

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



ASPECTOS PSICOLOGICOS APLICADOS
A LA CLINICA INFANTIL

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A
MARIA JOSE MEDINA LLANOS

MEXICO, D. F.

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ASPECTOS PSICOLOGICOS
APLICADOS A LA CLINICA INFANTIL

PROLOGO

Pag.

CAPITULO I

Los Padres

A. Educación de los padres desde el punto de vista odontológico	3
B. Comportamiento de los padres en el consultorio dental	12

CAPITULO II

Conceptos Psicológicos Básicos

A. Psicología del desarrollo	16
B. Desarrollo evolutivo del niño	19
C. Reacciones de las experiencias odontológicas .	37
D. Ilustración psicológica de la dentadura en los niños	37
E. El miedo como factor que influye en la conducta del niño	40

CAPITULO III

Problemas Específicos de cada Grupo Cronológico.

A. El paciente niño	46
B. El niño sociable	47
C. El niño muy activo	48
D. El niño angustiado y retraído	50
E. Otras conductas infantiles	52

CAPITULO IV

Técnica para la Aplicación de la Psicología a la Atención del Paciente

A. Tranquilización	55
B. Estructuración	57
C. Reflexión de sentimientos	57
D. Otras técnicas verbales	58
E. El paciente problema	60

CAPITULO V

Características Ambientales del Consultorio

A. La decoración	62
B. La música	72

CAPITULO VI

Preparación del Ayudante Dental para el Trato con el Paciente

A. Contacto personal de la ayudante con la madre y el niño	74
B. Relación con el niño mientras el dentista realiza el tratamiento	77
C. Retorno del niño a la sala de recepción después del tratamiento	78

CAPITULO VII

Actitud del Odontólogo

A. La conversación	81
B. Recompensa y soborno	88
CONCLUSIONES	90
BIBLIOGRAFIA	91

P R O L O G O

Es sabido por todos que en las ramas médicas existen infinidad de manifestaciones, pero tal vez la más importante sea la relación Médico-Paciente.

Comprendo así la necesidad de un acercamiento más humano, para lo cual la psicología es esencial. Por - ello, creo indispensable que el Cirujano Dentista deba contar entre sus conocimientos con el de la psicología, con objeto de crear una verdadera relación Médico-Pa- ciente.

Si bien son importantes los aspectos psicológicos para el odontólogo general, para el odontopediatra son, como puede comprenderse, los recursos indispensables de que debe valerse al atender a sus pacientes.

Los niños por su corta edad y escaso vocabulario son, en su mayoría, incapaces de comunicarse debidamente, esto unido a la imposibilidad que tienen de comprender la importancia de una salud oral y despreocupados de los convencionalismos sociales que los hace mostrar abiertamente su miedo, nos afirma más en lo expuesto - anteriormente.

Existen otros factores adversos en la relación del odontopediatra y el niño, como paciente. Tal vez el más relevante sea el temor infundido al niño por sus padres y amigos, los cuales predisponen al menor a una experiencia dolorosa.

Tomando en cuenta lo dicho anteriormente, el objetivo principal de mi trabajo de investigación es demostrar la importancia de los factores psicológicos en la odontopediatría. El profesional debe conocerlos y manejarlos con el paciente. Por otro lado, es sumamente necesario tener bien informados a los padres, respecto de la materia, pues ellos serán la fuente más importante y más constante para que el pequeño paciente adquiera los conocimientos debidamente.

CAPITULO I

Los Padres.

A. Educación de los padres desde el punto de vista odontológico.

Es evidente que la forma en que los padres educan a sus hijos tiene un efecto definitivo sobre la conducta de éstos - en la vida cotidiana, tanto en su casa como fuera de ella. - Sin duda alguna, las influencias más poderosas de los padres, en la educación de los hijos, se presentan en el modelo de - las conductas sociales, en el interés por los actos intelectuales y en la parte afectiva en la vida del niño.

Uno de los ajustes que tienen que hacer todos los niños es - desarrollar un modelo de comportamiento que sea aceptable so - cialmente y que satisfaga sus necesidades emocionales y fisi - cas. Los cuidados dentales son una de sus necesidades fisi - cas. El que los niños acepten el tratamiento dental de buen grado o lo rechacen totalmente dependerá de la manera en - que han sido condicionados. El condicionamiento emocional - de los niños hacia la odontología al igual que las otras - experiencias que forman la niñez, se forman primordialmente en casa y bajo la guía paterna.

Para que el odontólogo pueda realizar trabajos dentales sa - tisfactorios en sus pacientes infantiles, es necesario con - tar con la total cooperación de éstos. Sólo podrá obtenerse

esta cooperación si el odontólogo comprende el tipo emocional del niño y de sus padres. Si no se comprende esto, resultará difícil manejar al niño.

El odontólogo tiene que reconocer que está vinculado emocionalmente a los padres y para manejarlos con éxito es fundamental estar consciente de los factores psicológicos y sociológicos que han formado sus actitudes y modelos de comportamiento hacia el odontólogo.

El manejo adecuado de los niños en el consultorio dental es responsabilidad del odontólogo y la debe asumir sin vacilaciones, si quiere cumplir con la obligación que tiene hacia sus pacientes y hacia su profesión. Está claro también que condicionar a los niños hacia el odontólogo y hacia los servicios dentales en general, es responsabilidad de los padres quienes deben asumir esta obligación como uno de los deberes paternos.

Si los niños llegan al consultorio por primera vez sintiendo miedo y sin espíritu de cooperación, podemos suponer que la falla está en el condicionamiento que les han dado los padres; aunque les corresponde a los padres inculcar a sus hijos actitudes convenientes para la visita al odontólogo, éste puede ayudar asegurándose de que los padres estén correctamente informados sobre los fundamentos de psicología infantil. El -

odontólogo asumirá su obligación como parte sistemática de su práctica profesional. Si queremos tener buenos pacientes infantiles, primero tendremos que educar a los padres ya que ellos son el mejor recurso de que nos podemos valer. El odontólogo que no lo haga así estará desperdiciando los mejores medios a su disposición para el manejo de los pequeños pacientes.

Antes de que el odontólogo esté en posición de aconsejar a los padres sobre la adecuada preparación psicológica de sus hijos, tiene que comprender él mismo, los problemas que intervienen en todo el proceso; comprender la naturaleza del miedo, estar consciente de cómo pueden modificar los tipos de comportamiento del hijo, las actitudes de los padres, tener diplomacia y tacto para transmitir la información a los padres de manera profesional y adecuada.

El odontólogo puede aconsejar a los padres clara e inteligentemente, de esta manera, ellos lo aceptarán de buena gana en la mayoría de los casos.

Si el odontólogo va a ser un miembro de la profesión de la cual estamos hablando y relacionada con la salud, es necesario que sea competente para discutir problemas relacionados con su campo de acción. Los padres siempre quieren lo mejor de la vida para sus hijos y evitarles problemas, por ello -

estarán bien dispuestos a ayudar al odontólogo en la forma que éste les indique.

El odontólogo y el médico pediatra deben ser igualmente competentes al ofrecer consejos sobre el comportamiento que debe pedírsele al niño. Es él quien atenderá al menor cuando llega para su tratamiento odontológico, bajo fuertes presiones emocionales, sin embargo, son pocos los odontólogos que se preocupan o que estén conscientes de lo importantes que son los consejos que se deben dar a los padres, sobre la preparación de sus hijos, para que lleguen al odontólogo con seguridad y sin miedo.

Los padres a su vez transmitirán estos conocimientos a sus hijos y esto redundará en un gran beneficio lo mismo para los niños que para el profesional.

La ansiedad que experimentamos en la madurez se origina en la infancia. En los adultos los miedos y ansiedades tienen mayor duración y se encuentran generalmente latentes y escondidos. Es por ello que existen grandes fobias hacia la odontología las cuales pueden reducirse si empezamos el debido tratamiento psicológico desde que nuestros pacientes son pequeños.

En estos momentos, es raro encontrar una madre que lleve a -

su hijo al consultorio dental sin aprensión o desconfianza al tratamiento. Esto generalmente se debe a la falta de educación e información de los padres.

Para ello el odontólogo educará a los padres sobre el tema, con objeto de que ellos se aseguren de que su hijo no llegue al consultorio con miedo.

Será de gran consuelo para los padres saber que no será necesario tomar medidas extremas de disciplina con sus hijos y que el niño participará gustoso en la nueva experiencia.

La madre se tornará más entusiasta sobre el bienestar dental del niño y acudirá con él al odontólogo antes de que sus problemas sean graves. De esta manera existirá una relación más satisfactoria entre el médico y la familia.

El hecho de informar a los padres sobre ciertas reglas sencillas que deben seguirse antes de traer al niño al odontólogo por primera vez, será de gran ayuda para ellos y para su hijo. La gufa de los padres sobre el tratamiento dental empezará, de preferencia, antes de que el niño tenga edad suficiente para ser impresionado adversamente por influencias externas.

Se puede facilitar esta gufa con los siguientes consejos:

1. Pida a los padres que no expresen sus miedos personales frente a sus hijos. La causa primaria del miedo en los menores es el oír a sus padres quejarse de sus experiencias personales desagradables, con el odontólogo. Pueden evitar el miedo explicando de manera sencilla a sus hijos, y sin darle mucha importancia, qué es odontología y lo amable que será con ellos el médico.

A los padres que aun temen los servicios dentales se les puede hablar de la anestesia moderna y de las técnicas operatorias tan perfeccionadas que existen en este momento, para la mejor comprensión de lo que será el manejo del niño. No hay necesidad de que el niño tema al tratamiento dental puesto que los avances enormes que ha habido, dan alivio al dolor odontológico, completamente.

El padre que educa a su hijo para que sea receptivo al tratamiento dental encontrará satisfacción ya que el niño apreciará más la odontología. Generalmente, se encuentran dificultades cuando los padres u otras personas han inculcado temores profundos en el niño. Los padres deben ocultar sentimientos negativos y ansiedad hacia la odontología especialmente si su hijo se encuentra presente cuando el médico atiende a los padres, y no hacer expresiones faciales que demuestren dolor.

2. Instruir a los padres para que nunca utilicen la odontología como amenaza o castigo. En la mente del niño se asociará el castigo con el dolor y con cosas desagradables.

¿Cuántas veces hemos escuchado estas amenazas? ¡Si te portas mal te voy a llevar al dentista para que te pique con una agujota! ¡Si no te lavas los dientes te los va a sacar el dentista con unas pinzotas y te va a doler mucho!

En fin, son muchas las amenazas que se hacen en relación al dentista y eso crea desconfianza en el pequeño.

3. Pida a los padres que familiaricen a su hijo con el odontólogo llevándolo al consultorio de éste, para que se acostumbre al mismo y para que empiece a conocerlo.

El médico cooperará plenamente, saludando al niño con cordialidad y llevándolo a recorrer el consultorio, explicándole todo el equipo en forma sencilla, haciéndole demostraciones con ese equipo, puede hacerle un pequeño regalo al final del recorrido. Esto hará que el niño se sienta que tiene un amigo en el médico y que conoció algo diferente e interesante. Se recomienda que en la primera visita el niño no tenga ningún tratamiento sino só-

lo sea como una charla o una visita social, a menos - que amerite un tratamiento urgente por causa de dolor.

4. Explique a los padres que si se muestra valor en asuntos odontológicos ayudará a dar valor a su hijo. Existe una correlación entre los temores de los niños y los de sus padres.
5. Aconseje a los padres sobre el ambiente en casa y la importancia de las actitudes moderadas por su parte, para llegar a formar niños bien centrados. Un niño bien centrado es, generalmente, un paciente dental bueno.
6. Recalque el valor de obtener servicios dentales regulares, no tan sólo para preservar la dentadura, sino para formar buenos pacientes. Desde el punto de vista psicológico el peor momento para traer a un niño al consultorio es cuando sufre un dolor de dientes.
7. Pida a los padres que no obliguen a sus hijos a que vayan al odontólogo. Este método significa para el niño, que puede tener que enfrentarse con algún peligro.
8. Debe instruirse a los padres para que nunca traten de vencer el temor de sus hijos, al tratamiento, haciéndoles burla o ridiculizándolos, a ellos o a los servicios

dentales. En el mejor de los casos tan sólo creará en ellos resentimientos hacia el odontólogo y dificultará los esfuerzos de los padres por lograr su propósito.

9. Los padres deberán estar informados de la necesidad que existe de combatir todas las impresiones perjudiciales sobre el odontólogo que puedan llegar de fuera.
10. El padre no debe prometer al niño lo que va a hacerse o no, en el consultorio dental. El odontólogo no será colocado en una situación comprometida, la cual limite sus actos en el momento de realizar un tratamiento dental adecuado, en un niño. Tampoco prometerán los padres, a su hijo, que el odontólogo no les va a hacer daño. Las mentiras sólo causan decepción y desconfianza futura y por otro lado el niño estará escuchando la palabra "daño", que se le quedará grabada.
11. Varios días antes de la cita debe instruirse a los padres para que comuniquen al niño, de manera natural, que han sido invitados a visitar al odontólogo. Los padres nunca forzarán las cosas ni mostrarán al niño exceso de simpatía, miedo o desconfianza.
12. Los padres tienen que encomendar al niño a los cuidados del odontólogo, al llegar al consultorio y no entrar a

la sala de tratamiento, a menos que el odontólogo así lo especifique. Cuando lleguen a la sala de tratamiento actuarán sólo como espectadores invitados.

