

Universidad Nacional Autónoma de México

" ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES "

IZTACALA U. N. A. M.

CARRERA DE ODONTOLOGIA

**LA IMPORTANCIA DEL MANEJO DEL NIÑO EN EL  
CONSULTORIO DENTAL**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

*CIRUJANO DENTISTA*

P R E S E N T A N

**Martha Patricia Mendoza Barrera**

**María Eugenia Olguín Castillo**

SAN JUAN IZTACALA, MEX.

1984



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

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

El contenido de esta tesis comprende básicamente un estudio del comportamiento y la relación entre el Cirujano - Dentista, niño y padres en el consultorio dental.

Se dan a conocer diversos problemas emocionales que en un momento dado se pueden presentar durante las sesiones de trabajo, así como una profunda visión de como las influencias paternas pueden producir ansiedades infantiles.

Creemos que el conocimiento de la Psicología aplicada a la Odontología es importante para obtener una buena relación entre el Cirujano Dentista-niño-padres en esta relación, se debe orientar a los padres para que colaboren positivamente con el Odontólogo y evitar transmitir, aún inconscientemente cualquier tipo de miedo o de Cirujano Dentista.

El entendimiento entre el paciente y el Odontólogo es de primordial importancia para el éxito de cualquier tratamiento, se debe dar al paciente infantil, confianza y seguridad.

Se menciona también algunos de los aspectos más comunes sobre el comportamiento que adopta el niño en el consultorio y el manejo que se puede emplear a las diversas situaciones de parentesco, emocional o edad.

El tener conocimientos básicos de Psicología infantil nos conducirá a un buen ejercicio en la práctica diaria de la Odontología.

Ya que si desde temprana edad el niño es bien tratado y orientado odontológicamente, se reducirán en gran parte los problemas futuros, ya que el niño de hoy es el adulto del mañana.

El Dentista que comprende los fundamentos de ansiedad y miedo puede estar capacitado para entenderse con el niño y resolver así sus problemas bucodentales. Todo esto a fin de evitar traumas posteriores que afectarán al paciente.

El tratar al niño en una forma individual y honesta, como a un ser pensante y sensible, será la base de la rehabilitación, ya que recibir atención odontológica debe ser total.

mada como una acción natural sin temores, ni angustias y -  
que se realice periódicamente, pues de ello depende en --  
gran medida la salud oral .

A través de nuestras experiencias adquiridas de traba--  
jos realizados en Odontología infantil podemos decir que -  
generalmente los pacientes infantiles no causan problemas  
y que la mayoría son buenos pacientes, a excepción de una  
pequeña minoría que requiere atención especial por parte -  
del Odontólogo .

## P R E F A C I O

*El presente trabajo aspira a demostrar al Cirujano Dentista la gran importancia que tiene para su práctica general, el saber tratar al paciente infantil .*

*Por mucho tiempo se a reconocido que el problema orgánico más común en los escolares es principalmente la caries dental .*

*Por lo general la afluencia de niños en el consultorio es ascendente, se torna imperioso que el Odontólogo de algún modo deba estudiar la Psicología infantil así como la Paidodoncia clínica sin llegar a profundizar demasiado en la especialidad, pero si adentrarse convenientemente a los principios básicos, para ofrecer a cada paciente un ambiente de seguridad emocional, despojarlo de sus tensiones de temor, del dolor, ansiedades y sobre las ideas falsas de anteriores experiencias dentales .*

*Debemos trabajar con ellos no contra ellos, insistir y demostrarles que su papel como personas es importante, no hacerles sentir culpables ni crearles ansiedades innecesarias .*

## S U M A R I O

### CAPITULO I

#### ORGANIZACION DEL CONSULTORIO

- 1.- Aspecto y decoración del consultorio
- 2.- Limpieza del consultorio
- 3.- Asistente dental
- 4.- Momento de la cita
- 5.- Historia clínica
- 6.- Citas periódicas

### CAPITULO II

#### DIFERENTES REACCIONES DE CONDUCTA DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL Y SU TRATAMIENTO

- 1.- Comportamiento impulsivo del niño
  - a) Tímido
  - b) Incorregible o consentido
  - c) Desafiante
  - d) Miedoso
  - e) Nervioso y sensible
  - f) Temeroso y angustiado
  - g) Obstinado
  - h) Sociable
  - i) Muy activo
- 2.- Síndrome del niño maltratado
- 3.- Excepcionalidad mental

