE DEBEMOS PROTEGER Y CONSERVAR SI QUEREMOS TENER ÉXITO - CON EL PACIENTE-NIÑO.

### REACCIONES A LA INYECCION.

A TRAVÉS DE LAS EXPERIENCIAS EN SUS PROPIOS CONSULTORIOS, LA MAYORÍA DE LOS DENTISTAS ESTÁN PREVENIDOS, PREDISPUES- TOS A QUE LA INYECCIÓN DE ANESTESIA LOCAL PRODUCE LA MÁS ALTA INSIDEN- CIA DE COMPORTAMIENTO DISRUPTIVO EN LOS NIÑOS.

AMBOS MONITORES FISIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS DE LAS RESPUES- TAS DE LOS NIÑOS A LA INYECCIÓN DENTAL SIRVEN DE BASE A LAS - OBSERVACIONES EMPÍRICAS CLÍNICAS. "FRANKL" Y COLABORADORES HAN REPORTADO QUE LA MÁS GRANDE INSIDENCIA DE COMPORTAMIENTO NO COO- PERATIVO DURANTE LAS VISITAS DE NIÑOS PRE-ESCOLARES PARA LA RES- TAURACIÓN DE CARIES OCURRIERON DURANTE LA FASE DE INYECCIÓN DU- RANTE EL TRATAMIENTO.<sup>1</sup> "MEYERS" Y COLABORADORES QUIENES MONITO- REARON EL RANGO DE PULSOS DE LOS NIÑOS DURANTE LA VISITA RES- TAURATIVA, ENCONTRARON QUE ÉSTE ERA INMEDIATAMENTE ELEVADO AN- TES Y DURANTE LA INYECCIÓN INDICANDO UN MAYOR ESTADO DE ANSIE- DAD QUE EN OTRAS FASES DE LA VISITA.

NO HABÍA HABIDO UN ESTUDIO CONTROLADO ESPECÍFICAMENTE - DESCRIBIENDO LAS RESPUESTAS EMOCIONALES DE LOS NIÑOS A INYECCIONES DENTALES. HAY UN REPORTE HECHO POR UN DOCTOR, EL QUE - DESCRIBE LAS REACCIONES DE LOS NIÑOS A INYECCIONES HIPODÉRMICAS AUNQUE EL SITIO DE LA INYECCIÓN ES DIFERENTE, ES COMÚN VER QUE LAS RESPUESTAS DE LOS NIÑOS ERAN SIMILARES. "KASSOWITZ" OBSERVÓ A 133 NIÑOS DE 6 MESES A 12 AÑOS, LOS CUALES RECIBIERON 328 INYECCIONES. EL SUBJETIVAMENTE EVALUÓ EL GRADO DE APRENSIÓN IN MEDIATAMENTE ANTES DE LA INYECCIÓN Y SUS ACTITUDES DURANTE SU ADMINISTRACIÓN, MIENTRAS QUE HABÍA OBVIA VARIACIÓN EN UNA BASE INDIVIDUAL. KASSOWITZ ENCONTRÓ QUE ERA UN PATRÓN DIFERENTE DE RESPUESTAS PARA DIFERENTES GRUPOS DE EDADES Y UN MEJORAMIENTO GRADUAL EN EL COMPORTAMIENTO CON EL INCREMENTO DE LA EDAD Y EL NIVEL DE MADUREZ. EXISTÍA UNA CASI COMPLETA FALTA DE CONTROL E MOCIONAL EN LAS RESPUESTAS DE LOS NIÑOS MENORES DE 4 AÑOS; SIN EMBARGO ÉL OBSERVÓ UN AUMENTO EN LOS INTENTOS DE LOS NIÑOS HACIA SU CONTROL Y AUTOMANIPULACIÓN DE LA SITUACIÓN.

A LOS 8 AÑOS APROXIMADAMENTE LAS MANIFESTACIONES EXTERNAS DE MIEDO O RESPUESTAS DISRUPTIVAS FÍSICAMENTE A LA INYECCIÓN - FUERON POCO FRECUENTES.

KASSOWITZ CONCLUYÓ QUE LA EXPERIENCIA A LA INYECCIÓN PODÍA SER POSITIVA PARA EL NIÑO, EN ESTO ÉL SE PERMITIÓ UNA OPORTUNIDAD PARA EJERCITAR Y MÁS ADELANTE DESARROLLAR UN CONTROL PROPIO Y CON ESTO LA HABILIDAD PARA LUCHAR CONTRA DOLOROSAS PERO NECESARIAS EXPERIENCIAS. ES SUGERIDO COMO UN ÍNDEX DE MADUREZ EMOCIONAL EN EL NIÑO QUE CRECE.

### ANESTESIA LOCAL.

LA ANESTESIA LOCAL ES EL VERDADERO MEDIO DE ELECCIÓN PARA EL CONTROL DEL DOLOR EN ODONTOPEDIATRÍA Y DEBERÍA SER USADA POR REGLA EN LOS TRATAMIENTOS CONSERVADORES Y QUIRÚRGICOS.

SU ACCIÓN PERMITE QUE ÉSTOS SE REALICEN DE LA MEJOR MANERA,

CON MAYOR EFICIENCIA Y TRANQUILIDAD. EN CASO NECESARIO SE LA COMBINA CON PREMEDICACIÓN Y ANALGESIA CON OXIDO NITROSO. SI SE USA UN ANESTÉSICO DE SUPERFICIE Y UNA AGUJA DESECHABLE BIEN AFILADA, EL DOLOR DE LA PUNCIÓN SE REDUCE A UN MÍNIMO Y EL NIÑO APENAS LO SIENTE. DESDE LUEGO, PUEDEN REALIZARSE TRABAJOS DE OPERATORIA DENTAL EN ALGUNOS NIÑOS SIN ANESTESIA PERO, EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, SU EMPLEO SIGNIFICA UNA GRAN VENTAJA PARA EL ODONTÓLOGO Y EL NIÑO.

ES DECIR, CUANDO SE ESTÁ PREPARANDO UNA CAVIDAD SIMPLE, EL PEQUEÑO PACIENTE PUEDE MORDER LA PIEZA DE ALTA VELOCIDAD PROVOCANDO COMUNICACIÓN PULPAR BASTANTE DOLOROSA, REACCIONANDO EL NIÑO EN UNA FORMA NEGATIVA HACIA EL TRATAMIENTO DENTAL. ADEMÁS, SI NO SE UTILIZA ANESTESIA SERÍA CASI IMPOSIBLE EL USO DEL DIQUE DE HULE, YA QUE SERÍA MOLESTO PARA EL NIÑO Y PARA EL ODONTÓLOGO EL NO TENER UN CAMPO QUE NOS MANTENGA LIBRE DE SALIVA EN LOS PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS, TENIENDO LA NECESIDAD DE CAMBIAR CONSTANTEMENTE LOS ROLLOS DE ALGODÓN, LO QUE AUMENTARÍA EL TIEMPO DE TRABAJO Y CONTAMINACIÓN DE LOS MATERIALES DE OBTURACIÓN. ES IMPORTANTE RECORDAR QUE EL USO DEL DIQUE DE HULE NOS PERMITE CONTROLAR LOS MOVIMIENTOS DE LA LENGUA EVITANDO ACCIDENTES A ÉSTE Y A OTRAS ÁREAS DE TEJIDOS BLANDOS.

NUNCA SE LE DEBERÁ MENTIR A UN NIÑO; A ÉSTE SOLO SE LE ENGAÑA UNA VEZ, Y A PARTIR DE AHÍ PERDERÁ LA CONFIANZA PARA SIEMPRE. ES MÁS SEGURO DECIRLE QUE VA A EXPERIMENTAR ALGUNA MOLESTIA, COMO UNA PICADURA DE MOSQUITO O UN PELLIZCO, QUE PROMETERLE UN PROCESO TOTALMENTE INDOLORO Y POSTERIORMENTE NO PODER CUMPLIR LA PROMESA.

ES RECOMENDABLE EL USO DE UN ANESTÉSICO DE SUPERFICIE O TÓPICO EN FORMA DE UNGÜENTO O SPRAY (POR EJEMPLO, XILOCAÍNA AL 5%) DURANTE DOS O TRES MINUTOS ANTES DE APLICAR LA INYECCIÓN.