Espero que lo anteriormente mencionado sea de utilidad para el odontopediatra, en la orientación de los padres.

B. Comportamiento de los padres en el consultorio dental.

No se puede terminar un capítulo sobre la responsabilidad de los padres en el manejo del niño, sin decir unas palabras sobre el comportamiento de los padres en el consultorio.

La actitud de los padres hacia los hijos en el consultorio se manifiesta de diferentes maneras, las más comunes son:

Sobreprotección

Castigos y Amenazas

Chantaje

Estas son las más comunes aunque se podrían mencionar algunas otras de menor importancia.

Añadiré que de acuerdo con los parámetros de Leo Canel, psiquiatra infantil, para ejercer la autoridad del adulto hacia el niño, con control y con objeto de que el menor adquiriera iniciativa, independencia y desarrolle al máximo sus aptitudes, hay que saber que detrás de cada acto reprimido con du-

reza, se halla la frustración y la violencia.

Si existe control de la conducta con afecto pero con mucha rigidez, en el pequeño habrá sumisión, dependencia y docilidad.

Si al niño se le da afecto con una actitud elástica pero con interés genuino, se desarrollarán espontáneamente, la iniciativa, la creatividad y la agresividad bien encauzada.

Si la autoridad es irracional y con control excesivo, tendremos niños neuróticos, con temores nocturnos y serán temperamentales.

Cuando la conducta del adulto es agresiva y sin interés de ninguna clase para el pequeño, los resultados son catastróficos, tendrá actitudes antisociales, problemas de delincuencia juvenil e infantil, etc.

No hay que olvidar que las actitudes inconsistentes propician inseguridad e infravaloración en el niño y hay que tener presente siempre que tendremos niños sanos si nuestras actitudes hacia ellos son consistentes y afectuosas.

Se debe hacer que los padres comprendan que una vez en el consultorio, es el odontólogo quien sabe mejor que nadie la

manera de preparar emocionalmente al niño, para el tratamiento. Los padres deberán tener confianza total en el médico y dejar a sus hijos al entero cuidado de éste. Cuando el niño es llevado a la sala de tratamiento, los padres no reflejarán sus emociones para no inquietar al infante, a menos que el odontólogo lo requiera.

Algunos niños en edad escolar se comportan mejor en ausencia de sus padres, especialmente si el trato de éstos ha sido defectuoso. Sin embargo, hay casos en que la sola presencia de los padres influye en el buen comportamiento del niño, especialmente si tiene menos de cuatro años de edad.

Si se invita al padre de un niño mayor para que pase a la sala de tratamiento, deberá desempeñar el papel de un huésped pasivo y permanecer de pie o sentado, alejado de la unidad dental, no hablará al odontólogo ni al niño a menos que aquel se lo pida, ni tomará al pequeño de la mano o le mirará con simpatía o expresión asustada y compasiva. No hay que trastornar el éxito del manejo de un niño, con una madre que está transmitiendo información falsa o comunicando su compasión. Esta transmisión de obediencias llevará al menor a desconfiar del odontólogo o creará temor hacia los procedimientos dentales.

CAPITULO II

Conceptos Psicológicos Básicos.

Se requiere que el odontólogo tenga conocimientos básicos de psicología para poder comprender mejor los problemas de sus pacientes y que sepa organizar su consultorio en forma racional y ordenada, para que su trabajo rinda un mayor provecho en beneficio de sus pacientes y del suyo propio.

La educación dental se ha orientado, generalmente, hacia la técnica. Esto es necesario si se quiere llegar a tener destreza manual, tan importante en la odontología práctica. Pero al iniciar su actividad profesional, la mayoría de los odontólogos, se dan cuenta de la necesidad de comprender los múltiples aspectos de la relación entre odontólogo y paciente, que ha de permitir el máximo éxito en el tratamiento dental.

La creciente noción de la necesidad de comprender mejor a sus pacientes ha impulsado a los odontólogos a investigar no sólo técnicas para su mejor asistencia dental sino además información encaminada a conseguir esa mejor relación con el paciente. Aun la mejor preparación científica y práctica puede ser inoperante sin el concurso de múltiples y diversos factores que el odontólogo debe conocer y resolver, como son las reacciones psicológicas del paciente ante la perspectiva de

un tratamiento dental, la manera de atender a éste desde su primera visita, la conducta durante la cual el paciente puede ganar o perder la confianza en su odontólogo. La formulación del tratamiento indicado y muchas otras cuestiones que se plantean a diario en la consulta odontológica. De ahí que el odontólogo deba poseer necesariamente algunos conocimientos de psicología infantil, o dicho simplemente, conocer algo sobre el comportamiento infantil, para en esta forma ser capaz de aplicar debidamente los conocimientos específicos de su profesión.

Todos nosotros poseemos algunas premisas con respecto a la conducta humana, aun sin estudiar psicología. Construimos estas premisas por nuestros contactos con otras personas, en algunos casos estas premisas son válidas pero en otros no tienen valor y con frecuencia son resultado de nuestra limitada experiencia individual.

La psicología nos ayuda a corregir algunas de nuestras experiencias equivocadas y no válidas, nos provee de una base objetiva para comprendernos a nosotros mismos y comprender a los demás, como se explica en las siguientes líneas.

A. Psicología del Desarrollo.

No entra en mi propósito tratar de resolver aquí los problemas de psicología o las cuestiones más complicadas, ni exami-

narlos a fondo, lo que quiero es sugerir que el estudio del desarrollo de los niños nos conducirá acaso, a formular ideas estimulantes y tentadoras en varios campos de la Psicología Humana. El estudio del desarrollo psicológico en la infancia puede convertirse y de hecho se está convirtiendo, en un instrumento básico para modelar teorías dentro del ámbito general de la psicología.

La psicología del desarrollo es actualmente la corriente principal de la psicología, ya que representa un método para comprender a los niños a través de la descripción y la explicación de los cambios psicológicos que experimentan los mismos, en el transcurso del tiempo y se basa esencialmente en los conocimientos de los dominios del aprendizaje, la percepción, la motivación, la personalidad y la psicología social.

Desafortunadamente, describir únicamente conductas internas o externas, en relación con los sentimientos, pensamientos o acciones, no equivale realmente a comprenderlos.

Para comprender psicológicamente a un niño no basta, en efecto, describir cómo es. Se necesita saber, así mismo, cómo y por qué llegó a ser como es y comprender cómo ha cambiado.

El objetivo de la psicología del desarrollo consiste en estudiar a los niños a través de una sólida comprensión teórica del amplio margen de procesos del desarrollo humano que pro-

ducen cambios cuantitativos.

El cambio cuantitativo es una modificación en la cantidad de frecuencias, por ejemplo, a través de su vida el niño advierte más y más palabras y las dice con mayor frecuencia que anteriormente, en cambio la diferencia que va entre el balbuceo y el decir: "por favor quiero lavarme los dientes", constituye un cambio cualitativo, esto es, un cambio de calidad, más bien que de cantidad. Independientemente de la relación precisa entre el balbucear y el hablar, la diferencia entre uno y otro es indudablemente de carácter cuantitativo. El niño ha pasado del balbuceo al habla, a pedir a alguien lo que desea. Se dice que se ha producido un cambio psicológico cuantitativo cuando pueden apreciarse nuevas formas de conducta, indicadoras a menudo, de nuevas capacidades o aptitudes.

El dominio del lenguaje y de su uso como instrumento, forma parte de un complicado proceso de aprendizaje. Esto ayuda a producir la capacidad de dirigir uno mismo su propia conducta.

El niño obtiene así mismo, grandes repertorios de conducta social a través de la imitación. Ello forma parte del proceso de aprendizaje por observación; la mayoría de los procesos psicológicos como: percepción y aprender a pensar, van

acompañados y están influenciados por acciones emocionales frente a la gente y las cosas con las que el niño se encuentra. El niño experimenta estimulación, alegría, dolor, angustia, enojo y otros sentimientos. Estas emociones influyen sobre aquello que hace.

En los puntos de vista y generalidades que se acaban de mencionar se han hecho aportaciones importantes a la comprensión de los niños. En algunos puntos estas posiciones coinciden, mientras que en otras divergen. Sin embargo, ninguno de ellos pueden proporcionar todos los principios explicativos que se necesitan, ni existe tampoco teoría general exhaustiva alguna acerca del desarrollo infantil. La ciencia de la psicología del desarrollo tiene todavía una gran tarea ante sí.

B. Desarrollo Evolutivo del Niño.

La conducta de un individuo está dada por tres factores principales que son: la herencia, que se define como la totalidad de factores biológicamente transmitidos que influyen en la estructura total del individuo.

También estará regida por el ambiente en el que se desenvuelva el individuo. Estos dos estarán ayudados por el aprendizaje.

- Herencia y maduración.

Desde que el niño nace, el aprendizaje comienza a desempeñar un papel cada vez más importante en el establecimiento de nuevas pautas de conducta. La herencia sin embargo, no deja de afectar.

La potencialidad hereditaria de una sucesión particular de etapas del desarrollo y de muchas clases de conductas características de la especie, siguen desarrollándose durante meses e incluso años. Este proceso, en virtud del cual la herencia sigue funcionando después del nacimiento, recibe el nombre de maduración.

- Ambiente y aprendizaje.

La mayoría de las pautas de conducta, por supuesto, dependen del aprendizaje, lo mismo que de un determinado nivel de maduración.

Hasta que las estructuras nerviosas y musculares no estén suficientemente maduras, por más enseñanzas que se le den a un niño, éste no aprenderá a leer, sin embargo, aun cuando las estructuras estén listas, ningún niño aprenderá a leer sin aprendizaje.

Además de dar las condiciones necesarias para la vida y

el crecimiento, el ambiente influye en el desarrollo de la conducta, de dos maneras:

- 1.- Suministrando estímulos que den lugar a pautas de respuestas preparadas por la maduración.
2. Presentando situaciones que requieran del aprendizaje de nuevas respuestas o de cambios de las antiguas.

El ambiente de cada individuo a través de sus pautas sociales y de los recursos que éstas proporcionan o no, - determina que pautas de conducta tendrá que aprender ese individuo, necesariamente.

Desde el punto de vista anatómico y fisiológico, el problema del desarrollo de la conducta es un problema de - madurez del sistema nervioso. Resulta muy difícil separar aquí la madurez anatómica del mismo, de la que deriva del aprendizaje.

Los estudios anatómicos muestran que ciertas fases importantes del sistema nervioso central no están completamente mielinizadas hasta el final del primer año de vida. Por esta razón decimos que éste no entra en función al nacer, por otra parte la mayoría de los reflejos, aun en el feto, están completamente desarrollados al tercer o cuarto mes de vida intrauterina, más o menos.

También sabemos que las fibras nerviosas sin mielina - pueden funcionar como las que sí la poseen.

Por lo tanto, gran parte de la falta de madurez funcional del sistema nervioso central al nacer, puede deberse a la falta del aprendizaje más que a una falta de madurez anatómica.

Sin embargo, en el primer año aumenta muy de prisa el peso del cerebro del niño, dicho aumento es algo menor en el segundo año de vida en el cual el cerebro alcanza proporciones similares a las de la vida adulta. Este hecho debe relacionarse con el cierre de los frontales y las suturas del cráneo, que impide que siga creciendo después del segundo año.

	12		anda solo
	11		se pone de pie solo
	10		anda con ayuda
	9		se levanta
	8		coge los objetos con las manos
	7		gatea
Edad en meses	6		se sienta brevemente
	5		gira
	4		controla las manos
	3		controla la cabeza
	2		vocaliza
	1		sonríe
	0		nana
	nacimiento	-	

A la edad de un año y medio, el niño desarrolla una actividad, que es la curiosidad extrema por conocer todos los rincones de su casa, las puertas, los armarios, los cajones

nes, etc.

Dos años.

Está dejando de ser un bebé, puede correr sin peligro - de caerse, articula frases de dos palabras e incluso - oraciones de tres o cuatro palabras, le emociona sobremanera aprender nuevas palabras, las cuales utiliza repetidamente como una novedad, el día que las introduce a su nuevo lenguaje.

Generalmente no dura mucho tiempo jugando con un mismo juguete, le gusta cambiar constantemente de actividad. A los dos años y medio el niño se opone a que se le interrumpa en sus juegos.