## CAPITULO III

## MANEJO Y METODOS DE TRATAR AL NIÑO EN EL CONSULTORIO

## I MANEJO

- 1.- Habilidad del dentista
- 2.- Indicar al niño lo que debe hacer
  - a) Adaptarse al niño
  - b) Eliminar el miedo con fuerza motivadora
  - c) Respetar al niño
  - d) No sobrecargar el trabajo
- 3.- Empleo de palabras de admiración, alabanzas y recompensa
- 4.- El paciente y el soborno
- 5.- El odontólogo y la gracia
- 6.- Empleo o uso de palabras que originen miedo

## II METODOS

- 1.- Metodo de no hacer
- 2.- Metodo del ridiculo
- 3.- Metodo verbal
- 4.- Metodo de la imitación social
- 5.- Metodo de la aplicación del estímulo

## CAPITULO IV

## ACTITUDES Y COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES HACIA EL NIÑO

- 1.- Identificación
- 2.- Sobreprotección
- 3.- Autoridad excesiva
- 4.- Rechazo
- 5.- Celo excesivo
- 6.- Otros

## CAPITULO V

## MANIPULACION DE LOS PADRES

- 1.- Comunicación inicial con los padres
- 2.- Comportamiento de los padres en el consultorio
- 3.- Instrucciones a los padres
- 4.- Influencias paternas

## CAPITULO VI

## COMPORTAMIENTO DEL CIRUJANO DENTISTA

- 1.- Planeamiento del trabajo del C.D
  - a) Procedimiento de citación
  - b) Plan de tratamiento diario
  - c) Citas incumplidas y canceladas
- 2.- Control del dentista
  - a) El niño como paciente
  - b) Fracaso de comunicación
- 3.- Técnicas en el manejo del niño
  - a) Estructuración
  - b) Tranquilización
  - c) Control de voz
  - d) Restricción o terapia de sorpresa
  - e) Premedicación y Postmedicación

## CAPITULO VII

## RELACION DEL CIRUJANO DENTISTA CON EL NIÑO

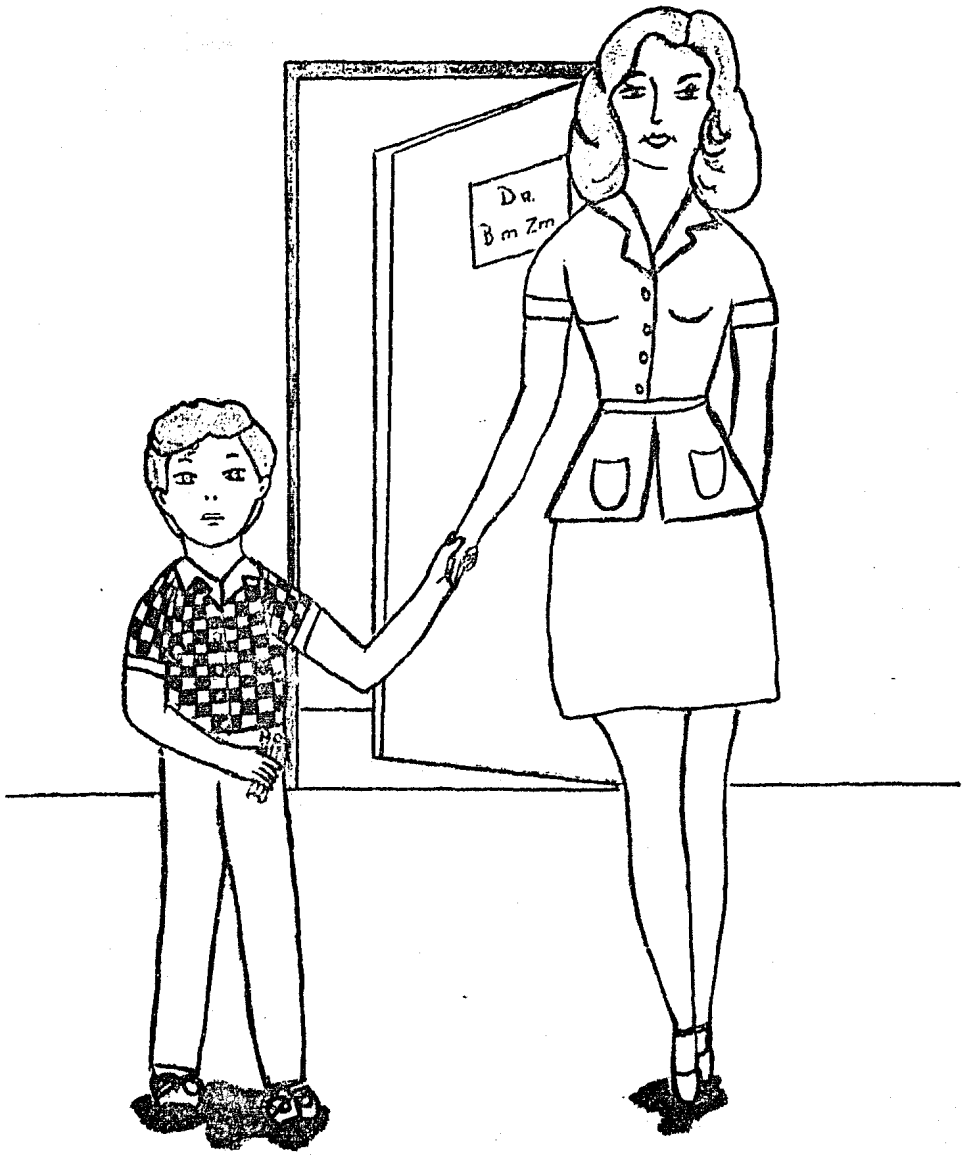
- 1.- Desarrollo y psicología del niño
- 2.- Proceso de aprendizaje del niño hasta los diez años
- 3.- Instruir a la experiencia Odontológica
- 4.- Reacción a la experiencia Odontológica