ASÍ MISMO, ES RECOMENDABLE EL USO DE JERINGAS DE ASPIRACION PARA EVITAR LA INYECCION INTRAVASCULAR DE LA SOLUCION ANESTESICA Y REDUCIR A UN GRADO MINIMO LAS REACCIONES TOXICAS, ALERGICAS E HIPERSENSIBLES.

EL MECANISMO DE LA INYECCION EXIGE OBSERVAR ALGUNAS REGLAS EL SILLON DEBE ESTAR UN POCO INCLINADO HACIA ATRAS, LO QUE PROPORCIONA BUEN ACCESO AL LUGAR ELEGIDO Y EVITA QUE EL PACIENTE SE MUEVA HACIA ADELANTE O SE LEVANTE. ADEMÁS, ESTA POSICION, IMPIDE AL PACIENTE VER LA JERINGA Y QUE VEA EL NIÑO TODO EL PROCESO. LA POSICION ACOSTADA ES INCONVENIENTE PORQUE DA AL NIÑO LA SENSACION DE DESAMPARO Y OFRECE UN MAYOR PELIGRO DE ASPIRACION.

EL ODONTÓLOGO DEBE PROCEDER DE TAL MANERA QUE PUEDA DOMINAR MOVIMIENTOS BRUSCOS INDESEABLES DE LA CABEZA. LA ASISTENTE DEBERÁ ESTAR ATENTA PARA EVITAR CUALQUIER MOVIMIENTO DEFENSIVO ABRUPTO O ALGÚN INTENTO DEL NIÑO DE TOMAR O QUERER RETIRAR LA JERINGA, SOSTENIENDO LOS BRAZOS DEL NIÑO. PERO NO SE DEBE OLVIDAR QUE LA ASISTENTE NUNCA DEBERÁ DAR ÓRDENES, ÉSTO LE CORRESPONDE AL PROFESIONAL.

### ANESTESIA REGIONAL.

ESTA SE APLICA PARA TRATAR UN CUADRANTE DEL MAXILAR INFERIOR. EN EL NIÑO, EL AGUJERO MANDIBULAR SE ENCUENTRA POR DEBAJO DEL PLANO OCLUSAL DE LOS DIENTES TEMPORALES, POR LO TANTO, LA PUNCIÓN SE DEBE REALIZAR ALGO MÁS ABAJO Y DISTAL QUE EN UN ADULTO. LA MUCOSA VESTIBULAR ESTÁ INERVADA POR EL NERVI<sup>O</sup> BUCAL. SE ANESTESIA PARA INTERVENCIONES MENORES EN EL MAXILAR INFERIOR, COMO EXTRACCIONES DE DIENTES TEMPORALES CON RAÍCES PARCIALMENTE ABSORVIDAS Ó SOLO ANESTESIA TERMINAL O INFILTRATIVA.



## ANESTESIA TERMINAL O INFILTRATIVA.

LA POROSIDAD DEL HUESO INFANTIL EN CRECIMIENTO Y EL GRAN PODER DE DIFUSIÓN DE LOS ACTUALES ANESTÉSICOS HACEN INNECESARIA UNA ANESTESIA REGIONAL EN EL MAXILAR SUPERIOR (AGUJERO INFRAORBITAL, EN LA TUBEROSIDAD O CONDUCTO INCISIVO), POR LO MENOS PARA TRATAMIENTOS CONSERVADORES Y EXTRACCIONES AISLADAS.

EN PRINCIPIO, EL ANESTÉSICO DEBE SER DEPOSITADO EN PERIOSTIO, LO MÁS CERCA POSIBLE DE LA PARED ÓSEA VESTIBULAR, EN LA REGIÓN APICAL DEL DIENTE POR TRATAR. SI SE HACE USO DE UNA GRAPA PARA DIQUE DE GOMA, SE INYECTARÁN TAMBIÉN UNAS GOTAS EN LA ENCÍA PALATINA.

RETIRADA LA JERINGA DE LA BOCA Y FUERA DEL CAMPO VISUAL DEL NIÑO, SE LE PIDE QUE SE ENJUAGUE LA BOCA PARA ALIVIAR LA TENSION E IMPEDIR GRITOS Y LLANTOS. PARA TRANQUILIZARLO AÚN MÁS, SE LE PROPORCIONA UN ESPEJO FACIAL PARA QUE COMPRUEBE QUE NO ESTÁ INCHADO COMO PODRÍA SUPONERLO.

EN CASO DE ANESTESIA REGIONAL SE LE DEBE DE ADVERTIR QUE NO SE MUERDA EL LABIO O EL CARRILLO INSENSIBLES, SOBRE LO CUAL TAMBIÉN SE LE ENSEÑARÁ AL ACOMPAÑANTE PARA QUE LO TENGA EN OBSERVACIÓN HASTA QUE CESE EL EFECTO. UN BUEN MEDIO PARA IMPEDIR TALES PERCANCES, CONSISTE EN HACER MORDER AL NIÑO UN ROLLO DE ALGODÓN.

UN HEMATOMA PROVOCADO POR UNA INYECCIÓN SE COMPRIME ENSEGUIDA CON LOS DEDOS POR UNO O DOS MINUTOS. HINCHAZONES QUE PERSISTAN DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN, DEBERÁN SER TRATADAS EN EL HOGAR MEDIANTE COMPRESAS FRÍAS.

UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA PUEDE Y DEBE EVITARSE MEDIANTE LA TÉCNICA DE ASPIRACIÓN. PERO SI A PESAR DE TODO APARECEN SÍNTOMAS CLÍNICOS GENERALES, COMO NERVIOSIDAD, SUDORACIONES,

PULSO ACELERADO, RESPIRACIÓN RÁPIDA, SUPERFICIAL COLAPSO CIRCULATORIO, PARO RESPIRATORIO Y CIANOSIS, SE COLOCARÁ AL NIÑO EN POSICIÓN HORIZONTAL PROCURANDO QUE QUEDEN LIBRES LAS VÍAS RESPIRATORIAS. EN ALGUNOS CASOS DEBERÁ PRACTICARSE RESPIRACIÓN ARTIFICIAL Y MASAJE CARDIACO EXTERNO COMO EN LOS ADULTOS, CON EL ESPECIAL CUIDADO QUE REQUIEREN LOS HUESOS INFANTILES.

EN CUANTO AL MOMENTO DE LA APLICACIÓN DE LA ANESTESIA, ES IMPORTANTE LA COORDINACIÓN DE LA ASISTENTE Y EL DENTISTA PARA REFORZAR LA PRESENTACIÓN PSICOLÓGICA DE ÉSTA, ENTREGANDO, EN FORMA DISCRETA LA JERINGA, Y EN EL MOMENTO DE LA APLICACIÓN PROPIAMENTE DICHA, EL DENTISTA DEBE EVITAR QUE SEA VISTA POR EL NIÑO ATRAVESANDO LA MANO POR SU CARA O DE LA MANERA QUE MEJOR LE ACOMODE.

DEL MISMO MODO, LA COLOCACIÓN DEL DIQUE DE GOMA DEBE SER EN UNA FORMA SUTIL PARA QUE EL NIÑO LO ACEPTÉ Y NO SE OPONGA Y OCACIONE ÚNICAMENTE UNA PÉRDIDA DE TIEMPO. PARA LA RÁPIDA Y BUENA COLOCACIÓN DEL DIQUE SE PUEDEN SEGUIR LOS SIGUIENTES PASOS:

- LA ASISTENTE DENTAL DEBE TENER LISTO EL DIQUE DE GOMA EN EL ARCO CON LA GRAPA CORRESPONDIENTE Y EL PORTAGRAPAS LISTO PARA COLOCARLO.
- EL PROFESIONISTA TOMA EL PORTAGRAPAS.
- LO DIRIGE HACIA LA CAVIDAD ORAL Y LO COLOCA DE TAL MANERA QUE LA GRAPA ENTRE EN LA PIEZA CORRESPONDIENTE.
- DESPUÉS DE COLOCARLA, LA ASISTENTE RECIBE EL PORTAGRAPAS, Y LE PROPORCIONA AL DENTISTA EL ESCAVADOR O CUCHARILLA PARA DESPRENDER EL DIQUE DE LAS ALETAS DE LA GRAPA Y QUE SE ADAPTE DIRECTAMENTE AL DIENTE EL DIQUE.