Tiene perfectamente definido el sentido de propiedad defendiendo así sus juguetes si otros niños los quieren - coger, mordiéndolos, empujándolos o dándoles puntapiés y hasta golpeándolos. Lo cual nos hace pensar en lo que dice Darwin: "Todo aquel que ha debido tratar a menudo con un niño de corta edad, habrá visto cuando naturalmente tiende a morder cuando lo domina un estado de pasión, parece en ellos tan instintivo como en los cachorros del cocodrilo que salen del huevo dando dentelladas".

Tres años.

El niño de tres años se maneja a sí mismo y no es tan paradójico ni tan impredecible como a los dos años y medio. Está seguro de sí mismo. Emocionalmente se mete menos en sí mismo, sus relaciones personales son más flexibles. La independencia y la sociabilidad se equilibran. El negativismo, la obstinación y la contrariedad que muestra, no es para contradecir a sus mayores sino por interés de saber el cómo de las cosas, incluso pregunta, ¿se hace así?

Gran parte de esta respuesta social se basa en una pura madurez psicomotriz. El niño está más seguro sobre sus pies y se siente más ágil. Ha alcanzado lo que los psicólogos llaman la regla evolutiva de tres; pueden contar hasta tres, pueden comparar tres objetos, en los juegos y pasatiempos saben esperar su turno. Su participación en los juegos es con el afán de competencia imitando siempre a sus compañeritos mayores, pero tratando de superarlos en la forma de interpretar el juego o sea tratando de ser el mejor.

Por todas estas razones, se puede conversar con el niño de tres años, se puede hacer tratos con él, se le pueden dar explicaciones de cosas que no sean de su completo agrado y convencerlo de que le son benéficas, como el ir al consultorio dental sin temor ni llanto.

Tiene menos descargas tensionales, sus actitudes afectivas están bien equilibradas. Feliz y satisfecho se entretiene tranquilamente. El llanto es menor, así mismo, hay menos exhibición de irracionalidad.

A esta edad los temores de un niño son provocados por imágenes puramente visuales, como por ejemplo encontrarse frente a una persona de diferente raza a la suya, ver un anciano sumamente arrugado, ver máscaras, en la oscuridad o conocer individuos que le han sido descritos como malvados.

En las relaciones interpersonales la madre es, generalmente, la favorita, pero el padre puede encargarse de numerosas situaciones. Le agrada ir de visita con otros parientes, etc.

Cuatro años.

Durante esta etapa de su vida, el niño aprende definitivamente a obedecer órdenes verbales, cosa que le era muy difícil o incomprensible anteriormente. Ahora coopera con sus padres. El cuarto año es categóricamente expansivo. Presenta mucha actividad motriz, corre, brinca, trepa, salta, etc. Su actividad mental es desenfrenada, cuenta historias fantásticas de su propia invención, tiene arranques de fabulación, se extralimita sobre todo en el hablar, fanfarronea, es chismoso, amenaza, insulta.

ta fácilmente. Pero todo esto no debe ser tomado muy seriamente por los padres, ni reprimirlo pues es sólo una fase normal dentro del desarrollo mental del niño.

Cuando tiene hermanos pequeños siente celos de ellos y les riñe, pega o les hace sentir que él es el más fuerte. Aunque en esta edad el niño tiene un buen control de sus esfínteres, puede llegar a sufrir accidentes, en situaciones emocionales a las cuales no está acostumbrado. En un momento de cólera o de tensión exagerada puede observarse que le dan cólicos y náuseas. Físicamente es agresivo, muerde, pateo, golpea, tira los objetos, también se come las uñas, se mete los dedos en la nariz, etc. Lloriquea solamente si no se le satisfacen sus deseos o si no tiene nada interesante en que entretenerse. Siente temores auditivos, como por ejemplo: las sirenas de las ambulancias o de los bomberos. También teme a la oscuridad y a la pérdida de su madre.

Es la edad de los "por qué" y de los "cómo", por lo tanto los maestros, los padres y los profesionistas que tengan necesidad de tratar con ellos deben disponer de una gran cantidad de información, para poder responder a las preguntas del niño de esta edad.

Cinco años.

El niño de cinco años no está desarrollado completamen-

te, ya muestra indicios del hombre o la mujer que será en el futuro. Su capacidad, su talento, su temperamento. Todo se ha puesto ya de manifiesto en grado significativo. Lleva ya su propio sello.

A esta edad les gusta portarse bien dentro de sus capacidades, acepta la ayuda de los adultos y su consejo en situaciones a las que no está acostumbrado. Les gusta aprender nuevas cosas para sentir la satisfacción del logro personal.

Al llegar a los cinco años, un niño ya es capaz de concentrar su atención en las actividades que realiza, sin distraerse tan fácilmente como antes. Le agrada asumir pequeñas responsabilidades y privilegios a los que puede hacer frente perfectamente. A los padres les es más fácil manejarlos bajo esta base que con desafíos que aun escapan a su entendimiento.

Sigue ligado íntimamente a la madre, por lo cual la obedece fácilmente y le agrada oír decir que sabe hacer bien las cosas.

La vida emocional del niño de cinco años sigue un buen ajuste consigo mismo y tiene confianza en los demás. Es tá es una edad en la que los temores disminuyen grandemente, en ocasiones las sirenas de los bomberos o las -

ambulancias, los truenos y cosas por el estilo, despiertan cierto temor, también la oscuridad y la soledad les provocan timidez.

Las descargas emocionales a esta edad son: llevarse las manos a la cara, meterse los dedos en la nariz y comerse las uñas, chuparse los dedos antes de dormir o cuando están fatigados.

El ingreso a la escuela puede provocar tartamudez o hacer que se muerdan los labios y hagan muecas. Muerden toda clase de objetos y se golpean los dientes con los lápices ; el llanto es poco frecuente a esta edad aunque pueden estallar en cólera fácilmente y con frecuencia gritan de enojo.

Seis años.

Es la edad de cambio pues se verifican algunas variaciones tanto somáticas como psicológicas. Esta es una edad de transición. Desaparecen los dientes residuos y aparece el primer molar permanente. El niño es más susceptible a las enfermedades que en los últimos años, como a los catarros, la laringitis, la parotiditis, la varicela, etc. El niño generalmente pierde peso y ya no es tan robusto como a los cinco años.

Es la edad de los extremos en su conducta, su inmadurez

se refleja en la incapacidad de decidir. El niño manifiesta su bipolaridad, llora fácilmente y así mismo su llanto se transforma en risa y su risa en llanto.

Es muy fácil que pierda el control al grado de que la madre debe intervenir y llevarlo a su habitación dejándolo solo ahí por unos momentos volviendo después para tratar de ayudarlo a resolver sus dificultades. Esto es debido a la gran importancia que tienen las descargas tensionales. Todo lo dócil que era a los cinco años, obedecía una orden de la madre sin problema, ahora responde generalmente con la actitud desafiante de "no quiero". En estos casos no debe recurrirse a la amenaza ni al castigo pues resulta, generalmente, contraproducente.

Son mucho más efectivos los métodos preventivos dando al niño explicaciones claras, concisas y sencillas para comenzar su dirección correcta. Tal vez responda bien al aislamiento, si un adulto intenta razonar con él o hacerle cambiar de opinión no lo logre, por el contrario, hará que estalle en cólera.

El niño de seis años se siente el centro de su universo, le gusta sobremanera que lo llamen por su nombre ya que esto tiene un gran significado para él. Es considerado llorón, por cualquier lastimadura llora por

pequeña e insignificante que sea, en cambio es muy valiente cuando se trata de verdaderas heridas.

Tiene un gran interés por las historietas, le agrada leerlas o que otra persona se las lea. Le encanta oír música y hasta puede oír su melodía favorita.

Siete años.

Los siete años es una edad sumamente importante en la vida afectiva del niño pues lo que antes le había pasado por desapercibido, ahora toma una gran importancia y es el hecho de saber que sus padres lo quieren, al igual que las demás personas cercanas a él, incluso sus compañeros de juego. El niño, a esta edad, es más introvertido que a los seis años.

El carácter extremoso que presentaba en el año anterior, ahora cede lugar a la consolidación interna, se produce un cambio de actividad de la inquietud hacia la calma y la concentración.

La relación con la madre varía, empieza a verla desde un nuevo punto de vista, acepta cierto grado de separación y desea relacionarse con otras personas. El niño adquiere el sentido de hacer que se respeten sus sentimientos y cuando esta condición se cumple, él es agradable.

Aprende a comportarse mejor cuando está fuera de su casa. Se avergüenza si lo ven llorar. Su llanto es menos infantil, sin embargo, aprende a recobrar la calma y a dejar de llorar.

A los siete años se aprecian nuevos indicios de capacidad crítica y de razonamiento, es más reflexivo, se toma tiempo para pensar, le interesan las conclusiones y los desarrollos lógicos. Utiliza el lenguaje con mayor libertad, no sólo para establecer relaciones, sino para hacer comentarios sobre aquello que tiene entre manos.

A esta edad está ocupado en sus propias actividades y pensamientos por lo tanto tiene un mayor dominio de su vida.

Adquiere un mayor control sobre sus músculos faciales con lo cual las muecas son menos abundantes, también tiene posturas, como la de apoyar la cabeza sobre el brazo o apoyar el codo sobre la mesa, si continúa chupándose el dedo, la mayoría, intenta suprimir este hábito por sí mismo y busca la ayuda de los mayores pues así siente que lo controlan. Basta una discreta indirecta de la madre o una mirada determinada, para que inmediatamente retire el dedo de la boca.

Los temores del niño, a esta edad, son a las sombras - a los fantasmas y a las brujas de sus cuentos, a las - grandes alturas, a las personas que puedan esconderse por donde él pasará, etc.

Su interés por la lectura aumenta ya que a esta edad - pueden hacerlo por sí mismos aunque lentamente. Les - gustan los cuentos sobre niños, animales y sobre la na - turaleza, lo mismo a los niños que a las niñas.

A los varones les interesan los cuentos sobre la arma - da, el ejército y los piratas. Las leyendas y cuentos de hadas son sus preferidos, sobre todo cuando es un - adulto, por ejemplo el abuelo, quien lo relata.

Ocho años.

Después de la etapa de aplacamiento que vive el niño a los siete años, a esta edad vuelve a ser explosivo al - igual que a los cuatro años, solamente que ahora es más maduro tanto emocional como psíquica y físicamente y es en esta edad cuando empieza a cambiar sutilmente, lo que llegará a ser más notorio en la pubertad.

Entre sus entretenimientos favoritos está el escuchar - las conversaciones de los adultos, para copiar muchas - posturas, muecas y expresiones faciales, buscan indica - ciones que les permitan penetrar en el ambiente social,

que si antes habfa pasado inadvertido ahora les interesa sobremanera.

Por lo tanto es aconsejable para los padres que se preocupen de cuidar sus expresiones y pláticas, comentarios o chistes, delante de los niños, ya que si éstos en una ocasión posterior lo repiten fuera de lugar no podrá reprendérseles pues fueron ellos mismos quienes se lo enseñaron, el niño no sabrá, entonces, qué puede decir y qué no. No sabrán si lo que dicen es apropiado o no, ya que sus padres, a quienes ellos ven como un ejemplo para seguir, fueron los que pronunciaron esas palabras.

Les desagrada sobremanera que se les den órdenes fuertes y directas, prefieren que se les hagan sugerencias o indicaciones. Ya no son tan dóciles ni tan complicados.

Las descargas tensionales del niño, a esta edad, son mínimas y la más importante y casi única es la necesidad de orinar cuando se encuentra en una situación que le es desconocida o le desagrada, como por ejemplo en el momento de la pregunta del maestro sobre un tema en el cual no se siente bien preparado, como la lectura, la dilatación de la vejiga se produce en pocos minutos y no se trata de una excusa solamente, cuando pide permiso para retirarse.

A los ocho años, principalmente en los varones, aparece nuevamente el hábito de chuparse el dedo y como a los seis y los siete años, lo hace sin darse cuenta y sin ninguna vergüenza, pero por lo general, también a los ocho años termina definitivamente esta costumbre.

Demuestra ser más extrovertido, está dispuesto a afrontar por sí mismo cualquier situación, demuestra valor, cree saberlo todo, se vuelve más controlable incluso responde a una mirada de la madre.

Es sumamente sensible y se siente herido fácilmente - aunque no lo demuestre llorando abiertamente y tiene menos arranques de cólera.

Siente un placer especial por la lectura, esto es más notable en las niñas. Sus temores han disminuido así como sus preocupaciones.

Nueve años.

Al niño de nueve años le gusta adquirir responsabilidades, que sus padres depositen confianza en él. Posee una creciente capacidad de desarrollo para aquello que tiene en mente, tiene gran iniciativa .

En esta edad adquiere un estatus individual, por lo que necesita más ávidamente la comprensión de los adul

tos así como saber que tiene la atención de sus padres y de la familia en general.

La relación con su madre tiende a ser diferente, no quiere ser el bebito sobreprotegido que ella intenta hacer de él y le molestan los mimos de ella. Por el contrario el padre se extralimita y en ocasiones lo trata como a un verdadero hombre.