## CAPITULO VIII

## CONOCIMIENTOS BASICOS DEL NIÑO

- 1.- Crecimiento y desarrollo del niño
- 2.- Anatomía dental
- 3.- Etiología de una mal-oclusión





## CAPITULO 1

## ORGANIZACION DEL CONSULTORIO DENTAL

## 1.- ASPECTO Y DECORACION DEL CONSULTORIO

Las primeras impresiones son fáciles de crear y difíciles de dispersar, en esto radica la importancia de la buena decoración de un consultorio, tanto en su aspecto interno como externo. Es común observar que el paciente asocia ambos aspectos con el Odontólogo mismo.

Para que el mecanismo técnico-administrativo funcione bien, una de las condiciones más importantes a tomar en cuenta es la organización, tanto de la sala de recepción como de la distribución de pacientes a las horas de trabajo.

La sala de espera tiene el propósito de que los pacientes estén básicamente cómodos, debiendo dar psicológicamente una impresión de seguridad y hospitalidad, así como alentar a la relajación ya que esta beneficia al Dentista y al paciente.

Otro requisito que se busca en la sala de espera, es que sea amplia, de tal forma que el paciente pueda elegir el asiento de su preferencia; una sala aglomerada tiende a crear tensiones y ansiedad.

El no hacer demorar al niño es importante ya que esto despierta su inquietud, por lo que es aconsejable contar con sillas acordes a su edad así como libros e incluso historietas cómicas con el fin de mantener tranquilo al niño en tanto espera su hora de entrada.

Se recomienda contar con una sala privada, aparte de la sala de espera, lugar donde se pueden tratar aspectos financieros, conversaciones telefónicas o simplemente como lugar de descanso para el Dentista.

La decoración debe ser ligera y brillante más no llamativa, el consultorio de preferencia estandar pintado o empapelado con colores claros evitando los oscuros que reducen la buena visión; los colores muchas veces sirven para estimular, deprimir o relajar y es lógico que un paciente en estado de relajación participará con mayor facilidad en el tratamiento que una persona irritada y sensible.

En cuanto a la iluminación lo primordial sería contar con luz adecuada para la actividad que se va a realizar, - la luz natural resulta ser más eficiente .

## 2.- LIMPIEZA DEL CONSULTORIO

El Odontólogo y su asistente deben hacer personalmente todos los esfuerzos posibles para obtener una impresión inicial favorable de el paciente. Un detalle inicial para lograr esto es la limpieza; lo que implica la ausencia de gérmenes que producen enfermedades .

Varias veces por día se hará necesario verificar el aspecto de la sala de recepción, la cual estará ventilada y desodorizada, cuidando todos los detalles necesarios. De esta forma se le brinda al paciente un sentimiento de confianza .

La esterilización de instrumentos se hace cada vez más importante ya que la enfermedad se transmite de paciente - en paciente através de este medio. Actualmente la higiene no solo es lógica sino que se considera como básica y fundamental para el logro de cualquier tipo de práctica .