ALGUNAS VECES ES NECESARIO EXPLICAR AMPLIAMENTE AL NIÑO LA FUNCIÓN DEL DIQUE EN SU BOCA, Y ALGUNAS (SOBRE TODO CON NIÑOS MUY PEQUEÑOS) HASTA DE ECHAR A ANDAR SU IMAGINACIÓN DICIEÁNDOLES

QUE LO QUE SE LES VA A COLOCAR ES UN GLOBO MUY RESISTENTE Y -  
PROTECTOR, SE LES PUEDE, INCLUSIVE, DAR A ESCOGER UN COLOR (SI  
ES QUE LOS HAY DE DIFERENTES). TAMBIÉN SE LES PODRÍA DECIR --  
QUE ES UNA ESPECIE DE "MÁSCARA" O "DISFRAZ".

## REACCIONES A LA EXODONCIA.

DESDE HACE TIEMPO SE RECONOCE QUE LA EXTRACCIÓN DEL DIENTE DE UN NIÑO ES UNA DE LAS MÁS PROVOCADORAS ANSIEDADES DENTRO DE LOS PROCESOS DENTALES. TRIEGER Y BERNSTEIN HAN DESCRITO HISTORIAS CLÍNICAS DE VARIOS NIÑOS EN LAS CUALES SE HAN LLEVADO A CABO EXTRACCIONES.

EL COMPORTAMIENTO COOPERATIVO FUÉ IDENTIFICADO CUANDO UN NIÑO MOSTRÓ ANSIEDAD Y SE LO COMUNICÓ AL DENTISTA CLARAMENTE, PERO FUÉ CAPÁZ DE MOSTRAR PATRONES DE CONDUCTA ACEPTABLES. SIN EMBARGO, OBSERVARON QUE ALGUNOS NIÑOS TENÍAN UN COMPORTAMIENTO MÁS ADECUADO PARA NIÑOS MENORES, ALGUNOS LLORARON Y OTROS SE NEGARON A HABLAR DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN.

MIENTRAS ALGUNOS NIÑOS REACCIONARON DIFERENTEMENTE, HABÍA MÁS SOBREANSIOSOS Y DEFENSIVOS ENTRE LOS TRES Y CUATRO AÑOS, MIENTRAS QUE LOS DE CINCO A SIETE AÑOS DEMOSTRARON UN MEJOR COMPORTAMIENTO COOPERATIVO.

COMO ES BIEN SABIDO, LA EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA, PUEDE LLEGAR A SER TRAUMÁTICA, POR LO QUE DEBEMOS ADQUIRIR CIERTA CAPACIDAD PARA LLEGAR A CONTROLAR AL NIÑO Y LOGRAR EN ÉL UN ADECUADO COMPORTAMIENTO Y ASÍ EVITAR UN TRAUMA MAYOR.

LAS REACCIONES DE LOS NIÑOS ANTE LA EXTRACCIÓN DENTAL TAMBIÉN HAN SIDO EVALUADAS CON LO QUE SE DETERMINA "LA PRUEBA DE DIBUJA UNA PERSONA". EN UN ESTUDIO HECHO POR BALDWIN, LOS NIÑOS QUE NECESITAN EXTRACCIONES DENTALES DIBUJARON A UNA PERSONA EN VARIOS ESTADOS DIFERENTES DEL TRATAMIENTO TAL COMO SE LES PIDIÓ; LAS ALTURAS ESTANDAR DE LAS FIGURAS HUMANAS (DE SUS DIBUJOS) FUERON MEDIDAS Y LA REDUCCIÓN DE LA ALTURA FUÉ CONSIDERADA COMO UN SIGNO DE STRESS.

LA PRUEBA DEL DIBUJO DE UNA PERSONA FUÉ ADMINISTRADA A NI-

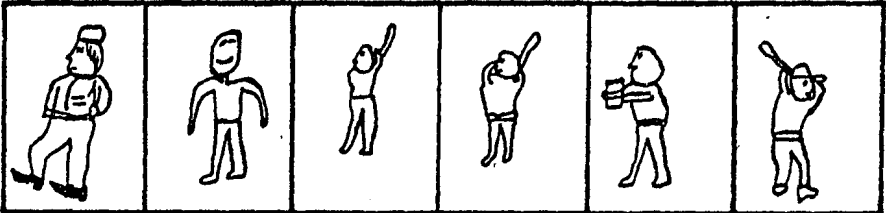
ÑOS EN INTERVALOS ESPECÍFICOS:

- ANTES DE SER INFORMADOS DE QUE UNA EXTRACCIÓN ERA REQUERIDA,
- DESPUÉS DE HABER SIDO INFORMADOS DEL PROCEDIMIENTO AMENAZANTE,
- EN EL MOMENTO DE LA EXTRACCIÓN,
- DURANTE EL POST-OPERATORIO Y
- DURANTE EL PERÍODO DE RECUPERACIÓN.

EN EL PERÍODO POST-OPERATORIO LA PRUEBA SE ADMINISTRÓ A --  
LOS TREINTA MINUTOS, SIETE DÍAS , AL MES O AL AÑO DESPUÉS DE LA  
EXTRACCIÓN,

BALDWING, NOTÓ QUE LAS FIGURAS REALIZADAS DESPUÉS DE QUE  
LOS NIÑOS HABÍAN SIDO INFORMADOS, HABÍAN SIDO REDUCIDAS EN TAMA  
ÑO COMPARADAS CON LAS FIGURAS ORIGINALES.

LAS FIGURAS DIBUJADAS EN EL MOMENTO DE LA CIRUGÍA, TAMBIÉN  
HABÍAN SIDO REDUCIDAS EN TAMAÑO. DESPUÉS DE LA OPERACIÓN HABÍA  
UN REGRESO GRADUAL AL TAMAÑO ORIGINAL DE LA FIGURA.



DIBUJOS DE UN NIÑO QUE PARTICIPÓ EN ÉSTE ESTUDIO.

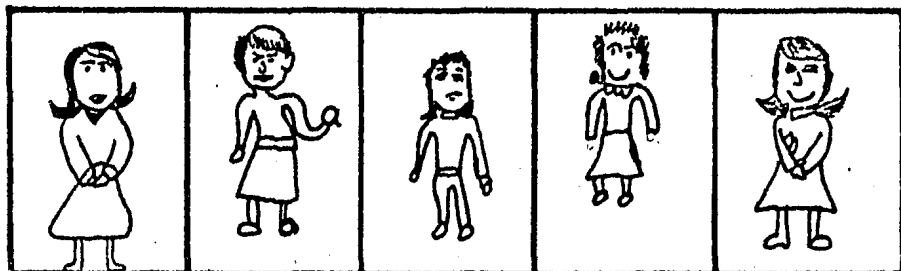
LOS CAMBIOS EN LA ALTURA DE LAS FIGURAS EN LOS DIFERENTES  
INTERVALOS (PRE-CIRUGÍA Y POST-CIRUGÍA) SON APARENTES.

BALDWING AFIRMÓ "AHÍ SE MANIFIESTA UNA PEQUEÑA DUDA QUE EL  
ENCUENTRO ES EMPÍRICAMENTE RELACIONADO CON EL STRESS DE LA EX--  
TRACCIÓN DENTAL".

PARA ASESORAR MEJOR LA HABILIDAD DE LOS NIÑOS PARA Luchar  
CONTRA EXTRACCIONES DENTALES, BALDWING PERMITIÓ A UN GRUPO DE -  
NIÑOS UN PERÍODO DE ESPERA DE CUATRO A SIETE DÍAS ENTRE LA VISI

TA EN LA CUAL ELLOS ERAN INFORMADOS DE LA NECESIDAD DE LA EX--  
TRACCIÓN Y LA CITA DE LA EXTRACCIÓN. HIZO LA COMPARACIÓN DE -  
LOS DIBUJOS DE ÉSTE GRUPO DE NIÑOS CON LA DEL GRUPO QUE NO HA--  
BÍAN TENIDO ESTE SIGNIFICATIVO PERÍODO DE ESPERA; LAS FIGURAS  
DIBUJADAS POR EL PRIMER GRUPO DISMINUYÓ MÁS EN LA ALTURA DES--  
PUÉS DE LA CIRUGÍA, PERO RECOPRARON LA ALTURA MÁS PRONTO QUE -  
AQUELLOS QUE HABÍAN SIDO DIBUJADOS POR LOS NIÑOS QUE NO TUBIE--  
RON DICHO PERÍODO.