Las descargas emocionales son muy pocas y cuando estas se presentan son de corta duración. Sólo lloran en caso de lastimarse seriamente o si se encuentran realmente furiosos. Sus temores son mínimos, él mismo dice: "no me asusto fácilmente". Sin embargo le aquejan numerosas preocupaciones, sufre verdaderamente trastornos por los pequeños errores que comete, necesita confianza o elogios para sentirse seguro de sí mismo y de sus propios actos.

Sus lecturas favoritas serán ahora del género de los misterios.

Diez años.

El niño de diez años goza ya de un buen equilibrio, puede decirse que ya es un adulto en formación. En verdad su individualidad está ahora bien definida y su penetración es tan madura que fácilmente puede considerársele

como un pre-adulto, o al menos un pre-adolescente en su conducta, aunque ya no ahondaremos en esta etapa de la vida del jovencito, debido a que deja de ser un niño y por lo tanto ya no es del interés del odontopediatra.

C. Reacciones a las Experiencias Odontológicas.

Existen varias reacciones importantes a la experiencia odontológica entre los niños, tales como: el dolor, el temor, la angustia, la timidez y la resistencia.

El odontólogo que trata niños se dará cuenta rápidamente de que el niño no siempre demuestra una reacción definida o única sino que puede darse una combinación de varias de estas reacciones, este hecho hace más complejo el problema en particular dado que el odontólogo debe diagnosticar la reacción con rapidez y sin la ventaja del conocimiento de la experiencia previa del niño, con miembros de las profesiones de la salud.

D. Ilustración Psicológica de la Dentadura en los Niños.

No hay duda de que una dentadura bien conservada y en buen estado no es sólo importante para nuestra salud sino que es tal vez igualmente importante desde el punto de vista estético y psicológico.

Esto es conocido para niños mayores por la conciencia que tienen ya, de la salud bucal que deben mantener, pero los pequeños también se dan cuenta de esto debido a que en muchos de sus cuentos infantiles "el ser malvado, la bruja o el enano malo" tienen los dientes torcidos o muy separados.

Para ellos semejarse a los personajes nombrados, quiere decir, ser igual a ellos o sea ser algo negativo. También les molesta provocar la burla de sus compañeros de juegos o de estudios, que les llamen "chimuelos" y que se les dificulte hablar bien por falta de dientes.

Cuando estamos en presencia de un caso de estos, es muy importante saber hacer uso de la psicología para convencer al niño de que debe permitir, sin resistencia, que se le haga el tratamiento adecuado para rehabilitar su dentadura.

Así se hará en el caso de la ortodoncia ; generalmente ningún niño se siente mal con las bandas ortodónticas y aceptan de buena gana que se les haga un tratamiento bucal.

La prótesis en los niños es sumamente rara, sin embargo se presentan casos en los que se debe hacer uso de ellas, restituyendo un diente temporal para evitar que cierre el espacio dejado por el temporal mucho antes de que le salgan los dientes permanentes.

En este tipo de tratamientos la respuesta psicológica del niño es muy ambigua pues en muchos casos un niño con un diente postizo, en vez de sufrir complejo de inferioridad, adquiere un gran valor entre sus compañeros y es la admiración de éstos, pues posee algo que no todos los niños pueden tener.

Sin embargo, esta conducta puede variar con el tiempo y el niño deja de comentar que lleva una prótesis en la boca. - En vez de sentirse orgulloso de ella trata de disimularlo cuanto puede, evitando reirse y en muchas ocasiones modificando su mímica completamente.

Este problema aumentará si no sólo se trata de una pieza sino de una placa completa, en el caso de la anodoncia total de una arcada, pues sus modificaciones de expresión serán mayores, lo cual traerá trastornos de carácter.

Es muy importante tener extremo cuidado en la elaboración de prótesis infantiles, pues aunque es más fácil que se adapte un niño pequeño a una prótesis que un adulto, ésta no deberá causar ninguna molestia al ser usada por el niño para que no se valga de este pretexto y se niegue a ponérsela.

En los tratamientos de ortodoncia debe tenerse cuidado de ocultar bien las puntas de los alambres para que no causen heridas en los carrillos y en los labios, así se evitará que el pequeño no quiera asistir a sus citas con el ortodontista, alegando que cada vez que va a verlo regresa a casa con la boquita lastimada.

Si se tienen estas precauciones se puede asegurar que el niño llegará al final de su tratamiento.

E. El miedo como factor que influye en la conducta del niño.

Debemos considerar la reacción del miedo como la más importante y la de mayor influencia para la práctica del odontólogo debido a que es uno de los principales problemas con que se enfrentan en el consultorio y una de las razones de mayor importancia por la cual algunas personas descuidan su salud dental.

El miedo es una de las reacciones que se adquieren con la edad, en el momento del nacimiento el niño no siente temor por nada. Solamente al ir aumentando su capacidad mental empieza a reconocer los estímulos que provocan el miedo.

Los padres pueden dar un valor a una dirección instructiva y constructiva de los temores, lo cual es de gran utilidad en la educación del niño, puesto que estos estímulos pueden ser encauzados hacia el miedo protector, por ejemplo: - enseñar al niño a que tema a acercarse al fuego, a cosas calientes, a sacar las manos y la cabeza por la ventanilla del automóvil en marcha, acercarse a la orilla de grandes alturas, etc., a cosas en general que pueden causarle daño.

Esto causa en ellos un temor hacia esas actividades con lo cual, se les está protegiendo contra lamentables accidentes. Otro tipo de miedo es el que se adquiere por situaciones desagradables pasadas, como por ejemplo, el dolor causado -

por la aplicación de una inyección o al tomar una sustancia de sabor desagradable. Esto es muy importante debido a que un niño puede presentarse en nuestro consultorio con un gran temor debido a que ya ha tenido una experiencia desagradable anteriormente, sea con un dentista o con el personal de un hospital que use vestimentas semejantes a las del dentista. Esto le hará sentir y ver la similitud entre ambos y el hecho mismo bastará para que tenga un tremendo miedo de visitar al dentista.

Así como los padres pueden encauzar el miedo hacia lo positivo también pueden hacerlo exactamente a la inversa y crear en el niño un temor mal entendido por frases que a los padres les son de utilidad, como por ejemplo, cuando un niño se porta mal o desobedece, amenazarlo con llevarlo al médico o al dentista para que lo inyecten con lo cual se formará en él la idea de que el dentista es un instrumento de castigo y de tormento, al cual hay que temer.

A estos dos tipos de miedo que hemos descrito es a lo que los psicólogos llaman "miedo objetivo".

El llamado "miedo subjetivo" es provocado por sentimientos o actitudes que hayan sido sugeridas al niño por sus padres o por los adultos que lo rodean. Al escuchar conversaciones de personas mayores sobre situaciones por las que hayan atravesado se provocará, fácilmente, miedo en los niños cuan

do se encuentren en circunstancias semejantes. El principal miedo del niño pequeño es hacia lo desconocido debido a que una experiencia nueva para el niño y con la cual éste no sabe si experimentará dolor o será alguna amenaza contra su bienestar. Este miedo desaparece cuando el niño se da cuenta de que la situación no presenta ningún peligro para él.

Por lo tanto es imperioso que los padres platiquen con los niños antes de llevarlos al consultorio dental, sobre los aparatos que encontrarán en él, los instrumentos con que va a trabajar el profesionista dentro de su boca, para que el niño se sienta más tranquilo al llegar a su cita con el dentista.

El "miedo por sugestión", es aquel que el niño siente por imitación, ya sea de sus padres, de sus hermanitos mayores, de sus amiguitos, por la radio, la televisión, las revistas o periódicos, dependiendo del grado de temor, de la potencia de los estímulos y la sugestionabilidad del niño. Por ejemplo un niño no teme a la oscuridad hasta que escucha que sus amiguitos le temen porque puede estar escondido ahí el coco, o bien, la madre que va al consultorio dental llena de miedo y tensión, transmitiendo al niño ese temor.

El niño puede no siempre sentir miedo hacia algo, muchas veces puede valerse de este pretexto y estar fingiendo, para evitar situaciones que no le son agradables, como la vi-

sita al odontólogo, pero son los padres y el profesionalista quienes deben juzgar cuándo tiene realmente miedo y cuándo está fingiendo.

Las condiciones físicas y mentales son las que darán las respuestas determinadas hacia el estímulo de temor. El niño enfermo, retrasado mental, no tendrá una respuesta vivaz como el niño sano, tanto mental como en sus funciones endocrinas.

La edad es la que va determinando las respuestas de un niño, al miedo. El factor edad hace que el miedo a determinadas cosas disminuya o hasta desaparezca y en otros casos aumente. La edad es determinante debido a la capacidad de raciocinio en el niño, que va madurando y entiende ya que los miedos adquiridos pueden irse descartando uno a uno.

Las cosas con las cuales sentía temor un niño de dos años, probablemente ya no le causen miedo a los seis. El niño de dos a tres años siente temor por todo aquello que afecte sus órganos sensoriales como los movimientos bruscos, la luz brillante y un sabor desagradable o un ruido fuerte y persistente.

Sabiendo esto, dentro de la práctica profesional nosotros, como odontólogos, debemos tratar con el máximo cuidado estas situaciones para no afectar al niño provocándole miedo.

Debemos subirlo y bajarlo lentamente, no proyectar la luz de la lámpara dental directamente sobre sus ojos, etc.

El niño de dos a cuatro años es sumamente apegado a la madre y a sus familiares más cercanos. Su temor hacia los extraños es muy marcado. Con un pequeño paciente de esta edad deberá hacerse una excepción y al menos durante la primera y segunda cita permitir que pase la madre, haciendo que posteriormente la enfermera haga amistad y se gane la confianza del niño, lo mismo que el dentista, para que al pasar, el paciente, al gabinete, ya no se sienta entre extraños.

De los cuatro a los seis años, hay una disminución de los temores debido a que el niño adquiere la posibilidad de valorar las situaciones generadoras del estímulo del miedo. Por su capacidad y experiencia valora verdaderamente las situaciones y pierde muchos temores pasajeros.

De los cinco a los seis años temen a las tensiones corporales llegando muchas veces al abatimiento total por una lesión - pequeñísima.

De los seis a los siete años la fantasía juega un papel importantísimo en la vida del niño por lo cual el odontólogo puede hacer un juego de su labor, haciendo partícipe al niño con su gran imaginación.

De los ocho a los doce años el niño ha alcanzado una estabilidad emocional que le permite soportar situaciones desagradables, pero les desagrada que menosprecien su sufrimiento o abusen de él.

CAPITULO III

Problemas Específicos de Cada Grupo Cronológico.

A. El Paciente niño.

La literatura odontológica sugiere sin ninguna duda que los pacientes muy pequeños constituyen uno de los problemas principales hallados en el ejercicio actual de la odontología.

Una ininterrumpida investigación tiene por objeto el conocimiento debido de la conducta infantil y el modo de aplicar eficientemente la psicología a su tratamiento odontológico.

En la búsqueda entre una cantidad de consejos, de "los buenos y de los malos, para el mejor manejo del niño en el consultorio, hay un hecho principal que se repite una y otra vez: la honestidad con el paciente. Aunque puede ser necesario acercarse a cada niño en su propio nivel de comprensión, nada parece actuar mejor que el enfoque directo y honesto. Además, se requiere también adquirir algún conocimiento del tipo de niño de que trata y de los tipos de problemas que pudiera tener. A menudo es posible establecer esto con observarlo en la sala de espera mientras aguarda sentado con la madre, el padre, o ambos. Algunas veces la primera visita la realiza con un hermano o hermana mayor. Todo esto dice mucho sobre el niño y la estructura familiar.

No sería trabajoso predecir un alto grado de ansiedad en un niño cuyo padre está lo bastante angustiado como para dejar un día de trabajo e ir él también acompañando al niño. Si bien puede ser indicio de una familia con lazos muy estrechos, también puede ser una advertencia de una cantidad de problemas emocionales relacionados con una forma de impedir al niño que crezca y se desarrolle normalmente.

En esa observación inicial se aprecia asimismo la aprensión. No es difícil distinguir al niño que tuvo una experiencia desagradable en otro consultorio odontológico. También podría tratarse de una generalización por una experiencia negativa en el consultorio de un médico. Si bien la cantidad de respuestas posibles de los niños parece infinita, es posible identificar un número de moldes característicos.

B. El niño sociable.

Desde el punto de vista de estar libre de problemas emocionales, el primer tipo de niño que podemos mencionar, y el más conveniente quizá, es el sociable, el que se da a los demás. Ya desde los dos años y hasta el comienzo de la pubertad, este niño dado normal tiene deseo de relacionarse con quienes se ponen en contacto. La interacción se produce fácilmente; conversa pronto y muestra un alto nivel de curiosidad respecto de usted como odontólogo, de lo que piensa realizar y de cómo lo hará.

No sería trabajoso predecir un alto grado de ansiedad en un niño cuyo padre está lo bastante angustiado como para dejar un día de trabajo e ir él también acompañando al niño. Si bien puede ser indicio de una familia con lazos muy estrechos, también puede ser una advertencia de una cantidad de problemas emocionales relacionados con una forma de impedir al niño que crezca y se desarrolle normalmente.