Psicológicamente la mayoría de los pacientes poseen -- ideas y escrúpulos definidos respecto a los objetos que entran a su boca, por lo que al ver instrumentos manchados o descoloridos producen un sentimiento indeseable en el paciente. Otro punto que se debe tratar y cuidar siendo además fundamental es la limpieza de las manos; es aconsejable colocar el lavabo en un lugar accesible a la vista del paciente con toallas limpias, las uñas se encuentran a la vista del paciente y se hace necesario mantenerlas cortas y limpias, el esmalte en caso de usar será claro o de tono inalterable .

Toda área estará bien iluminada, fácil de limpiar y convenientemente arreglada .

## 3.- ASISTENTE DENTAL

El uso de personal auxiliar en los servicios Odontológicos, tiene el propósito, de expandir la capacidad productiva del Dentista manteniendo o posiblemente mejorando la calidad de sus servicios .

La asistente dental es de mayor valor aún, porque además de desempeñar sus labores técnicas, puede servir de puente inicial de comunicación entre el Dentista y el niño .

La eficiencia en el rendimiento del tratamiento dental a niños no tan solo es importante por su significado económico, sino también es deseable para simplificar todos los tratamientos, para así reducir el tiempo de cada visita en todo lo posible.

Para lograr el éxito es necesario que tanto asistente como Odontólogo hayan adquirido la destreza requerida para operar en coordinación como equipo humano.

El Dentista que desee mejorar el rendimiento de su consultorio es necesario, que conozca la efectiva ayuda que brinda la colaboración de una asistente dental. Las funciones de la asistente dental se agrupan en dos divisiones.

#### 1. Tareas dentro del consultorio

#### 2. Tareas fuera del consultorio

1. Las tareas que desempeña la asistente dentro del consultorio se pueden dividir según actúe ésta, ya sea alrededor del sillón dental preparando los diferentes materiales que se llevarán a la boca, o como instrumentista al lado del sillón, intercambiando el instrumental adecuado.

2. Las funciones fuera de la habitación-consultorio serán el actuar como recepcionista, esto es, ocuparse de atender la puerta de la sala de recepción y del manejo del libro de citas en armónica inteligencia con el Dentista.

A continuación algunas sugerencias sobre la asistente:

1. Su aspecto debe ser prolijo y limpio
2. Saludar a los pacientes tan pronto como lleguen
3. Ser su salud con una sonrisa sincera
4. Saber el nombre de cada paciente
5. Procurar que los pacientes se sientan cómodos
6. Explicar cualquier demora inesperada del Odontólogo
7. Averiguar si puede ser de alguna forma útil para el paciente hasta que el Odontólogo lo vea.

#### 4.- MOMENTO DE LA CITA

El libro de citas como ya se mencionó, estará al cuidado de la asistente dental, para ser ella la responsable de su manejo, debiendo prestar preferente atención a la distribución del tiempo del Profesionalista.

Al distribuir a los pacientes en el libro se dará el tiempo necesario para terminar alguna operación productiva que cubra el costo de hora de trabajo y permita las ganancias.

Conocer las características de cada paciente en cuanto a puntualidad se refiere es necesario, ya que se presenta la probabilidad de que el paciente falte y el Dentista pierda tiempo. La cantidad de pacientes que un Profesionalista

puede atender a las 6 hrs, varía según la clase de trabajo, pero en general se admite, que cada cita debe tener una duración mínima de 15 min, en trabajos sencillos y media hora ó hasta una hora en trabajos un poco más complejos.

Esto se atribuye a que los niños no pueden permanecer en el sillón mucho tiempo, ya que tienden a ser menos cooperativos hacia el final, llegando a un punto de saturación en que empiezan a llorar.

### 5.- HISTORIA CLINICA

El proceso de la Historia Clínica es decisivo para evaluar la conducta del niño para hacer posible un aporte eficaz en su mejoría. La primera cita al consultorio generalmente, el niño va en compañía con sus padres, siendo probable que a las siguientes asista solo.

Es aconsejable tener formularios impresos, disponibles - para registrar todos los datos proporcionados por el paciente.

El historial académico se debe hacer lo más completo posible para evitar dificultades durante el transcurso del tratamiento dental.

A continuación se sugiere un patrón eficaz de Historia Clínica.