#### EXTRACCIÓN CON PERÍODO DE ESPERA



#### EXTRACCIÓN SIN PERÍODO DE ESPERA



ÉSTOS HALLAZGOS INDICARÍAN QUE DANDO A LOS NIÑOS UN PERÍ--  
ODO DE ESPERA, LES PERMITE UNA PREPARACIÓN PSICOLÓGICA PARA EL  
CASO. CUANDO FUERON CUESTIONADOS, TODOS LOS NIÑOS ASEGURARON -  
QUE PREFERÍAN ÉSTE PERÍODO DE ESPERA ANTERIOR A LA EXTRACCIÓN.

EXPRESARON UN DESEO PARA "PENSAR AL RESPECTO", "ESTAR LIS--  
TOS PARA ELLO". ES AMPLIAMENTE RECOMENDADO CUANDO SEA POSIBLE,  
QUE EL DENTISTA PREPARE AL NIÑO INFORMÁNDOLE QUE LA EXTRACCIÓN  
ES PLANEADA PARA UNA CITA FUTURA.

## VII. TECNICAS EN EL MANEJO DEL NIÑO

UNO DE LOS PROBLEMAS MÁS IMPORTANTES CON QUE TIENE QUE ENFRENTARSE EL DENTISTA GENERAL Y TODOS LOS DENTISTAS QUE TRABAJAN CON NIÑOS, ES EL DEL TRATO Y MANEJO QUE HAY QUE DARLES.

SE HA DICHO QUE "LOS DENTISTAS TIENEN MÁS MIEDO A LOS NIÑOS, QUE LOS NIÑOS A LOS DENTISTAS," SIN EMBARGO, EL DENTISTA ÚNICAMENTE PODRÁ APLICAR SUS CONOCIMIENTOS PARA TRATAR A UN NIÑO CUANDO HAYA APRENDIDO A CONDUCIRSE CON ÉL DE MANERA CÓMODA Y ADECUADA.

LOS NIÑOS COMPRENDIDOS EN EL GRUPO DE EDAD DE DOS A SEIS AÑOS QUE DESCONOCEN EL AMBIENTE DEL CONSULTORIO DENTAL, SUELEN SER LOS MÁS DIFÍCILES DE MANEJAR.

AL TRATAR NIÑOS, EL DENTISTA SE ENFRENTA CON CIERTO NÚMERO DE PROBLEMAS QUE NO SUELEN PRESENTARSE CON LOS ADULTOS:

1. EL DENTISTA DEBE CONVENCER A LOS PADRES DE LA IMPORTANCIA DE LA ODONTOLOGÍA PREVENTIVA PARA LA SALUD FUTURA DE SUS HIJOS CON EL FÍN DE QUE LOS LLEVEN AL CONSULTORIO PARA EL EXAMEN ORAL.
2. DEBE, EL DENTISTA, TENER CONOCIMIENTOS ACERCA DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS REACCIONES DEL NIÑO ANTE EL AMBIENTE DEL CONSULTORIO DENTAL PARA PODER AYUDAR AL NIÑO A ADAPTARSE AL MISMO.
3. EL PROFESIONAL, HA DE INSTRUIR AL PERSONAL AUXILIAR PARA QUE SE HAGA CARGO DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO Y AYUDE A PREPARARLO PARA QUE ACEPTE Y COOPERE CON EL TRATAMIENTO.
4. EL DENTISTA, TAMBIÉN DEBE SABER COMPORTARSE TANTO CON EL PADRE O ACOMPAÑANTE DEL NIÑO, COMO CON ÉL MISMO DURANTE LA CONSULTA, PARA QUE DICHO TRATAMIENTO PUEDA DESARROLLARSE DE MANERA TRANQUILA Y EFICAZ.
5. SE HACE UN PROGRAMA DEL TRATAMIENTO, DE MODO QUE EL NIÑO CO-

NOZCA GRADUALMENTE LO QUE ES LA AYUDANTE DENTAL Y QUE SEA ADECUADO A SU NIVEL DE DESARROLLO PSICOLÓGICO, ASÍ COMO DE -- SUS NECESIDADES DENTALES.

6. TIENE QUE SER CAPAZ DE PRESENTAR EL PLAN DE TRATAMIENTO AL PADRE EN FORMA INTELIGIBLE Y PERSUASIVA PARA QUE COMPRENDA LA NECESIDAD DEL TRATAMIENTO PROPUESTO Y SE DISPONGA A ACEPTARLO.

ALGUNOS NIÑOS PASAN POR LA ENTREVISTA INICIAL Y EL EXAMEN SIN NINGUNA OBJECCIÓN SERÍA, PERO CUANDO SE INICIA LA PROFILAXIS O EL TRATAMIENTO SE OYE EL SIGUIENTE COMENTARIO: "ESA COSA NO -- ME GUSTA, (SEÑALANDO LA PIEZA DE MANO O LA FRESA) Y NO QUIERO -- QUE ME LA PONGA" O COMIENZA A RETORCERSE, RESISTIRSE O GRITAR. EN ESE MOMENTO DEBE HACERSE TODO LO POSIBLE DESPACIO Y CON CALMA PARA INDICAR AL NIÑO TODAS LAS RAZONES PARA EL PROCEDIMIENTO Y ADEMÁS QUE SE TOMARÁN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA COMPLETAR -- EL TRATAMIENTO CON LA MENOR INCOMODIDAD POSIBLES.

SI EL NIÑO PONE OBSTÁCULOS POR UN TIEMPO O DESATIENDE CUALQUIER ACERCAMIENTO O COMENTARIO DEL ODONTÓLOGO, SE CONVERSA ENTONCES CON EL PADRE PARA DETERMINAR EL PROCEDIMIENTO A SEGUIR.

PARTIENDO DE ÉSTO, SE PUEDE HABLAR DE ALGUNAS TÉCNICAS PARA EL MANEJO DEL NIÑO.

## LOS PADRES EN EL AREA DE TRABAJO

UNA ESCENA FRECUENTE DURANTE EL TRATAMIENTO ES UN NIÑO NO COOPERATIVO Y LLORÓN QUE NO CESA DE LLAMAR A SU MADRE. OTRO CASO ES CUANDO EL NIÑO ESTÁ MUY APEGADO A SU MADRE Y EN LA SALA -- DE ESPERA CREA UNA ESCENA AL SER SEPARADO DE ELLA PARA PASAR AL SILLÓN DENTAL. EN ESTE MOMENTO SURGE LA PREGUNTA AL DENTISTA -- SOBRE PASAR O NO A LA MADRE CON EL NIÑO. CON RESPECTO A ÉSTO -- EXISTEN DIVERSAS OPINIONES:

- UN GRUPO CREE QUE SI LA MADRE PASA CON EL NIÑO AL TRATAMIENT -- O, EL DENTISTA NO PODRÁ DEFINIR LOS LÍMITES DEL COMPORTAMIENTO



DEL NIÑO; LA MADRE PUEDE PROVOCAR LA DISTRACCIÓN DEL PACIENTE Y ÉSTE PRESTARLE MÁS ATENCIÓN QUE A LAS EXPLICACIONES Y ÓRDENES DEL DENTISTA.

ENTONCES SE UTILIZA LA LLAMADA "SEPARACIÓN DEL NIÑO DE LA MADRE" Y SE LE INFORMA QUE TODO SE HARÁ PARA AYUDARLO Y QUE, UNA VEZ TERMINADO EL TRATAMIENTO PODRÁ VOLVER CON SU MADRE A LA SALA DE RECEPCIÓN.