En esa observación inicial se aprecia asimismo la aprensión. No es difícil distinguir al niño que tuvo una experiencia desagradable en otro consultorio odontológico. También podría tratarse de una generalización por una experiencia negativa en el consultorio de un médico. Si bien la cantidad de respuestas posibles de los niños parece infinita, es posible identificar un número de moldes característicos.

8. El niño sociable.

Desde el punto de vista de estar libre de problemas emocionales, el primer tipo de niño que podemos mencionar, y el más conveniente quizá, es el sociable, el que se da a los demás. Ya desde los dos años y hasta el comienzo de la pubertad, este niño dado normal tiene deseo de relacionarse con quienes se ponen en contacto. La interacción se produce fácilmente: conversa pronto y muestra un alto nivel de curiosidad respecto de usted como odontólogo, de lo que piensa realizar y de cómo lo hará.

Es fácil de tratar y de responder a sus preguntas, pues generalmente son pertinentes y no están motivadas por el temor o la angustia. A este niño se le pueden mostrar los instrumentos, cómo actúan y cuál es su propósito, todo esto para reforzar la relación que se intenta establecer con él. El examen se convierte en una aventura grata. No es raro que este niño quiera mirar la boca de su dentista para "ver cómo es por dentro". Como cada nueva tarea es para él una especie de aventura y una experiencia en su aprendizaje, se le puede delegar parte de la responsabilidad por su cuidado dental. Hasta el caso de pasar por algún procedimiento ligeramente doloroso, este niño está muy dispuesto a comportarse como un joven colaborador.

C. El niño muy activo.

A falta de mejor nombre, al niño que vamos a describir se le puede denominar "muy activo". Su presencia en la sala de espera no necesita ser anunciada por la asistente dental. Cuando llega, usted se da cuenta muy pronto. Su conducta en el consultorio es exploradora, investigadora, siempre expresándose en tono alto y tocándolo todo. Si el odontólogo llega a ser del tipo obsesivo compulsivo, este tipo de niño puede ser muy vejante y ponerlo bien a prueba. Es el niño de quien la madre, típicamente, declara: "No puedo hacer nada con él". Muy a menudo se resiste a entrar en el consultorio y en especial, a cualquier trabajo en la boca. Cuando se observa -

esta constelación familiar, se ve que quien dispone es el niño.

Esto no explica por qué el niño es tan activo y al parecer no cooperador. Una mejor apreciación psicológica de la situación nos dirá que se trata de un niño a quien los padres no pusieron límites definidos y experimenta una intensa angustia. Al ver las teorías de la personalidad, apreciamos que parte de la manera de evitar la angustia proviene de contar con una serie muy definida de límites. El niño que no tiene límites no sabe dónde detenerse o qué le está permitido hacer. Sin límites, se angustia y puede manifestarse una exagerada actividad. La mayor parte de esta hiperactividad motivada por la angustia podría aliviarse si se le fijaran límites adecuados. Como se sale con la suya en su hogar, puede esperar que suceda una situación similar en el consultorio odontológico. Casi todos estos niños, cuando se les recibe planteándoles una frustración mínima y ciertos límites, recurren a todos los medios de que se valieron con los padres. Pueden tener ataques de rabia, gritos, llanto o entregarse a cualquier otra forma de comportamiento pueril.

La conducta negativa y desadaptada de estos niños jamás debe hallar aprobación en el consultorio odontológico. Como recurso expeditivo para evitar que estas respuestas sean aprobadas, es imperioso que los padres no estén con él durante el examen preliminar ni en las visitas subsiguientes. Gran

parte de su pasada teatralidad tenfa por objetivo provocar cierta respuesta de los padres. Si estuvieran presentes - habría una tendencia a utilizar los recursos destinados a llamar la atención.

Muy rara vez podrá el odontólogo actuar como educador de los padres. Pero con frecuencia podrá conversar con ellos acerca de la conducta del niño y comentar algunos medios para que se pueda controlar mejor esa conducta en el consultorio. Muy a menudo surge de esas conversaciones que el niño no está actuando así por su propio temor al consultorio, sino por el de sus padres. Casi todo odontólogo que haya ejercido algunos años quisiera tener un dólar por cada madre ansiosa que le dice a su hijo: "Ahora no vas a tener miedo, ¿no es cierto?". Esta actitud de parte de la madre conduce invariablemente a una marcada angustia y temor en el niño. La madre le sembró la idea de que existe algo de que tener miedo en el consultorio odontológico.

D. El niño angustiado y retraído.

Presenta un problema más serio el niño tímido, retraído, angustiado, que se somete al examen con apenas algún gemido. Es el mismo niño cuyos maestros lo consideran callado y complaciente, que nunca da trabajo. Es también el 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 irra

diara miedos y preocupaciones. Quizá esa preocupación tenga por base experiencias previas con odontólogos o médicos. Pero con mayor frecuencia deriva del tipo de disciplina paterna. Como este niño parece modificar su conducta ante las amenazas, se convierten éstas en el método principal de disciplina. Es sabido que entre las formas que tienen estos padres de intentar corregir a sus hijos es posible hallar declaraciones sorprendentes como: "Si andas por ahí mordiendo a la gente, te llevaré al dentista para que te saque todos los dientes". "Si no comes como es debido tendremos que llevarte al hospital". "Si no tomas tus vitaminas el doctor - tendrá que dártelas en una inyección". Para este niño la vida es una sucesión interminable de temores. La escuela puede llegar a ser para él la misma pesadilla que su vida en el hogar.

En razón de los muchos temores y preocupaciones de estos niños, tiene especial importancia conversar cada paso que se vaya a dar. Debe el niño estar bien informado de todo lo que usted hará y de por qué lo hará. También necesita, si puede hacerlo, expresar todas las preocupaciones que se puedan haber ido formando en su mente. Aunque simpatía y comprensión sean un buen comienzo, son insuficientes para aliviar los temores y tensiones de este niño. Lo que más se necesita y lo que iniciará más fácilmente su conversación, es que se reconozcan en el transcurso de la conversación los sentimientos que él experimenta.

Muchas veces los problemas de este niño temeroso y angustiado están fuera del alcance efectivo de la capacidad del odontólogo. Algunas veces se podrá obtener el tratamiento necesario de un psicólogo o psiquiatra. Estos problemas, por ejemplo, podrían ser la consecuencia de una práctica religiosa demasiado estricta en su hogar; el niño no puede vivir a la altura de lo que se espera de él y desarrolla intensos sentimientos de culpa. Otras formas hay de stress o de lucha en el hogar que son capaces de generar esta conducta. Cuando esas situaciones lleguen a interferir demasiado con el tratamiento odontológico, lo apropiado podría ser que el odontólogo sugiera una mayor investigación de los problemas emocionales.

E. Otras conductas infantiles.

Hay otros tipos de conductas infantiles observables en los niños. Algunos son completamente negativos y parecen desafiar todo intento por establecer contacto. Pueden responder con un "no" a todas las preguntas y se llega a un "impasse" que casi no deja esperanzas. Pero como esta conducta refleja una maniobra defensiva, aun queda al odontólogo a menudo, la posibilidad de inventar un juego en el cual cada "no" signifique un "sí", que da permiso al profesional para proseguir su tarea. La mayoría de los niños de este tipo negativista, cuando tienen la edad escolar, pueden estar dispuestos a aceptar que les hicieran una buena jugada y desde ese momen-

to cooperarán. Mas el odontólogo no deberá perder de vista que los motivadores básicos del negativismo del niño pueden ser la angustia y el temor. La oportunidad para crear una buena relación y aliviar parte de la angustia podrá provenir de la liberación del temor creada a través del juego.

Hay, por cierto, otras combinaciones de conductas en los niños, desde las muy patológicas y difíciles de manejar hasta un tipo rutinario que basta un poco de ingenio para resolverlo. Hay un factor importante que recordar en el trato con niños. Su experiencia ha sido muy limitada en muchos aspectos de la vida, los que para los adultos pueden no significar ya nada. Por ejemplo, les puede interesar muchísimo una demostración de los instrumentos, del equipo odontológico o del contenido de muchos de los cajones de los muebles del consultorio. Hasta puede suceder esto con elementos tan prosaicos como los vasos de papel, las varias fuentes de agua, el aspersor y demás.

Todos los niños aprecian el planteo directo y honesto de cuanto se hará en el consultorio dental. Si el procedimiento por realizar fuera necesariamente doloroso o desagradable, la explicación deberá ser breve y el procedimiento se llevará a cabo con toda rapidez. En realidad, no se deberá dar la explicación en tanto que el procedimiento no haya comenzado, en verdad. Si se da al niño tiempo para sentarse

y pensar sobre algo que pudiera ser doloroso, inevitablemente irá acumulando un alto grado de ansiedad. Serán de esperarse escenas con llantos y gemidos. No se ridiculizará en este aspecto al niño ni se deberá hacer una gran escena al respecto. Las lágrimas, como otras características personales, deben ser aceptadas como lo que son: temor y angustia sobre los nuevos y misteriosos procedimientos por realizar.

CAPITULO IV

Técnicas para la Aplicación de la Psicología a la Atención del Paciente.

Al tiempo que bosquejábamos los problemas especiales que puede presentar cada grupo cronológico, dimos una idea de algunos enfoques que podrían ser útiles. En el capítulo anterior, señalamos el valor de ser buenos oyentes como cuestión vital en la educación del paciente. Al manejar muchos de los problemas de cada paciente, psicólogos y psiquiatras comprendieron hace tiempo que el escuchar no era, en sí y por sí, suficiente. Se necesita otra dimensión. Por esta razón se crearon los servicios de asesoramiento y de psicoterapéutica. Muchos odontólogos tienen una sensibilidad natural que les permite recurrir a las afirmaciones y acciones más apropiadas sin haberlas estudiado formalmente. Pero para la mayoría de nosotros se necesitan algunos lineamientos que nos ayuden a decir lo correcto o a tomar el debido curso de acción con los pacientes con problemas.

A. Tranquilización.

La técnica verbal más comúnmente empleada cuando procuran ayudar a los demás con sus problemas es tranquilizarlos. Pueden decir: "Bueno, no se preocupe por nada, todo irá perfectamente", o: "Esto no va a hacerle ningún mal".

La tranquilización es quizá la técnica de la que más se abu-

sa y la menos eficaz entre las que puede utilizar el odontólogo para manejar la preocupación y la angustia de su paciente. Una razón para que falle es que intenta ocultar los problemas en vez de aliviar la angustia que yace tras ellos. Procura decir que realmente no existe problema alguno, de modo que hay que olvidar el problema. Lo cual, por cierto, no tiene ningún sentido. El paciente sabe que tiene problemas y sabe que los tratamientos odontológicos por realizar pueden ser dolorosos y difíciles. Decirle que no se preocupe es, por lo menos, totalmente ineficaz, cuando no un insulto a su inteligencia.

Una de las razones para que este tipo recién mencionado, de tranquilización, no funcione es porque no proviene del mismo paciente. Para ser eficaz, debe ser un proceso interior. Si el individuo cuenta con hechos y nociones, se siente tranquilizado. Las tentativas verbales de tranquilización desde fuentes exteriores, fallarán en casi todos los casos. El paciente se tranquilizará por un proceso bien planeado de educación. La respuesta para sus problemas, joven o viejo, es la educación y no la tranquilización.

Los psicólogos que emplean diversas técnicas de asesoramiento y terapéuticas señalan que la tranquilización es la menos eficaz para obtener una modificación de la conducta. Mucho más valiosos y fructíferos han sido los enfoques que procuran manejar los problemas y sentimientos expresados

por los pacientes.

B. Estructuración.

La estructuración es una técnica en la cual se asientan las reglas básicas. En odontología, consiste en proveer al paciente de un conocimiento de lo que él habrá de hacer y, a la vez, de lo que el odontólogo le hará. Como en cualquier juego, su conocimiento de las reglas resulta sumamente valioso. En el paciente nace un sentido de obligación hacia las reglas propuestas y espera de ellas tanto como usted. A menos, sin embargo, que haya una clara comprensión de las reglas básicas, se producirán malentendidos, confusiones y hasta resquemores. Como esta forma de educación suele acontecer en las primeras visitas al consultorio, a veces es necesario repetir las reglas más adelante para evitar esas confusiones.