FECHA \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Hobbies \_\_\_\_\_

Recomendado por \_\_\_\_\_

Nombre padre \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Nombre madre \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Problema \_\_\_\_\_

Acuerdo Económico \_\_\_\_\_

#### HABITOS ALIMENTICIOS

¿Come bien? \_\_\_\_\_ ¿En las comidas normales? \_\_\_\_\_

¿Entre comidas? \_\_\_\_\_ ¿Helindroso? \_\_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_\_

¿Comidas especiales? \_\_\_\_\_ Vomitos \_\_\_\_\_

## HABITOS DE SUENO

¿Duerme profundamente? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas horas? \_\_\_\_\_

¿Suele andar con sueño? \_\_\_\_\_

## SALUD GENERAL

¿Dolores de cabeza? \_\_\_\_\_

¿Dolores de estómago? \_\_\_\_\_

¿Nauseas? \_\_\_\_\_ ¿Palidez? \_\_\_\_\_ ¿Desmayos? \_\_\_\_\_

¿Vista? \_\_\_\_\_ ¿Dolor de oído? \_\_\_\_\_

¿Audición? \_\_\_\_\_

¿Bruzismo? \_\_\_\_\_

Historia de afecciones cardíacas \_\_\_\_\_

## HABITOS

Succión pulgar \_\_\_\_\_ 1 dedo \_\_\_\_\_ 2 dedos \_\_\_\_\_

Morder labios \_\_\_\_\_ Uñas \_\_\_\_\_

Adelantamiento de lengua Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Respiración Bucal Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Referencia Ortodóncica Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Oclusión Distal \_\_\_\_\_ Mesial \_\_\_\_\_

Mordida Abierta \_\_\_\_\_ Cerrada \_\_\_\_\_

Cruzada \_\_\_\_\_

Apilamiento Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Uso de cepillo Adecuado \_\_\_\_\_

Inadecuado \_\_\_\_\_

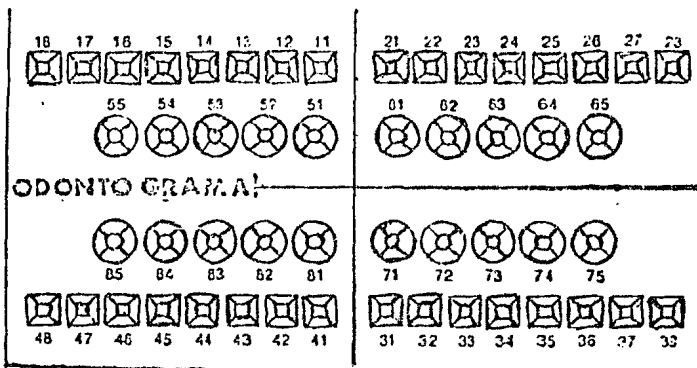
## HISTORIA MEDICA

Enfermedades \_\_\_\_\_ Traumatismos \_\_\_\_\_

Medicamentos utilizados \_\_\_\_\_

ACUERDO ECONOMICO \_\_\_\_\_

HALLAZGOS DEL EXAMEN



- Rojo - Caries
- Azul - Obturaciones Amalgama
- Negro - Extracciones
- Verde - Coronas
- Diente Ausente 0
- Inclinaciones ← → ↕
- Giroversiones (↻)
- Movilidad I II III
- Indice de placa \_\_\_\_\_
- Interpretación radiográfica \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Etiología \_\_\_\_\_

Tratamiento \_\_\_\_\_

## 6.- CITAS PERIODICAS

Dentro de los deberes del Profesionista está, el de vigilar a los pacientes con el fin de prevenir enfermedades bucales .

Es conveniente que el Odontólogo cuide los trabajos -- efectuados que puedan sufrir alteración por el uso, a esto se debe la citación periodica de pacientes. Tomando en -- cuenta que en nuestro país esta idea aún no es bien generalizada y podría tomarse como errónea .

Con cierta clase de personas, encontramos algunas dificultades al iniciar el tratamiento, ya que no acuden al -- Dentista mientras no sufren de dolor y muchos más no asisten aunque ya presenten dolor .

Es conveniente que el paciente se entere anticipadamente que va a recibir la cita, aleccionándolo sobre el objeto que se persigue, para lograr esto es necesario que la -- tarjeta de cita tenga cierto carácter de individualidad a fin de que el paciente quede persuadido de que se ocupan -- particularmente de él .

Existen dos métodos de citación periodica:  
Uno sería la carta personal, la cual demuestra que nos interesan nuestros trabajos, y que tratamos de evitar caries profundas al paciente .

El otro sería un compromiso previo con el paciente, -- quien desea espontáneamente la cita cada seis meses, con -- el objeto de cuidar su boca .