- OTRO GRUPO PIENSA QUE LA MADRE DÁ SEGURIDAD Y CONFIANZA A LOS NIÑOS PEQUEÑOS YA QUE ÉSTOS DEPENDEN DE ELLA; ES DECIR QUE SU PRESENCIA AYUDA A QUE EL PACIENTE COOPERE Y MANTENGA UNA ACTITUDPOSITIVA DURANTE EL TRATAMIENTO.

EN DIVERSOS ESTUDIOS REALIZADOS SE OBSERVÓ QUE LA PRESENCIA DE LA MADRE DURANTE EL TRATAMIENTO ERA BENÉFICA PARTICULARMENTE EN NIÑOS DE TRES A CINCO AÑOS DE EDAD, AUNQUE ÉSTO PUEDE VARIAR PARA DIFERENTES SITUACIONES.<sup>11</sup>

UNA SOLUCIÓN PUEDE SER EL HABLAR CON LOS PADRES Y EL NIÑO Y LLEGAR A UN ACUERDO YA SEA QUE ELLOS ESCOJAN EL ACOMPAÑAR O NO A SU HIJO DURANTE EL TRATAMIENTO.

SI LA DECISIÓN ES A FAVOR DE QUE LOS PADRES ACOMPAÑEN AL NIÑO, ÉSTOS NO DEBERÁN INTERFERIR CON EL TRABAJO DEL DENTISTA, NI DISTRAER LA COMUNICACIÓN DE ÉSTE CON EL PACIENTE. EL DIÁLOGO DEBE SER ESTRICTAMENTE ENTRE EL DENTISTA Y EL NIÑO; EL PADRE DEBE EVITAR HABLAR CON LOS AYUDANTES DURANTE LA OPERATORIA PUESTO QUE DISTRAE LA ATENCIÓN QUE DEBE SER TOTALMENTE DEL PACIENTE.

LOS PADRES DEBEN EVITAR EL DETENER LA MANO AL NIÑO Y AÚN EL TRATAR DE EXPLICARLE EL TRATAMIENTO; ASÍ COMO EL EXPRESAR SUS SENTIMIENTOS HACIA ALGÚN INSTRUMENTO O PROCEDIMIENTO YA QUE PUEDE SER TRANSMITIDO AL INFANTE AÚN CUANDO SOLAMENTE SE TRATE DE ALGUNA EXPRESIÓN FACIAL Ó MOVIMIENTO.

SI A PESAR DE LA PRESENCIA DE LOS PADRES, EL NIÑO NO COOPERA, SE LE ADVIERTE SERIAMENTE QUE SUS PADRES TENDRÁN QUE SALIR.

DE EFECTUARSE ÉSTO Y SE MANTIENE LA ACTITUD NEGATIVA DEL NIÑO, TENDRÁN QUE SER UTILIZADAS OTRAS TÉCNICAS PARA SU ADECUADO MANEJO.

## MANO SOBRE BOCA. (MSB)

UNA CONTROVERSIAS FRECUENTE ES LA TÉCNICA DE MANO SOBRE BOCA, HAY VECES QUE EL PACIENTE ESTÁ TAN POCO COOPERATIVO Y HACE RUIDOS TAN FUERTES, QUE NO PUEDE OIR NI ENTENDER LOS COMENTARIOS O INSTRUCCIONES DEL DENTISTA. LA MANO SOBRE BOCA ES UN MÉTODO QUE REDUCE EL RUIDO PARA QUE EL PACIENTE PUEDA OIR AL DENTISTA. ÉSTO PARA DEMOSTRAR AL PACIENTE QUE EL DENTISTA NO SERÁ INTIMIDADO Y QUE EL DENTISTA ES QUIEN TIENE EL CONTROL.

SI EL PACIENTE SE NIEGA A RESPONDER A COMENTARIOS AMABLES UTILIZANDO TODOS LOS MEDIOS NECESARIOS, ENTONCES COMO ÚLTIMO RECURSO SE USARÁ LA TÉCNICA DE MSB.

LA MANERA DE REALIZAR ESTA TÉCNICA ES DE LA SIGUIENTE FORMA:<sup>12</sup>

CUANDO EL PACIENTE SE ENCUENTRA GRITANDO Y VOCIFERANDO ALTAMENTE, LA MANO DEL DENTISTA ES PUESTA SOBRE LA BOCA DEL PACIENTE.

ENTONCES EL DENTISTA SE ACERCA AL OIDO DEL PACIENTE Y LE DICE "QUIERO HABLARTE PERO TÚ NO ME ESCUCHAS CUANDO TE COMPORTAS ASÍ".

CUANDO EL PACIENTE FINALMENTE SE CALMA, LA MANO ES RETIRADA; ESTE TRATAMIENTO POR LO GENERAL ES SUFICIENTE, AUNQUE ALGUNAS VECES, EL PACIENTE CONTINÚA GRITANDO, CUANDO ÉSTO SUCEDE, LA MANO SE DEBE DE VOLVER A COLOCAR SOBRE LA BOCA, Y EL DENTISTA LE DEBE DECIR CERCA DEL OIDO.; "YO PUEDO QUITARTE LA MANO SI TU QUIERES, LO QUE TIENES QUE HACER ES DEJAR DE HACER ESE ESCÁNDALO. CUANDO EL PACIENTE FINALMENTE SE CALLA, SE LE HACE UN ELOGIO Y CON VOZ FIRME SE LE EXPLICAN LOS PROCEDIMIENTOS A SEGUIR EN TÉRMINOS QUE ENTIENDA.

EL ODONTÓLOGO DEBE SER DUEÑO ABSOLUTO DE LA SITUACIÓN.

LAS IMPLICACIONES EMOCIONALES Y PSICOLÓGICAS SON EVIDENTES. ESTA TÉCNICA NO DEBERÁ SER LLEVADA A CABO DE UNA MANERA -

VIOLENTA O DE ENOJO; DEBERÁ SOLAMENTE SER HECHA CON UN NIÑO NORMAL Y CON RAZONES PODEROSAS. DEBE DE SER COMPRENDIDO QUE ÉSTO DEBERÁ SOLAMENTE SER HECHO CUANDO SEA NECESARIO Y TOMAR EN CUENTA QUE SERÁ USADO COMO UN ÚLTIMO RECURSO.

ESTO TIENE SU TIEMPO Y SU LUGAR, ÚNICAMENTE USARLO DESPUÉS DE OTROS MÉTODOS COMO EL CONTROL DE VOZ Y HABLARLE TRATANDO DE DAR FORMA AL COMPORTAMIENTO SIN QUE ÉSTOS HAYAN DADO RESULTADO. SERÁ MEJOR PARA EL NIÑO SER DESPEDIDO Y HACERLE REGRESAR OTRO DÍA CUANDO ESTÉ EN UN MEJOR ESTADO DE ÁNIMO.

### RESTRICCIONES FÍSICAS.

COMO EN EL CASO DE MANO SOBRE BOCA, LAS RESTRICCIONES FÍSICAS DEBERÁN SOLO SER USADAS COMO ÚLTIMO RECURSO. ÉLLAS DEBERÁN SER USADAS SÓLAMENTE CON EL NIÑO QUIEN ATRAVÉS DE UNA DESVENTAJA FÍSICA O MENTAL ESTÁ INCAPACITADO DE CONTROLAR SUS ACCIONES<sup>13</sup> PRIMERAMENTE PARA PREVENIR HERIDAS EN EL PACIENTE CUANDO ÉSTE - ESTÁ MUY INQUIETO EN EL SILLÓN.

### HIPNOSIS.

LA HIPNOSIS ES UN MÉTODO EFECTIVO PARA CONTROLAR LOS MIEDOS Y ANSIEDADES DENTALES DE UN NIÑO. ES UNA TÉCNICA POR LA CUAL EL PACIENTE LLEGA A ESTAR MÁS SUSCEPTIBLE A SUGERENCIAS YA QUE EL PACIENTE SE CONCENTRA EN UNA SOLA IDEA.<sup>14</sup>

LAS VENTAJAS DE LA HIPNOSIS SON QUE ÉL ESTÁ SEGURO QUE ES BARATO Y QUE PUEDE SER USADA EN CUALQUIER LUGAR Y A CUALQUIER HORA.