C. Reflexión de sentimientos.

Entre lo más astuto y significativo que puede hacer el odontólogo por sus pacientes y sus problemas está el reconocer los sentimientos que ellos expresen. Estos suelen presentarse como una serie de ideas vagas, que tienen una gran significación para el odontólogo pero sin que los pacientes lo aprecien. Un paciente puede decir en una cantidad de maneras que tiene miedo, pero nunca lo expresa directamente con palabras. Puede estar escondiéndose a sí mismo o es incapaz de apreciar en la oración recién enunciada, el incremento de an

gustia o temor. El odontólogo puede devolver reflejado el sentimiento que el paciente está expresando; puede hacerlo con una frase así: "Este procedimiento parece que lo asusta bastante, ¿no?". Esta afirmación y otras similares recogen el sentimiento que está expresando el paciente y lo devuelven en una forma más condensada y precisa. Así - cristalizan sentimientos expresados inadvertidamente para beneficio del odontólogo; tras ello suele producirse una sensación de liberación. Si se acumula tensión y se la percibe y refleja en forma adecuada, aquélla puede ser rápidamente liberada. En otras instancias, la reflexión de los sentimientos puede conducir a que el paciente contemple sus problemas más en profundidad y que proporcione una información adicional y más significativa.

Con esto no se pretende sugerir que cada odontólogo se convierta en psicoterapeuta. Pero cuando cotidianamente maneja situaciones que son fuentes de angustia, frustración y preocupación, esta perceptividad para el reconocimiento de los sentimientos del paciente podrá liberar al mismo de su angustia y además establecerá una relación positiva entre él y su paciente.

D. Otras técnicas verbales.

Hay muchas otras técnicas verbales que el odontólogo puede emplear en su calidad de buen oyente. No se requiere un

adiestramiento terapéutico especial para muchas de las preguntas planteadas por los pacientes. A menudo pueden ser contestadas en forma directa y sucinta. En otras instancias, el paciente puede expresarse en forma tan vaga como para que se requieran acciones mayores por parte del odontólogo. En tales casos puede valerse de una técnica de repetición. Simplemente, repite lo que la persona acaba de decir y le da carácter de interrogación. El paciente comprende entonces que proporcionó información insuficiente y que debe intentar aclarar lo que dijo anteriormente.

El objetivo de toda interacción terapéutica con el paciente es enterarse de sus ideas y sentimientos. Algunas técnicas funcionan, en este sentido, mejor que otras. Hemos visto que la tranquilización, en vez de aportar información adicional, tiende a que el paciente se cierre. Es un modo de decir: "No hable más de eso; todo andrà bien". Pero el paciente quiere hablar de eso y contar sus propios sentimientos y expresar sus deseos de ser mejor informado. También el odontólogo que abusa de las conferencias dadas a sus pacientes no suele enterarse de los sentimientos de éstos. Podrá tener una charla extensa y bien preparada para sus pacientes, pero a menos que conozca los sentimientos particulares de cada uno bien podrá pasar por alto algún punto vital. Una situación paralela se da cuando grupos de padres deciden lo que es mejor para el entretenimiento de los hijos, sin siquiera consultar a los niños para descubrir sus intereses y deseos. Por esto

fracasan muchas presentaciones de planes de tratamiento muy bien hechas. El desorientado y decepcionado odontólogo se pregunta qué es lo que anduvo mal. Muchas veces, si mira más de cerca su presentación, verá que pasó por alto las necesidades de ese preciso paciente y no fueron previstas en su presentación formal.

E. El Paciente Problema.

Todo odontólogo se encuentra con pacientes que muestran tener más problemas de los que él está dispuesto o es capaz de manejar como parte de su ejercicio profesional. Esas personas sufren emocional y físicamente. Cuando se les da la oportunidad de expresarse con el odontólogo, pueden enunciar toda una serie de otros problemas que no tienen relación alguna con los problemas dentales. Cuando este comportamiento se produce en el consultorio odontológico, con frecuencia es necesario poner límites. El establecimiento de los límites se hace mediante una estructuración durante alguna visita inicial, pero también puede plantearse en otras posteriores. Se le dice al paciente que esos problemas o esas consideraciones están fuera de sus alcances; que si lo desea, puede remitirlo a quien atienda debidamente esas cuestiones. Si la curiosidad o el deseo de ayudar lo llevan a alentar a los pacientes para que ventilen esos problemas con él, podrá encontrarse envuelto en problemas relacionados con la transferencia y otras partes complejas del proceso de tratamiento utilizado por psicólogos y psicoterapeutas.

* Se define como transferencia a los sentimientos positivos o negativos que el paciente experimenta por su terapeuta, basados no en la realidad de la situación sino en pasadas experiencias, sucesos o relaciones personales del paciente. Esto lo lleva a atribuir ciertas ideas, sentimientos y conductas al terapeuta, sin que tengan relación alguna con su verdadera conducta o sentimientos. En casi toda psicoterapia, esto es parte importante del proceso mismo de tratamiento. Aunque el ejercicio profesional marcha mejor si el paciente tiene una relación positiva con su dentista, la transferencia en sí casi no tiene lugar en el consultorio odontológico, pues implica una profundidad de relación entre ambas partes que requiere un adiestramiento especial para ser eficientemente manejado. La mayoría de los odontólogos no tiene el tiempo ni el deseo de actuar en este nivel emocional profundo de sus pacientes. Los odontólogos que emplean hipnosis pueden, a veces, encontrarse con problemas especiales de transferencia como resultado del uso de esa técnica.

CAPITULO V

Características Ambientales del Consultorio.

A. Decoración.

Uno de los puntos más importantes para lograr el confort infantil es sin duda alguna el medio ambiente donde desarrollamos nuestros servicios profesionales. Este deberá causar una impresión bien determinada, intensa y perdurable en nuestros pacientes.

Aunque generalmente los niños son igualmente observadores, no todos captan con igual facilidad detalles destinados a producir sensaciones de confort. La mayoría de los seres no relacionan por la sensibilidad lo que les impresiona o no, agradablemente, en determinados ambientes. Tal vez no sepan describir lo que sienten pero se encuentran a gusto o a disgusto.

La sala de espera deberá ser agradable, luminosa, con un mobiliario atractivo para el niño, es decir, con cuadros alegres, éstos deberán ser necesariamente pocos y cuidadosamente elegidos.

Los cuadros pequeños lucen mejor cuando se les agrupa, no se les debe distribuir.

En un espacio grande, las paredes tapizadas con murales de paisajes, crean un ambiente de tranquilidad tanto en la sala de espera como en el gabinete.

También es conveniente tener una pecera en un rincón de la sala, esto comunmente atrae y divierte a los niños. Un espacio estratégicamente ubicado llena el ambiente, facilita el arreglo personal de los visitantes, aumenta la sensación de espacio, especialmente útil en ambientes pequeños y facilita la eliminación directa de algún rincón menos iluminado.

Los espejos que distorsionan las imágenes, también son graciosos para los niños pequeños y es una gran idea colocarlos a la salida del gabinete para que el niño se retire con una idea graciosa y disipe en cierta forma, la experiencia dental, si es que no le fue grata.

Es de buen resultado también el tener vitrinas con objetos interesantes, como piedras raras, barcos y aviones a escala. Algunos juguetes resistentes, flores, libros para colorear y revistas para pequeños. Las sillas deberán estar de un tamaño apropiado para ellos y de preferencia individuales, ta pizadas con colores alegres y variados. Es imprescindible, desde luego, mantener todo en buen estado y cambiarlo de vez en cuando de ubicación.

El consultorio deberá tener otra salida además de la que tiene la sala de espera, con el fin de que el niño que por alguna razón no pudiera ser controlado en el sillón dental y salga llorando, de mal humor o gritando, no influya negativamente en el ánimo de los demás niños que estén en la sala de espera.

Colores para amenizar el consultorio dental.

La influencia sedante del color sobre sus pacientes le puede abrir una nueva etapa de tranquilidad y eficacia en la práctica, siempre y cuando sepa elegir bien los tonos con que cubrirá las paredes de su consultorio, de acuerdo a las siguientes sugerencias.

El Toronto, una revista de estos temas, ha hecho un estudio de color y decoración y ha publicado dos informes titulados "Efectos del Color Sobre los Pacientes" y "Efectos del Color sobre la Salud del Profesionista". en los cuales se desmenuza la acción negativa que ejercen las malas combinaciones cromáticas sobre los hombres sometidos a esfuerzos de trabajo y sobre los hombres sometidos a la presión de alguna enfermedad.

El doctor Marcelo Saul Libersohn, un pediatra con inclinaciones hacia la decoración, ha dedicado más de diez años a la elaboración de combinaciones de colores que resultan de

valor terapéutico para el enfermo.

Los pacientes suelen ponerse muy molestos y exigentes como reacción, frecuentemente inconsciente, contra algo que no les gusta. De esta manera desgastan los nervios del profesionalista, los abandonan y los hacen perder el tiempo.

Esto es un precio demasiado alto por un poco de imprevisión en el momento de pintar. Ahora bien, ¿cuáles son los aspectos que deben tenerse en cuenta antes de empezar a pintar?

1) Proporcionar variedad de tonos.

El bienestar psíquico sólo puede mantenerse en un ambiente de colores variados y cambiantes.

Este es el primer postulado del Dr. Libersohn, para la pintura de un consultorio.

Considerando el aspecto práctico, esto significa que los planes de pintura tendrán que proporcionar cierta variedad de tonos en cada ambiente y que las diferentes habitaciones deberán estar pintadas con diferentes colores básicos: sala de espera de un color, despacho de otro, etc.

Por desgracia, se lamenta el Dr. Libersohn, las fluctuaciones de la moda han hecho que parezcan antiguas las paredes de distintos colores, pero esto puede subsanarse mediante una acertada combinación atractiva y dinámica, con los muebles, las alfombras, las -

cortinas y demás elementos decorativos.

Emplea combinaciones suaves, aunque busquen cierto dinamismo cromático. Las combinaciones no deben ser chillonas ni agresivas, sino suaves y armónicas, para que provoquen suficiente fluctuación en la alteración del paciente como para mantener su conciencia alerta y sus sentidos ocupados.

El Dr. Libershn señala dos ejemplos que considera extremos:

- a) La Santa Inquisición tenía sus celdas con colores brillantes y violentos, en diseños retorcidos y escalofriantes que no tardaban en causar alteraciones, delirios y por fin reducían a la locura a los presos.
- b) Estudios realizados con primates encerrados en habitaciones de un solo color demuestran que en esas condiciones los simios se adormecen, pierden su capacidad de reaccionar, se niegan a reproducirse y reducen todas sus manifestaciones vitales.

Entre los extremos (los contrastes violentos o la monotonía total), se encuentra el punto en el cual la mente del hombre se puede desarrollar con un máximo de eficiencia y mínimo de sufrimiento.

Señala Faber Birren, en uno de sus trabajos, que la variación y combinación armónica de colores mantiene más alerta al enfermo, conserva vivo su interés por todo lo que le rodea y evita que caiga en los estados depresivos tan perjudiciales para su salud.

El antes mencionado estudio de color y decoración de Toronto, va aun más allá. Una buena combinación de colores correctamente iluminada, tiene efecto orgánico además - de meramente psíquico.

Separe los tonos suaves con divisiones fuertes. Según los especialistas de este estudio la forma de coordinar los colores de manera más eficaz, consiste en separar grandes masas de tonos suaves por medio de superficies pequeñas de color fuerte.

Esto reducido a su mínima expresión, significaría colocar muebles de tonos fuertes en un consultorio con paredes y alfombras claras.

Esta práctica permite incorporar a la decoración, colores que casi siempre se considera prohibidos, como el amarillo, el naranja fuerte, el verde loro, etc.

La única precaución deberá ser el elegir los colores alegres de tal manera que armonicen delicadamente y no

den una impresión de pájaro tropical].

Uno de los recursos recomendados por el Dr. Libershn, es disponer de un color suave que sea derivado, afín al color fuerte. Por ejemplo alfombra gris-azulada, muebles azules y paredes albaricoque, o bien alfombra verde clara, muebles naranja y paredes violeta suave.

El sistema más sencillo, dicen los expertos de este estudio canadiense, se basa en la creación de sus colores básicos sobre los cuales se podrá elaborar variaciones.

Si se considera el primer ejemplo dado anteriormente, de una alfombra gris-azulada y paredes color albaricoque, - el color lógico para agregar a la decoración sería algún tono albaricoque fuerte o cualquiera de sus colores componentes como el rojo o el amarillo.

2) Conocer el efecto de los colores.

En lo que se refiere al efecto de los colores hay aun mucho que investigar, pero se pueden dar por aceptadas algunas de las bases conocidas. De éstas, las fundamentales son que el rojo es excitante, el azul da impresión de espacio, el verde es tranquilizante, el café deprime y el beige es ideal para reflejar la luz artificial.

Además es conveniente tener en cuenta la clasificación de los colores en cálido y frío. Las cálidas son: el rojo, el amarillo, el naranja, el violeta, con predominio del rojo, etc. Los fríos son: el azul, el verde, el indigo y el violeta, con predominio del azul.

En lo que se refiere al empleo de los tonos en un consultorio, los consejos del Dr. Libersohn y del decorador Birren, son aproximadamente coincidentes. De acuerdo con el plan de dos colores básicos es preferible tener un tono cálido y uno frío siempre y cuando se eviten los colores complementarios en el mismo ambiente. (Verde, rojo, azul, amarillo, naranja y violeta). Destierre el blanco al hablar de los colores.