## CAPITULO II

### DIFERENTES REACCIONES DE CONDUCTA DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL Y SU TRATAMIENTO

#### 1.- COMPORTAMIENTO IMPULSIVO DEL NIÑO

El objeto principal del tema es proporcionar al Odontólogo de práctica general una guía sobre el estado emocional del niño .

El Odontólogo de práctica infantil se a dado cuenta, de que el pequeño no siempre demuestra una reacciones definida o única, sino que presenta una mezcla de reacciones, ya sea dolor, temor o angustia, esta combinación torna más complejo el problema en particular cuando el Odontólogo de be diagnosticar la acción con rapidez. El comportamiento del niño no cooperativo en el consultorio esta motivado generalmente, por un deseo de evitar el dolor que puede interpretarlo como una amenaza a su bienestar, puesto que el niño actua por impulso, temor o angustia .

Difícil es la lucha contra el temor y angustia ya que su principal objeto es preparar al paciente contra algún peligro. Es modificable el comportamiento del paciente, ya que cambiará su conducta una vez que aprende que en el consultorio toda actitud indeseable no recibe premio y la motivación para continuar actuando se habrá perdido .

Una vez que el niño acepta el tratamiento dental, dependerá de la capacidad o habilidad del Odontólogo para estimular su cooperación durante su estancia .

A continuación se mencionan algunos de los tipos de niños que se presentan a consulta :

#### a) TIMIDO

Son varias las razones por las cuales el niño es tímido o asustadizo, como la falta de oportunidad para alternar con personas fuera del ambiente hogareño, poco afecto de los padres, ser hijo único o tratarse de un niño psicológicamente y emocionalmente inmaduro y por tanto dependiente .

Es fácil descubrir al niño tímido, pues trata de esconder su cara tras la falda de la madre o mirar hacia el sue

lo, se desconcierta y pierde sus facultades cuando entra en contacto con personas extrañas o se siente observado por ellas. El niño llega en estas ocasiones a la perplejidad y siente un malestar violento; enrojece o palidece, siente la garganta apretada, seca, tiembla, comete torpezas; cuando se le dirige la palabra responde a pocas preguntas o esboza algún comentario, no coopera mientras está rodeado de este caparazón.

#### TRATAMIENTO

La asistente y el Odontólogo deben demostrar al niño que la actitud del ambiente será mucho mejor más rápido pierda su timidez.

Es recomendable hacer toda clase de esfuerzo, para que el niño y la madre se sientan cómodos, a fin de que por medio de ésta podamos acercarnos más al pequeño. Es bueno aprender el nombre de pila del niño, así como averiguar algo sobre su "hobby", cada niño tiene una cosa favorita de la que le gusta hablar y se siente más animado si tanto asistente como Odontólogo de muestran sincero interés en ello.

#### b) INCORREGIBLE O CONSENTIDO

Todo operador conoce al niño mimado o incorregible, resultado de la excesiva indulgencia ó en algunos casos del rechazo de los padres. Este niño puede lloriquear, golpear, patear, tirarse al suelo para desplegar arranques de mal humor, o hacer una docena de cosas, cualquiera, con la finalidad de intentar persuadir por todos los medios al padre, para que lo lleve a casa o al menos lo saque del consultorio.

La actitud que toman generalmente los padres, a este chico, es de hacerle varias promesas al hijo, lo que al pequeño no le interesa, por estar familiarizado con la idea de que la mayoría de las cosas son suyas con solo pedir las.

En este momento al Odontólogo no le conviene enojarse, mostrar que está irritado o expresar antipatía hacia el niño, pues el padre se dará cuenta de tales reacciones y tendrá un buen motivo para asumir una actitud protectora hacia su hijo. El chico igualmente percibe cualquier tipo de enojo por parte del Dentista y conducir por tanto a muchos inconvenientes. Además el Profesionalista al asumir una actitud de enojo no puede realizar alguna operación con eficiencia y probablemente resulta más daño que bien el procedimiento intentado.

## TRATAMIENTO

Algunos niños pasan el examen y la entrevista inicial -- sin problema alguno, pero al iniciar el tratamiento o limpieza exclaman: esa cosa no me gusta (señalando la pieza de mano y fresa) y no quiero que me la pongas, el niño opta por retorcerse, se resiste y finalmente grita .

En este momento el Profesionalista hace toda maniobra más despacio y con calma, para explicar al niño las razones de el procedimiento; se le expone que se tomarán precauciones necesarias para que el tratamiento se lleve a cabo con la menor incomodidad. En caso de que el niño decida poner obstáculos o evadir cualquier acercamiento o comentario razonable del Odontólogo, se procede a conversar con los padres .