TIENE APLICACIONES DIRECTAS PARA EL DENTISTA PORQUE PUEDE SER USADA PARA ELIMINAR EL MIEDO,<sup>15</sup> INDUCIR RELAJAMIENTO, PRODUCE AMNESIA, ANALGESIA Y PREVIENE NAUSEAS Y VÓMITOS. LOS NIÑOS MAYORES DE CINCO AÑOS HAN MOSTRADO SER LOS MEJORES SUJETOS HIP-

NÓTICOS DEBIDO A SU VIVIDA IMAGINACIÓN, LA CUAL ES UNA PARTE INTEGRAL DE LA HIPNOSIS.

EL ESTADO HIPNÓTICO SE EMPIEZA POR UNA TÉCNICA DE INDUCCIÓN; ESTA ES UNA TÉCNICA QUE HACE AL PACIENTE CONCENTRARSE Y A FOCARSE EN UNA SOLA IDEA, DE ESE MODO SE LIMITA LA ENTRADA SENSORIAL A SÓLAMENTE LAS ORDENES DEL HIPNOTIZADOR, ESTO SE ACOMPAÑA DE TENER AL SUJETO YA SEA HACIÉNDOLE FIJAR LA VISTA EN UN OBJETO, RELAJARLO Y CERRARLE LOS OJOS VISUALIZANDO UNA ESCENA O INDICÁNDOLE AL PACIENTE QUE ESTARÁ MÁS Y MÁS RELAJADO COMO LLEGUEN SUS BRAZOS A ESTAR MÁS CERCANOS A SU CARA.

YA QUE EL PACIENTE ESTÁ MÁS RELAJADO Y EN UN ESTADO HIPNÓTICO, ESTE ESTADO PUEDE SER PROFUNDIZADO. UNA VEZ PROFUNDIZADO EL PACIENTE PODRÁ LLEVAR A CABO LAS TAREAS DESEADAS NECESARIAS POR EL DENTISTA.

UNA SUGESTIÓN POST-HIPNÓTICA ES GENERALMENTE DADA EN ESTE PUNTO. SÓLAMENTE SERÁ DADA UNA ORDEN QUE DEBERÁ SER LLEVADA A CABO EN EL ESTADO CONSCIENTE. ÉSTO ES PARTICULARMENTE IMPORTANTE SI EL DENTISTA QUIERE QUE EL NIÑO ESTÉ RELAJADO Y NO ANSIOSO EN LAS VISITAS DENTALES.

## MODELAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO

EL PROPÓSITO DE MODELAR EL COMPORTAMIENTO ES EL PREVENIR EL COMPORTAMIENTO NEGATIVO POR MEDIO DEL CONTROL Y LA CANALIZACIÓN DEL MIEDO Y LA ANSIEDAD.

EL MODELAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO DEBERÁ EMPEZAR PRIMERO CONQUE EL DENTISTA SEA HONESTO CON EL PACIENTE, ÉL NO DEBERÁ DEBERÁ DECIR, "ÉSTO NO TE VA A DOLER NI UN POQUITO" PARA UN PROCEDIMIENTO QUE PODRÁ CAUSAR DOLOR; DEBERÁ TRATAR AL NIÑO COMO SI FUERA MADURO.

LAS ESPECTATIVAS DEL DENTISTA JUGARÁN UNA PARTE IMPORTANTE EN EL MODELAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO. UN NIÑO SERÁ BUENO SI ES ESPERADO QUE LO SEA Y CUANDO LAS REGLAS SON EXPLICADAS. UN

EJEMPLO DE ÉSTO, ES CUANDO SE VA A APLICAR UNA INYECCIÓN Y EL PACIENTE LEVANTA LAS MANOS PARA QUITAR LAS MANOS DEL DENTISTA. EL DENTISTA DEBERÁ ENTONCES CALMADA Y FIRMEMENTE DECIR "NOSOTROS - NO PERMITIMOS QUE TUS MANOS LLEGUEN ARRIBA; SI TU NO SABES QUE HACER CON ELLAS, SIÉNTATE SOBRE ELLAS". LA ÚLTIMA META ES EL - MOSTRAR AL PACIENTE QUE ÉL PUEDE CONTROLAR SU PROPIA ANSIEDAD.

OTRA TÉCNICA ES LLAMADA "EL MÉTODO DE DECIR, MOSTRAR Y HACER". ESTA PUEDE SER APLICADA A CUALQUIER ASPECTO DEL DENTISTA DESDE SENTAR AL PACIENTE EN EL SILLÓN HASTA APLICARLE UNA INYECCIÓN. EL LLEVAR A CABO UNA PROFILAXIS ORAL SERÁ DADA COMO UN EJEMPLO.

LA PARTE DE DECIR SE HARÁ DICHIENDO: AHORA VAMOS A CEPILLAR TUS DIENTES CON UN CEPILLITO ELÉCTRICO; LA PARTE DE MOSTRAR SERÍA HECHA POR MEDIO DE CORRERLE EL CEPILLO SOBRE SUS UÑAS Y DECIRLE , HAZ DE CUENTA QUE ÉSTOS SON TUS DIENTES, NOSOTROS LOS LIMPIAREMOS DE ESTA MANERA E INCLUSIVE TE HARÁ COSQUILLITAS. EN ESTE MOMENTO EL NIVEL DE ANSIEDAD HABRÁ BAJADO Y LO QUE EN UN PRINCIPIO ERA UN OBJETO EXTRAÑO, LLEGARÁ A SER UN JUGUETE Y EL DENTISTA PODRÁ HACER LA PROFILAXIS.

OTRO CAMINO ES EL DEJAR OBSERVAR AL PEQUEÑO, UN PROCEDIMIENTO SIMPLE EN UN PACIENTE BIEN COMPORTADO Y MÁS GRANDE; ALGUNAS OTRAS VECES, EL DENTISTA DEBERÁ ELEGIR EL TENER A LA MADRE SENTADA EN EL SILLÓN, PRIMERO PARA QUE VEA EL ACTO DE LO QUE AL NIÑO LE ESPERA.

DURANTE TODAS LAS TÉCNICAS DE MODELADO EL DENTISTA NO DEBERÁ OLVIDAR LA IMPORTANCIA DEL ELOGIO. LA EXTINCIÓN DEL COMPORTAMIENTO NEGATIVO ES HECHA POR MEDIO DEL ELOGIO AL COMPORTAMIENTO POSITIVO. NO HAY NECESIDAD DE QUE SEA UNA ACCIÓN MAYOR; ESTA PUEDE SER TAN PEQUEÑA COMO QUE EL PACIENTE HABRA SU BOCA O MANTENGA SUS MANOS ABAJO.

## PREMEDICACION.

FRECUENTEMENTE UN NIÑO EXHIBIRÁ COMPORTAMIENTO NEGATIVO NO IMPORTANDO QUE ASEGURAMIENTO VERBAL SE LE DÉ, EN ESTE CASO LA - PREMEDICACIÓN ESTÁ INDICADA.

LA META DE LA PREMEDICACIÓN ES SOMETER LAS EMOCIONES SIN - LA PÉRDIDA DE LA ALERTA MENTAL<sup>16</sup>; POR LO QUE UNO NECESITA SELEC- CIONAR LA MÍNIMA DOSIS PARA PRODUCIR EL EFECTO DESEADO EN ORDEN PARA PREVENIR AL PACIENTE DE ESTAR LETÁRGICO UN DÍA ENTERO.

UNO DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS CON LA PREMEDICACIÓN ES - EL MOMENTO DE ESTABLECER LA DOSIS. UN MÉTODO DE DETERMINAR UNA DOSIS SEGURA ES LA REGLA DE AUGSBERGER QUE ES IGUAL A 0.7 - POR PESO EN LIBRAS MÁS 10, ÉSTO ES IGUAL AL PORCENTAJE DE LA DO SIS PARA EL ADULTO.

SIN EMBARGO UNA DOSIS SEGURA "NO SIGNIFICA" QUE SEA UNA DO SIS EFECTIVA. GENERALMENTE SE EMPIEZA CON UNA DOSIS, PERO SI - ESTA NO FUNCIONÓ, PUEDE SER INCREMENTADA CON LÍMITES NORMALES - HASTA QUE EL EFECTO DESEADO SEA NOTORIO.