También es preciso dedicar un poco de atención a uno de los recursos favoritos de los decoradores: el blanco a pesar de las modas y de la enorme aceptación que ha tenido en la decoración de los hogares y consultorios, sostiene Faber Birren, que es uno de los colores más dañinos e irritantes que puedan utilizarse en un ambiente donde hay enfermos.

Los efectos orgánicos de las grandes extensiones blancas pueden compararse, de alguna manera, con la fatiga y el dolor provocado por la exposición con-

tínua al resplandor del sol sobre la nieve.

Naturalmente el ojo enfoca su atención sobre los objetos más brillantes que se hallan dentro de su campo visual. Como consecuencia se concentra la pupila y se produce dolor de cabeza y distorsiones de la -vista.

Por supuesto que el empleo del blanco en una decora-ción no puede causar estragos tan marcados como el -reflejo del sol sobre la nieve. Según el Dr. Libersohn pueden comprobarse fatigas de los músculos que controlan la retina, leves inflamaciones de los párpados y una tendencia a frotarse los ojos, con las consiguientes irritaciones. Con consecuencias físicas tan evi-dentes podemos imaginar los desórdenes psicológicos -que puede producir este efecto cromático en pacientes nerviosos, angustiados, impacientes o debilitados.

El Canadian Color Studio, sostiene que cada ambiente del consultorio debe tener una concepción específica. Las tres divisiones habituales del centro terapéuti-co cumplen funciones bien determinadas, la oficina -del médico debe proyectar una imagen de fuerza y confianza a la vez que estimular la atención del clien-te, y por último la sala de exploración tiene la mi-sión de conseguir concentrar al enfermo sobre las ta-

reas que le impone el examen clínico.

Ahora bien, los estudios psicológicos sobre el color, realizados por el Estudio de Color, puede proporcionar importantes nortes en este sentido: los colores cálidos atraen la atención del paciente - mientras que los colores fríos tienden a concentrar lo en sí mismo, en sus tareas.

La sala de espera deberá tener un predominio de colores cálidos en sus superficies más grandes, en el despacho le convendrá una mesa de colores cálidos en torno al doctor para concentrar la atención del enfermo, mientras las paredes y otros elementos serán de tonos fríos o neutros y por último la sala de exploración se limitará a tonos fríos, para que la pérdida de atención del enfermo pueda dedicarse a responder al médico y a cumplir con la mayor eficiencia posible las tareas que el examen le impone.

Siguiendo estos lineamientos generales, usted puede crear una atmósfera propicia para cada ambiente de su consultorio, condicionar en el paciente un estado de ánimo ideal para cada momento del proceso terapéutico y asegurarse de que los pacientes acusen un mínimo de reacciones negativas cuando se trate de volver a su consultorio.

B. Música.

La música es uno de los factores más importantes para lograr relajamiento en el consultorio. El paciente que llega tenso, temeroso, al posible dolor, al escuchar música y sin que él mismo lo advierta, empieza a tranquilizarse y se disipan en un alto porcentaje sus recelos.

Pero, desde luego, no se trata sólo de encender la radio con cualquier música. Para que ésta cumpla su función debe de estar cuidadosamente programada. En el volumen adecuado y dentro de formas técnicas y acústicas profesionalmente planeadas.

Los audifonos son también útiles en el sillón dental, éstos se les pueden colocar a los niños, a un volumen que ellos toleren y ponerles cuentos infantiles o música que esté de acuerdo a su edad. De esta manera se les entretiene mucho y se les condiciona a cooperar más.

Ya está comprobado el efecto de la música en el estado anímico de las personas. Entonces la buena música de fondo resulta un magnífico elemento en el consultorio, pero siempre y cuando el sistema haya sido instalado por verdaderos especialistas. Es importante tomar en consideración las condiciones acústicas del local, el número de bocinas y su ubicación, el diseño y el color de las mismas, para no romper con la armonía estética del consultorio.

Un punto muy importante es la buena calidad del equipo que se utilice

La música no obstaculiza el trabajo, sino que lo hace más grato. Esta música no es para sentarse a escucharla es 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. La música que debe seleccionarse será exclusivamente instrumental.

CAPITULO VI

Preparación de la ayudante dental para el trato con el paciente

La ayudante dental puede ejercer una gran influencia en el niño, en la aceptación del nuevo ambiente. Su papel comienza con la conversación telefónica con la madre, previa a la visita y asume especial importancia mientras cumple sus deberes durante la primera visita del pequeño al consultorio.

Forma parte de su tarea, la obtención de información esencial acerca del niño solicitándola a la madre y debe poner en conocimiento de ésta, las normas que rigen en el consultorio. Como la ayudante dental es una figura decisiva en el éxito del trato con el paciente, el dentista le ha de dar instrucciones específicas para guiarla en la conducta adecuada con el niño y en cómo debe llevar las conversaciones con el acompañante.

A. Contacto personal de la ayudante con la madre y con el niño.

Durante la primera visita se dan múltiples ocasiones en que la ayudante entra en relación directa con el niño y con la madre. El dentista debe procurar que el comportamiento de la ayudante sea adecuado en todas estas situaciones.

Saludo al niño y a la madre en la recepción.

La ayudante debe dirigirse a la sala de recepción en cuanto lleguen el niño y la madre y saludarlos. Debe dirigirse al pequeño y llamarlo por su nombre o diminutivo, esto es algo que a él le agrada sobremedida, saludar también a la madre por su nombre. No debe mostrarse excesivamente afectuosa, emplear un lenguaje infantil, ni acercarse al pequeño con movimientos bruscos. Si el dentista no puede recibir al niño en ese momento, le dirá que puede jugar un rato y que ella volverá pronto.

En ese momento y antes de acompañar al niño a la sala de tratamiento, las madres suelen querer explicar a la ayudante las experiencias médicas y dentales previas, del niño. La ayudante le debe aclarar que todo eso lo aclarará con ella después el médico, cuando ya haya examinado al niño. En caso de que la madre insista en hablar con el doctor antes de que examinen al niño, se le llevará al despacho privado o el doctor irá a hablar con ella a la sala de recepción, después de que hayan llevado al pequeño a la sala de tratamiento. Debe hacerse todo lo posible por excluir al niño de esta conversación.

La ayudante debe esperar varios tipos de comportamiento cuando hay que separar al niño de la madre. Cuando han venido a visitarnos más de un niño de la familia, la ayudante acompañará al que desee pasar primero. No debe adular ni sobornar al niño que sea reactivo sino que le alabará su camisa, su sueter, sus zapatos o alguna otra prenda personal. Si el niño sigue

mostrándose reacio a dejar a su madre, la ayudante le recordará que debe ir para que curen su boca, haciéndole cuentos fantásticos. Si el niño se muestra todavía excesivamente reacio, la ayudante pedirá permiso a la madre para llevárselo a la sala de tratamiento. Puede permitir a la madre que acompañe al niño muy vergonzoso a la sala de tratamiento, lo deje en el sillón y vuelva a la recepción. La ayudante llamará al dentista para manejar a un niño rebelde. Por mala que sea la conducta del niño hay que tranquilizar a la madre diciéndole que la reacción de su hijo no tiene nada de raro y que, como la mayoría de ellos, aprenderá a cooperar.

Preparación del niño para el examen.

Los niños necesitan que se les repitan constantemente las instrucciones. Antes de subir al sillón hay que enseñarle dónde debe sentarse exactamente y ajustarle el equipo dental. La ayudante procurará que esté cómodo. Puede poner un almohadón para que la cabeza del niño se apoye bien. No debe inclinarse el sillón sin antes avisarle al niño. Si hay que elevarlo mucho se le tranquilizará diciéndole que está seguro. Se le prende la servilleta de la camisa o traje y se le explica para qué sirve. Luego se le enseñan el espejo, la pasta profiláctica y el aparato de RX.

En este momento los niños desean hablar y la ayudante ha de escuchar lo que dice, sea lo que fuere. Un niño hablador sentirá menos miedo si se le deja hablar. A veces la ayudante se

entera de algún detalle que el dentista debe conocer, como por ejemplo que el niño tiene miedo de que lo duerman. Como la ansiedad del niño puede ser profunda debido a la separación de su madre, la ayudante ha de tranquilizarlo asegurándole que su madre le está esperando.

Hay algunas cosas que la ayudante no debe hacer. Si el niño es muy aprensivo no debe mostrarle los instrumentos dentales antes de que haya tenido tiempo de adaptarse al nuevo ambiente.

Tampoco debe decirle que no le harán daño, si pregunta si le pondrán una "inyección", hay que decirle que el dentista le explicará lo que piensa hacer.

B. Relación con el niño mientras el dentista realiza el tratamiento.

La ayudante dental ha de aprender a guardar silencio y dejar que el dentista explique las maniobras del tratamiento, sin interrumpir. No ha de permitir que el niño toque los instrumentos sin autorización del dentista. Al ajustar la lámpara de operaciones no se ha de enfocar directamente a los ojos del niño. Hay que advertirle cuando se vayan a producir ruidos fuertes o extraños, especialmente el ruido de la pieza de mano ultrarrápida, o del aspirador.

Cuando el dentista tenga que salir de la habitación, la ayu-

dante se quedará con el niño.

La ayudante se ha de ocupar también, de la madre que esté esperando y preocupada por el comportamiento del niño durante el tratamiento.

A estos padres se les puede permitir que se asomen un momento a la sala de tratamiento, sin decir nada, para que vean al niño y se calme su inquietud. La ayudante también puede ir a la sala de espera e informar a la madre ansiosa, que el niño se porta bien.

C. Retorno del niño a la sala de recepción después del tratamiento.

Antes de que el niño se levante del sillón, la ayudante ha de comprobar que lleva la cara limpia. Cuando se ha utilizado un anestésico local, se colocará un tapón de algodón pequeño, entre los labios del niño (como si fuera un cigarrillo). La ayudante dental le dirá que conserve el algodón en su sitio hasta que desaparezca la sensación curiosa que nota en los labios. Luego ayudará al niño a bajar del sillón, le elogiará por su buen comportamiento y le acompañará a la sala de recepción. No se le ha de dejar que se entretenga en la sala de tratamiento.

No obstante, si llora, la ayudante ha de procurar por todos los medios que se calme antes de llevarlo junto a sus padres.

CAPITULO VII

Actitud del Odontólogo.

"La cortesía no cuesta nada y lo consigue todo", ha dicho Montaigne.

Cierto que cuestan mucho los conocimientos adquiridos por los estudios y la actualización de técnicas, pero la buena actitud del profesionalista hacia sus pacientes debe ser el complemento riguroso para lograr un óptimo desarrollo de su ejercicio profesional; porque en realidad, de nada sirve disponer de un buen equipo ultramoderno, si no se tiene la suficiente voluntad, paciencia y el carácter accesible para utilizarlos eficientemente con los pacientes.

El rendir un buen servicio tiene un alto valor estimulante y da al odontólogo conciencia de su autoridad profesional, enriquecen emocionalmente su vida dentro del consultorio. - Esto no quiere decir que adquiriendo un sentido del valor propio debemos cultivar la vanidad, la soberbia, el engriementamiento, el excesivo amor propio u otros aspectos igualmente negativos. En caso de un fracaso técnico las palabras habituales pierden eficacia, en cambio presentando un buen servicio en todos los aspectos, desde el técnico hasta la habilidad manual, el esmero y la voluntad que pongamos en cada uno de nuestros pacientes, no harán falta las palabras, la propia actuación resultará por demás expresiva.

Desde su arribo al consultorio, los visitantes deberán sentir la influencia de la personalidad profesional, deberán advertir algún tipo de diferenciación. La diferenciación que el odontólogo debe lograr es en forma suave y natural. Creer que, por ejemplo, la autoridad profesional está dada por una actitud altiva, severa o magestuosa, es un error de criterio y puede producir choques o innecesarias asperezas.

Algunos odontólogos confunden la vanidad con la dignidad. La vanidad es un orgullo vacío y una ansiedad morbosa de ser observado y admirado por los demás, mientras que la dignidad es un estado de real valer, honor nobleza de mente y de carácter que impresionan a los demás sin esfuerzo alguno por parte de su poseedor.

El arte de tratar a la gente no sólo requiere conocimientos psicológicos y experiencias prácticas sino el constante afán por emplear esos conocimientos y experiencias, en la práctica.

El tratamiento de los niños en algunos aspectos es más fácil y en algunos más difícil que con los adultos.

Es relativamente fácil ganarse su confianza pero ésta se puede perder también muy rápidamente

En sus relaciones sentimentales los niños son inconstantes y los sentimientos hacia el odontólogo están condicionados emo-

cionalmente. Los niños son más vulnerables psíquicamente, no poseen suficiente voluntad para soportar cualquier molestia y no suelen comprender por qué tendrán que soportarla.

Es importante que el odontólogo posea una inclinación e interés natural hacia los niños y que sepa crear un vínculo amistoso con ellos, para que queden cautivados verdaderamente por su charla.