Una vez que logramos la colaboración de los padres para continuar con el tratamiento, entonces se procede a separar al niño de ellos, para actuar de manera diferente .

El primer paso a seguir es informar al pequeño que se hará todo para ayudarlo y tan pronto como el examen o tratamiento termine podrá volver a lado de sus padres. El niño -- por lo común no deja de llorar y se resiste a todo esfuerzo para retenerlo en el sillón. Durante el llanto no quiere oír ni entender los comentarios del Odontólogo y el resultado es una falta de cooperación, si continua llorando y se niega a comentarios amables entonces, como último recurso; se sostiene firmemente las manos y pies del pequeño, la mano del operador se coloca firmemente sobre la boca y nariz durante segundos, para entonces decirle : no me gusta tener te así, pero debo hacerlo porque tú me estas obligando y no te soltaré hasta que dejes de llorar y patear .

Este momento es definido, rápido y práctico, ahorrando tiempo, algunos pacientes prometen portarse bien después de la primera aplicación, sin embargo, se oponen a cualquier intento de examinarlos de la boca, en tal caso se volverá a proceder como antes, hasta que nos deje libre acceso .

Va controlado el niño, se procede a delimitarlo sinceramente, y cada vez que sea posible se le pide ayuda durante el tratamiento, esto es deteniendo el espejo, colocar el succionador, etc., sin dejar de repetirle que se siente orgulloso de su comportamiento, ahira se permite la entrada de sus padres y frente a ellos le menciona al niño que ha sido uno de los mejores pacientes que ha tenido, finalmente se procede a despedirlo .

Es raro que este tipo de tratamiento sea necesario repetirlo en la siguiente cita .

### c) DESAFIANTE

Esta clase de pacientes se caracteriza generalmente, por recibir demasiada protección, en particular los varones .

Gusta de desafiar al Odontólogo a que intente hacerle algún trabajo, raramente lo vemos llorar o comentar algo, - Una de sus expresiones favoritas es "no abrine la boca", - Algunos más agregan "no quiero que me hagas ningún trabajo y no me importa si mis dientes están feos",

Nos damos cuenta que una capa exterior de arrogancia rodea a éste niño, y si logramos conseguir alguna cooperación hay que apelar a su fanfarronería .

Lo que debemos hacer es tratar de ganar la confianza y consentimiento de los padres para ver al niño a solas, entonces el problema, se puede decir, estará resuelto .

### TRATAMIENTO

Para convencer al niño sin más pérdida de tiempo, utilizamos el método anterior (niño incorregible) así terminará por cooperar y entenderá quien es el que manda en el consultorio .

No es raro esperar que estos niños lleguen a ser muy buenos pacientes y amigos en corto tiempo .

### d) MIEDOSO

El Odontólogo encuentra uno de sus mayores obstáculos en los injustificados comentarios que hacen diversas publicaciones, que intentan provocar risa o desanimar a gente que acude al consultorio dental. Otras causas son las amenazas que hacen los padres hacia el niño, acerca de experiencias odontológicas causadas por algún Profesionalista .

El niño por lo tanto al entrar al consultorio ya viene condicionado a que, todo trato con el Dentista le causará dolor, la solución a nuestro problema estará en conservar amigablemente con el paciente, para explicar al pequeño que no solo vamos a calmar el dolor, sino a prevenirle otras posibles enfermedades. Respecto a sacarle algún diente, se le dirá que solo se hará en casos muy necesarios, nuestro lema entonces será "siempre te diré la verdad y quiero que tú también me la digas.

## TRATAMIENTO

Nuestro primer paso es decirle al chico que durante el tratamiento, si en diente por trabajar siente molestias, - que levante la mano para detener un momento, ahora bien; especificar, que si levanta la mano a cada rato sin ser necesario, será mejor que no lo intente ya ouv el tratamiento se alargará más tiempo .

La imaginación de un niño vuela al entrar al consultorio por vez primera, recibe muy agradable sorpresa cuando a su paso encuentra una asistente y un Doctor amables y comprensivos, si logramos la confianza del niño el miedo estará vencido .

A cada pequeño le gusta ser elogiado y reconocido, cuantas veces más de una lagrima fue detenida con algún comentario gentil de cabellos, zapatos o un logno, nunca debemos perder la oportunidad de estimular la amistad y apreciación de los meritos del pequeño .

### e) NERVIOSO Y SENSIBLE

La anamnesis prueba que la neuropatía, la debilidad -- irritable de los niños, es congénita y se manifiesta en la infancia .