LA PREMEDICACIÓN PUEDE SER USADA EN LA COOPERACIÓN TENSA, - DE MIEDO O DESAFIANTE.

LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN ORAL ES LA MÁS CONVENIENTE, YA -- QUE LA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR SÓLAMENTE INCREMENTARÁ LA ANSIEDAD YA PRESENTADA. SI EL MEDICAMENTO ES ADMINISTRADO POR LA BOCA O CON SUPOSITARIO, PUEDE SER DADO EN EL HOGAR POR LOS PADRES. CO- MO REGLA, UN RÉGIMEN EFECTIVO ES EL DAR LA DOSIS A LA HORA DE A- COSTARSE LA NOCHE ANTERIOR A LA VISITA Y ENTONCES LA MISMA DOSIS 45 MINUTOS ANTES DE LA VISITA; ÉSTO PERMITE UN ALTO NIVEL PRESEN TE EN LA CORRIENTE SANGUÍNEA PARA OBTENER EL EFECTO DESEADO.

LA PREMEDICACIÓN QUE SE DEBE USAR SERÁ LA CONSIDERADA LA -- MÁS COMÚN, TALES COMO: CLORHIDRATOS, HIDROXINAS, PROMETACINAS, - MEPERIDINA Y DIAZEPAN.

COMO CON CUALQUIER DROGA ES IMPORTANTE CONOCER LOS EFECTOS ADVERSOS AL ÍGUAL QUE LOS ATRIBUTOS POSITIVOS, LO QUE AYUDARÁ A LA SELECCIÓN ADECUADA DE LA PREMEDICACIÓN QUE SE ADAPTE A CADA PACIENTE.

## ANESTESIA GENERAL.

ES EL MÉTODO MÁS EFECTIVO PARA MENTENER EL CONTROL DEL COMPORTAMIENTO.<sup>17</sup> UNO NECESITA PONDERAR EL RIESGO DE LA ANESTESIA GENERAL Y EL TRAUMA DE UN HOSPITAL, LOS CUALES ESTÁN OPUESTOS EN RELACIÓN CON EL CUIDADO DENTAL NECESARIO.

LA ANESTESIA GENERAL ESTÁ INDICADA EN LOS SIGUIENTES CASOS:

1. PARA NIÑOS SEVERAMENTE RETRASADOS MENTALES.
2. CUANDO LA PREMEDICACIÓN FALLA.
3. CUANDO EXISTEN ALERGIAS A LOS ANESTÉSICOS LOCALES.
4. EN ALGUNOS PROBLEMAS SISTÉMICOS COMO LA HEMOFILIA.

EL ÉXITO DEL CONTROL DEL COMPORTAMIENTO DEPENDE DE LA PACIENCIA, CALMA, EMPATÍA Y ENTENDIMIENTO DEL PACIENTE DENTAL PEDIÁTRICO. UN ENTENDIMIENTO DEL CRECIMIENTO PSICOLÓGICO Y DESARROLLO ES NECESARIO PARA CONTROLAR NO SÓLAMENTE AL PACIENTE COOPERATIVO SINO AL INCONTROLABLE, DESAFIANTE, TÍMIDO Y TENSO.

UNO DE LOS MEJORES MÉTODOS PARA PREVENIR E INTERCEPTAR EL PROBLEMA DEL COMPORTAMIENTO ES POR MEDIO DE LA OBTENCIÓN DE UNA BASE DE DATOS ADECUADA. ÉSTO INCLUYE NO SÓLAMENTE EL HABLAR CON LA MADRE Y ENTENDER SUS MIEDOS, SINO TAMBIÉN EL NOTAR LA INTERACCIÓN ENTRE EL NIÑO Y LA MADRE.

HAY CONSIDERACIONES PRÁCTICAS PARA CUANDO SE MANEJA UN NIÑO, PALABRAS SIN LA ASOCIACIÓN A EMOCIONES DENTALES DEBEN DE SER ABOLIDAS TALES COMO "AGUJA" Y "DOLOR".

LAS EXPLICACIONES DEBERÁN SER A NIVEL DE ENTENDIMIENTO - DEL NIÑO. REFORZAMIENTO POSITIVO Y ELOGIOS DEBERÁN SER USADOS SIEMPRE QUE EL PACIENTE DÉ COMPORTAMIENTO POSITIVO. CUANDO ESTAS TÉCNICAS FALLEN, HAY OTRAS QUE PUEDEN SER USADAS COMO LA DE MANO SOBRE BOCA Y RESTRICCIONES FÍSICAS.

LA PREMEDICACIÓN PUEDE SER USADA COMO UN ADJUNTO PARA ALIVIAR LOS MIEDOS Y LA ANSIEDAD. LA ANESTESIA GENERAL DEBERÁ SER USADA PARA LOS PACIENTES CON LOS CUALES TODAS LAS ALTERNATIVAS HAYAN SIDO TERMINADAS.

EL ÉXITO PROPIO EN EL CONTROL DEL PACIENTE ES ESENCIAL, - ÉSTO PERMITE AL NIÑO DISFRUTAR LAS VISITAS DENTALES Y PREVENIR LA FOBIA YA QUE ÉL SEA UN ADULTO. SIN EMBARGO LO MÁS IMPORTANTE ES PROMOVER UN LAZO PARA LA PRÓXIMA VISITA DENTAL, ESTO ES CONTROL DEL DOLOR.



## VIII. CONCLUSIONES.

AL FINALIZAR ESTE ESTUDIO PODEMOS DARNOS CUENTA DE LA IMPORTANCIA QUE TIENE EL ODONTÓLOGO Y AÚN MÁS, EL ESPECIALISTA EN NIÑOS PARA CON EL TRATO DE ESTOS PACIENTES EN EL CONSULTORIO, UNO DE LOS ASPECTOS DE MAYOR IMPORTANCIA SOBRE EL CASO, ES EL PSICOLÓGICO. SI OCUPÁRAMOS EL LUGAR DE OTRAS PERSONAS SALIENDO DE NUESTRA POSICIÓN DE "DOCTORES", NOS PODEMOS DAR CUENTA DEL STRESS QUE CAUSA EL SIMPLE HECHO DE "IR AL DENTISTA", ESTANDO CONSCIENTES DE ÉSTO, PODEMOS HACER ALGUNAS MODIFICACIONES, O BIEN, DAR ÉNFASIS A ALGUNOS ASPECTOS, QUE A VECES SIN PARECERLO SON BÁSICOS PARA ENTABLAR UNA RELACIÓN DE CONFIANZA Y CALMA ENTRE EL PACIENTE Y EL DENTISTA.

EN LOS CAPÍTULOS ANTERIORES SE MENCIONAN ALGUNOS DE ESTOS ASPECTOS BÁSICOS, TALES COMO EL AMBIENTE, LA COMUNICACIÓN Y SOBRETUDO CONOCER LA ACTITUD QUE LOS DIFERENTES NIÑOS TOMAN ANTE UN CIERTO TRATAMIENTO; CONOCIÉNDOLOS Y MANEJÁNDOLOS ADECUADAMENTE, TENEMOS GANADO UN ALTO PORCENTAJE PARA EL ÉXITO EN NUESTRA PRÁCTICA PROFESIONAL, AUNADO A ESTO, EL BUEN DESARROLLO DE LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS DURANTE UN PERIODO DE ESTUDIO Y PRÁCTICA, JUNTO CON UN HONESTO Y HUMANO TRABAJO LOGRAREMOS LLEGAR A OBTENER UN ÓPTIMO TRABAJO.

DEBEMOS TOMAR EN CUENTA QUE MÉXICO CUENTA CON UNO DE LOS MÁS ALTOS ÍNDICES DE POBLACIÓN INFANTIL, DADO LO CUAL TRAE COMO CONSECUENCIA UNA ALTA INCIDENCIA DE ÉSTOS COMO PACIENTES, AÚN CON EL ODONTÓLOGO GENERAL; POR LO QUE DEBEMOS FOMENTAR UN TRATAMIENTO DE TIPO PREVENTIVO SIN LLEGAR A UNO RESTAURATIVO. ÉSTO LO PODREMOS LOGRAR DISMINUYENDO EL STRESS O "MIEDO" AL DENTISTA Y AUMENTANDO LA CONFIANZA. HACER QUE EL "IR AL DENTISTA" SEA AMENO Y A VECES HASTA "DIVERTIDO" ES UNA META QUE TODO DENTISTA

HA BUSCADO, DE LOGRARLO SE PUEDE SENTIR SATISFECHO.