Además, las conversaciones con niños pequeños y mayores, en cierto modo también son provechosas para el odontólogo, porque así llega a conocer el amplio campo de intereses infantiles y obtienen una visión sobre nuevos libros, películas, juguetes, juegos, etc. , todo esto lo puede aplicar enseguida para su próximo paciente y además adquiere información psicológica que completa sus conocimientos, teorías y nuevas experiencias que le dan un mayor criterio.

El odontólogo no sólo debe ser amable y estar de buen humor, sino también debe tener paciencia y ser indulgente, debe dominar sus sentimientos y no mostrar enojo. Hay que tomar en cuenta también, que el niño percibe instintivamente toda nuestra inseguridad.

A. La conversación.

Después de familiarizarse con el pequeño paciente, la siguien-

te meta será ganar completamente su confianza. Si se eligen con cuidado las palabras e ideas de la conversación podrán llegar a comprenderse sin perder mucho tiempo. Al establecer esta confianza, el odontólogo debe transmitir al niño la sensación de que simpatiza con sus problemas y los conoce. Cuando se está estableciendo la relación, la conversación deberá alejarse de problemas emocionales y dirigirse a objetos familiares al niño. Háblele de amigos, animales, la escuela, el cine, los juguetes nuevos, etc., con el niño hay que establecer una conversación de acuerdo a la altura de sus problemas usted debe poner algunos problemas similares a los de él, ejemplo: si al niño le gustan los perros cuénteles lo triste que está usted porque su perro no lo puede acompañar diariamente al consultorio. Esto hará que el niño vea que usted tiene un problema que para él es de mucho interés.

Cuando trata usted por primera vez a un paciente infantil, siempre llámelo por su primer nombre o por su diminutivo, de acuerdo a su edad. Nunca lo llame muchachito, hijito u otro nombre poco familiar por el estilo. Deje que el niño lleve siempre la conversación. Si el niño es muy pequeño, es conveniente añadir algo de la fantasía para dar más interés a la conversación. También debe evitarse hablar a los niños como si fueran más pequeños de lo que son realmente. Esto es una ofensa para ellos, mayor que si se les habla como a personas adultas. No utilice palabras con las que se les habla a los bebés.

Cada niño recibirá la atención completa del odontólogo. Siempre trate al niño como si fuera el único paciente que va usted a ver ese día. Nunca deje a un paciente muy pequeño sentado solo en el sillón, ya que sus temores aun no disipados por completo, pueden agrandarse.

También es mala política transferir al paciente infantil de una sala a otra, para realizar otro tipo de tratamiento, como puede ser cirugía o para tomarle unas radiografías. Esto presentará una situación nueva para el niño y causará en él ansiedad, si es posible realice todo el tratamiento en la misma sala.

El tiempo de atención del niño pequeño es restringido, por lo general una sesión no debe durar más de 20 a 30 minutos, si la visita tarda más los niños pueden volverse menos cooperativos hacia el final.

Los pacientes muy cooperativos, si se cansan con visitas demasiado largas, pueden llegar a un punto de saturación en que empiezan a llorar. Una vez que el niño pierde su compostura, por muy tranquilo y deseoso de ayudar que sea, difícilmente podrá volver a hacerlo.

Es importante también mantener el lugar de trabajo libre de instrumentos impresionantes. Para un primer examen visual sólo se usarán espejos, todo instrumento debe ser presentado con

un nombre comprensible, mostrándosele, explicándole cómo se emplea y permitiéndole que lo toque.

El odontólogo deberá explicar cómo funciona cada pieza de la unidad, de manera que el niño se familiarice con los sonidos y acciones de cada accesorio. Se hace rodar el motor sobre sus uñas, para que pueda sentir lo inofensivo de una copa pulidora de hule. También debe demostrarsele cómo trabaja la jeringa de aire y que la pruebe al igual que la de agua.

Se explicará el control de pie del motor, de manera que el niño sepa que la fresa no está descontrolada sino que cuando sea necesario puede ser detenida.

En la primera visita deberán realizarse sólo procedimientos menores e indoloros, se obtiene la historia clínica que es de suma importancia para el tratamiento y conocimiento general del paciente en todos los aspectos psicológicos.

Nunca hay que olvidar hacer la historia clínica, esto sucede muy comunmente entre los odontólogos, pues no le dan la debida importancia.

Se debe instruir a los menores sobre el cepillado de los dientes y a los padres también, para que revisen si sus hijos lo hacen correctamente en caso de que el paciente sea muy pequeño.

Hay que instruir a los padres para que después de que el niño

realice su cepillado solo, ellos lo hagan por segunda vez - ya que el niño todavía no lo sabrá hacer de manera correcta. Se realiza la limpieza de dientes y se hace la aplicación de fluor. Se pueden tomar radiografías y se le puede explicar - al niño la unidad de radiografía, que es como una enorme cámara fotográfica que tomará una fotografía de sus dientes, cuando esté revelada se le mostrará y él se sentirá orgulloso de lo que logró.

Es buena técnica pasar de operaciones más sencillas a las más complicadas, a menos que sea necesario tratamiento de urgencia, generalmente se invita a los padres en la primera visita a que pasen a la sala de operaciones para comprender el papel tan importante que tienen en la adquisición de hábitos e higiene de su hijo.

Desafortunadamente, los niños llegan con frecuencia al sillón dental para su primera visita sufriendo dolores y con la necesidad de tratamiento más extenso, en esta situación como en todas las demás la veracidad del odontólogo es esencial para el niño.

Deberá decirsele de manera natural que a veces lo que hay -- que realizar produce alguna molestia.

También puede explicársele que si avisa cuando le produce más molestias, levantando la mano izquierda, el odontólogo parará

o lo arreglará de manera que no le moleste tanto o lo hará con más suavidad. Generalmente esto tranquiliza a los niños y pocos abusan de ello.

A veces los niños en edad escolar gritan con fuerza y largamente cuando están en la silla dental, es muy difícil hacerse comprender cuando el niño grita continuamente.

La técnica de sacar a los padres fuera de la sala puede ser suficiente para que se callen, en otros casos puede dar resultado darle tiempo al niño para que se desahogue. Sin embargo, todo odontólogo experimenta ciertos casos en que la actitud de los padres ha sido defectuosa o cuando se les ha inducido miedo a sus hijos, en forma indebida, en estos casos los métodos no sirven y el niño gradualmente va llegando a la histeria. Entonces hay que usar medios físicos para calmar al paciente lo suficiente para que pueda escuchar lo que usted tiene que decirle.

La manera más sencilla de hacer esto es colocar la mano suavemente sobre la boca del niño indicando que esto no es un castigo sino un medio para que él escuche lo que usted va a decirle.

No debe intentarse bloquear la respiración bucal mientras el niño llora, háblele al oído con voz normal y suave, diciéndole que quitará la mano de su boca cuando acabe de gritar. No

deberá haber malicia en su voz y puede que la llamada de atención surta efecto aunque crea que el paciente no lo - esté oyendo, cuando haya dejado de llorar quite la mano de su boca y háblele con voz suave, sobre alguna experiencia - sin relación alguna con la odontología. Es sorprendente lo eficaz que esto puede ser y cómo estos niños se vuelven pacientes ideales, no guardan resentimientos y se dan cuenta de que lo que hizo usted fue para su bien.

Generalmente se convierten en los pacientes más cooperadores. Colocar la mano sobre la boca del paciente es una medida extrema y sólo se deberá utilizar como último recurso, en el paciente ya histérico y cuando hayan fallado todos los demás medios. Pueden ser necesarios con los niños demasiado - mimados. Esta técnica requiere de considerable habilidad.

Todos sus movimientos ya sea al manejar a los pacientes o en procedimientos operatorios, deberán mostrar suavidad y gracia. Los movimientos rápidos y bruscos tienden a atemorizar a los pequeños. Cuando baje al niño del sillón y esté inclinándole el respaldo, hágalo despacio, no deje caer al niño de golpe ni lo incline rápidamente, al inyectarlo no lleve la jeringa a sus ojos, hágalo con movimiento rápido pero suave sin que el niño note la operación. Si sus actitudes son naturales y graciosas se podrán evitar gran parte de los miedos innecesarios.

B. Recompensa y Soborno.

Existen varios tipos de recompensa para los pacientes que se portan bien. Una de las recompensas que más busca el niño es la aprobación del odontólogo, por lo tanto, que el odontólogo reconozca la conducta ejemplar del niño, influye para que éste se porte bien.

Cuando el niño sea buen paciente, dígaselo, esto impondrá una meta a su comportamiento futuro, hará todo lo posible por conservar el nivel que él mismo estableció. Cuando alabe al niño hágalo sobre su comportamiento y no sobre el individuo, por ejemplo: en vez de decirle que ha sido un niño bueno, dígale que se portó muy bien.

Los regalos son muy buenas recompensas, darle al niño algún regalo cuando se ha portado bien, forma parte de un manejo adecuado. Existen muchas variedades de regalos. Algunos odontólogos dan pequeños objetos o juguetes, algunos dan cupones para entrar al cine o a un juego cercano. Uno de los más eficaces, es dar estrellas doradas para que las peguen en alguna cartulina que está en la sala de recepción, con su nombre y con las citas próximas que él va a tener y cuando la llene se le dará un juguete, esto hará que el niño tenga un comportamiento ideal en el consultorio y lo hará sentirse orgulloso.

Por otra parte nunca soborne al niño. Raras veces da resulta-

do positivo. El resultado será sencillamente que el niño - seguirá portándose mal para obtener más sobornos y concesiones.

Sobornar es admitir que el odontólogo no puede manejar la situación. Un niño perceptivo se aprovechará de la mala situación del odontólogo. Es muy conveniente distinguir entre soborno y recompensa. La línea divisoria es en realidad, muy tenue.

Una recompensa después de la visita puede servir de soborno - para que el niño vuelva la próxima vez. Sin embargo, en general se promete o da el regalo para inducir buen comportamiento después de que se terminó la operación, sin que anteriormente se hubiera prometido. Los sobornos no tienen lugar en la odontología.

CONCLUSIONES

Como profesionistas nos encontramos con una gran cantidad de hábitos cuyo origen parte de la deshumanización - que actualmente muestra nuestra sociedad. Estos hábitos se manifiestan tanto en la comunidad médica como en la institución familiar.

Los problemas que se desarrollan en esta tesis, parten de la observación y preocupación de la toma de conciencia - que manifiesta el odontólogo en su actividad personal aunado a su limitado conocimiento de los factores psicológicos que influyen y determinan el comportamiento del infante en el consultorio , siendo este último un aspecto generalmente olvidado, ya sea por carencia de recursos económicos o por la falta de información en cuanto a la importancia que el ambiente físico desempeña en nuestra labor.

Los planteamientos y sugerencias en este trabajo pretenden marcar un cambio de actitud, que sea radical, en el odontólogo y padres de familia para coadyuvar al mejoramiento de nuestro trabajo en la sociedad.

Es menester en la aplicación de lo expuesto, que se lleve a la práctica privada, a las instituciones pública, a los hospitales y a las escuelas. Así mismo, es conveniente establecer comunicación interdisciplinaria con los pediatras, los psicólogos y los pedagogos, para el logro de los objetivos aquí planteados.

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

1. Dr.Singer, Robert y Singer Anne
Psicología Infantil.
Ed. Interamericana
México.
2. Ryan, Edward J.
Fundamentos Psicobiológicos en Odontología.
Ed.Mundi
Buenos Aires, Argentina.
3. Dicarpio, Nicholas S.
Teoría de la Personalidad.
Nueva Editorial Interamericana
México,D.F.
4. Anderson, Pauline C.
La Asistente Dental.
Ed. Troquel
Buenos Aires, Argentina.
5. Finn, Sidney B.
Odontología Pediátrica.
Nueva Editorial Interamericana
México, D.F.
6. McDonald, Ralph
Odontología para el Niño y el Adolescente.
Ed.Mundi
Buenos Aires, Argentina

7. Harnot, Ewald y Weyerj, Helmut
Odontología Infantil.
Ed. Mundi
Buenos Aires, Argentina.
8. Hotz, Rudolf P.
Odontopediatría.
Ed. Médica Panamericana
México
9. Piaget, Jean
Seis estudios de psicología.
Ed. Seix Barral
Barcelona, España
10. De la Fuente Muñiz, Ramón
Psicología Médica.
Fondo de Cultura Económica
México, D.F.
11. Cofer, C.N. y Appley, M.H.
Psicología de la Motivación.
Ed. Trillas.
México
12. Reese, Hayne W. y Lipsitt, Lewis P.
Psicología Experimental Infantil.
Ed. Trillas.
México
13. Biehler, Robert F.
Introducción al Desarrollo del Niño.
Ed. Diana
México

14. **Morris, Alvin L. y Harry M. Bonannan**
Las Especialidades Odontológicas en la
Práctica General.
Ed. Labor
México.

15. **William R. Cinotti y Arthur Griedor**
Psicología Aplicada en Odontología.
Ed. Mundi SAIC. y F
Primera Edición.
Buenos Aires, Argentina.