HACER DE LA VISITA AL DENTISTA UN "HÁBITO" ES LA META DE - TODO PROFESIONISTA, PRIMERAMENTE SERÁ PARA LOGRAR EN EL PACIENTE UN GRADO ÓPTIMO DE SALUD BUCAL Y FINALMENTE, EL BUEN MANTENIMIENTO ORAL.

SE HAN EXPUESTO ALGUNAS TÉCNICAS SOBRE EL MANEJO DE LOS PACIENTES (ENFOCADA A NIÑOS) AUNQUE SE SABE QUE CADA CABEZA ES UN MUNDO Y CADA PACIENTE EN PARTICULAR ES UNA PERSONA A QUIEN HAY QUE TRATAR; PARTIENDO DE ESTO, HAY ALGUNAS CARACTERÍSTICAS ESTANDARES QUE SON TOMADAS EN CUENTA.

EL ODONTÓLOGO, MÁS AÚN EL ODONTOPIEDATRA DEBE TENER UN GRAN CRITERIO PARA DETERMINAR A QUE TIPO DE PACIENTE ES EL QUE TRATA, O BIEN, QUE ACTITUDES O RESPUESTAS DEBE TENER PARA CON ÉL. ESTO VA DIRIGIDO AL HECHO DE QUE LOS NIÑOS SON NIÑOS Y DEBEN TOMARSE COMO TALES.

EL NIÑO ES UNA PERSONA CON UN CARÁCTER NO DEFINIDO Y POR ESTO MISMO NO SE LE PUEDE O DEBE CONSIDERAR DENTRO DE UN GRUPO U OTRO Y MANEJARSE ÚNICAMENTE COMO INTEGRANTE DEL MISMO, DEBE EXISTIR UNA ALTA FLEXIBILIDAD O VARIABILIDAD EN SU TRATO, YA QUE COMO MENCIONAMOS ANTERIORMENTE "PODEMOS CAMBIAR A LA GENTE, PERÒ NO MUCHO" Y ESTO SE ASENTÚA EN LOS NIÑOS QUE POR SU MISMA INESTABILIDAD SE LE PUEDE TOMAR UN DÍA COMO UN NIÑO CONSENTIDO, OTRO COMO BERRINCHUDO, OTRO COOPERATIVO ETC., SIENDO QUE ES UN NIÑO NORMAL Y QUE SUS CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO SON DEBIDOS BÁSICAMENTE AL ESTADO DE ÁNIMO DE ESE DÍA, SI ESTÁ UN POCO ENFERMO, CANSADO O BIEN, INDISPUESTO.

TOMANDO EN CUENTA LO ANTERIOR, PODEMOS DECIR QUE LO RECOPI LADO EN ESTE ESCRITO PUEDE SER UNA GUÍA SOBRE EL TRATO CON LOS NIÑOS, MÁS NO ES UNA REGLA O LEY, ÚNICAMENTE PORQUE ESTAMOS TRATANDO CON "NIÑOS".

## IX. BIBLIOGRAFIA.

1. LOUIS W. RIPA , JAMES T. BARENIE.  
"MANAGEMENT OF DENTAL BEHAVIOR IN CHILDREN"  
PSG PUBLISHING COMPANY, INC. 1979.
2. ALVIN L. MORRIS , HARRY M. BOHANNAN.  
"LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA PRÁCTICA GENERAL"  
ED. LABOR S.A. 1980.
3. HANNELEORE T. LOEVY.  
"DENTAL MANAGEMENT OF THE CHILD PATIENT"  
QUINTESSENCE PUBLISHING CO. INC. 1981. USA.
4. GEORGE E. WHITE.  
"CLINICAL ORAL PEDIATRICS"  
"QUINTESSENCE PUBLISHING CO. INC. 1981.
5. RAYMOND L. BRAHAM , MERLE E. MORRIS.  
"TEXTBOOK OF PEDIATRIC DENTISTRY"  
THE WILLIAMS AND WILKINS COMPANY. USA.
6. WOLKING W.D.  
"MANAGING THE FEARFULL CHILD"  
FIA. DENT. J 34: 40, NOV. 1963.
7. CHAMBERS, D.W.  
"MANAGING THE ANXIETIES OF YOUNG DENTAL PATIENTS."  
J.DENT. CHILD 37: 363-367, 370-373, 1970.
8. MURPHY, L.B.  
"LEARNING HOW CHILDREN COPE WITH PROBLEMS"  
CHILDREN 4: 132-136. 1957.

9. LEWIS H.W.  
"THE UNCONSCIOUS CASTRATIVE SIGNIFICANCE OF TOOTH EXTRACTION" J.DENT CHILD 24: 3-16, 1957.
10. CROXTON W.L.  
"CHILD BEHAVIOR AND DENTAL EXPERIENCE"  
J. DENT. CHILD 34: 212 JULY 1967.
11. FRANKL, S.N. , SHIERE, F.R. , FOGELS, H.R.  
"SHOULD THE PARENT REMAIN WITH THE CHILD IN THE DENTAL OPERATORY" J.DENT. CHILD 29: 150, 1962.
12. LEVITAS, T.C.  
"HOME-HAND OVER MOUTH EXERCISE"  
J.DENT. CHILD MAY- JUN 1974.
13. MARKEY O.P.  
"ORTHOPSYCHIATRY: IS PART IN PREVENTION OF CHILDHOOD DISTRESS" J.DENT. CHILD 1954.
14. ERICKSON.  
"THE PRACTICAL APPLICATION OF MEDICAL AND DENTAL HYPNOSIS"  
N.Y.: THE JULIEN PRESS, 1961.
15. KISBY, L.  
"THE USE OF HYPNOSIS ON THE ANXIOUS PEDIATRIC DENTAL PATIENT" J.PEDODONTICS, SUMMER 1977.
16. STEWARD, J.G.  
"ROUTINE PREOPERATIVE MEDICATION IN DENTISTRY FOR CHILDREN"  
J. DENT CHILD, 30: 41, 1969.
17. ALBUM, M.M.  
"PAIN AND PATIENT CONTROL METHODS IN PEDODONTICS"  
J.D. CHILD , 1961.

18. McDERMOTT, J.F.  
"JR.: UNDERSTANDING THE NATURE OF CHILDREN'S REACTIONS TO  
THE DENTAL EXPERIENCE", J. DENT. CHILD, 1963.
19. KLEIN, H.  
"PSYCHOLOGICAL EFFECTS OF DENTAL PRACTICE"  
N.Y. STATE DENT. J. 1953.
20. FADDEN, L.E.  
"WHAT THE CHILD THINKS OF DENTAL PRACTICE"  
N.Y. STATE DENT. J. 1953.
21. ELSBACH, H.G.  
"CRYING AS A DIAGNOSTIC TOOL"  
J. DENT CHILD , 1963.
22. JOHNSON R. AND BALDWIN D.  
"RELATIONSHIP OF MATERNAL ANXIETY TO THE BEHAVIOR OF YOUNG  
CHILDREN UNDERGOING DENTAL EXTRACTION" J.DENT, 1968.
23. WRIGHT, G.Z. , ALPERN, G.D.  
"VARIABLES INFLUENCING CHILDREN'S COOPERATIVE BEHAVIOR"  
J.DENT CHILD, 1971.
24. KOENIGSBERG, S.R. , JOHNSON, R.  
"CHILD BEHAVIOR DURING THREE DENTAL VISITS"  
J. DENT CHILD, 1975.
25. KASSOWITZ, K.E.  
"PSYCHODYNAMIC REACTION OF CHILDREN TO THE USE OF HYPODERMIC  
NEEDLES" AM J DENT CHILD, 1958.
26. TRIEGER, N. , BERNSTEIN N.R.  
"GOOD CHILD, BAD TOOTH: MANAGEMENT OF THE FEAR OF TOOTH EX-  
TRACTION IN CHILDREN ORAL SURG" 1963.