Estos niños demuestran menos profundidad de sueño y -- gran capacidad de susto y sobresalto por los ruidos; a esto se añade una gran inquietud motora. La sensaciones desagradables les conducen a un llanto de desacostumbrada intensidad y a menudo a un verdadero delirio, a causa de estos desagradables sentimientos de tensión, el niño empieza a gritar con violencia y en medio de gritos cesa súbitamente de respirar durante un minuto, poco más o menos se pone cianótico, especialmente en torno a la boca y cara, mira angustiada a su alrededor y agita con desesperación brazos y piernas, los ojos se hallan comunmente vueltos hacia arriba y pueden aparecer movimientos bruscos en todas direcciones .

El niño con sus gritos queda breve tiempo débil y cansado, otras explosiones de rabietta o la pérdida de la -- conciencia, son en sus formas graves, es un acontecimiento muy dramático capaz de provocar en quienes lo rodean, un gran sobresalto .

Al principio las convulsiones respiratorias pueden ser provocadas voluntariamente por el pequeño, como medio para conseguir de los adultos sus deseos; más tarde el meca

nismo de las convulsiones esta tan automatizado que el niño ya no lo domina .

## TRATAMIENTO

El tratamiento consiste en tranquilizar a los padres, no prestar atención a los berrinches del pequeño. El Odontólogo debetener presente que en los niños sensibles se logra más con un trato amable y con alabanzas oportunas que con la fuerza, el tratamiento es similar al del niño miedoso .

### 6) TEMEROSO Y ANGUSTIADO

Se entiende por temor a la emoción que domina al niño a la vista de un peligro real, supuesto que amenaza su existencia individual. Hablamos de angustia cuando intimida al niño la supresión del temor en cualquier forma, se puede decir que es un sufrimiento interno que causa una tensión .

El temor es una de las emociones que con más frecuencia se experimenta en la infancia, es importante observar al paciente en busca de los signos que se manifiestan cuando se tiene temor, como la transpiración, tensión muscular, -- agitación, súbitos síntomas sin causa aparente .

El niño angustiado muestra reflejos aumentados temporalmente y espasmos a la menor excitación, taquicardia y palpitaciones, molestas, palidez súbita, así como sudor frío, -- pueden producirse alteraciones en el lenguaje, como tropieza sibilico y tartamudez .

Los estados de temor y angustia infantiles son frecuentemente la consecuencia de una educación defectuosa; vemos comunmente que un niño cuando no quiere obedecer, los padres lo amedrentan con palabras que inspiran miedo, por ejemplo: le infunden temor hacia el coco (fantasma ficticio que provoca miedo a los niños) o con el doctor que le cortará los brazos si se porta mal, todo esto provoca que el niño sienta temor hacia lo desconocido .

Lo primero que se hace en estos casos es tratar de calmar al pequeño con paciencia y buena voluntad, para ganar su confianza y convencerle de que no sufrirá daño alguno, -- le mostraremos los instrumentos, explicando el funcionamiento de cada uno de estos .

El Odontólogo conversa con el niño y llega a enterarse de la causa de su temor, para dar una solución satisfactoria .

## TRATAMIENTO

En la primera sesión, el Profesionista tratará de evitar problemas dolorosos de la mejor manera posible, esto es limpiando cavidades cariosas con cuchilla, explicando paso a paso el procedimiento para gradualmente avanzar llegar a procedimientos normales de rutina.

En caso de haber señales de temor creciente, es mejor de morar el tratamiento y dar un período de descanso antes de la siguiente sesión.

### g) OBSTINADO

Es característico de estos niños el no querer obedecer a sus padres o educadores, desean realizar su propia voluntad y se colocan en permanente oposición. El Odontólogo durante el examen y el tratamiento tiene ocasión de presenciar tales escenas.

El niño no quiere cooperar, no permite que le vean la boca, grita, se defiende con pies y manos, con todo el cuerpo. Las cosas que se le dan para tranquilizarlo son arrojadas, se tira al suelo, da patadas, ataca a los adultos y golpean o muerden a la madre.

Por último pueden llegar a presentar verdaderos ataques, especialmente de tipo respiratorio, tales ataques aparecen cuando se le exige al niño algo que le molesta o cuando se le prohíbe o se le niega algo; cuando se le sienta en el sillón más no quiere permanecer en él.

No hay duda que como hemos indicado los métodos defectuosos de educación desempeñan siempre un papel muy importante para desencadenar reacciones de oposición; sobre todo en los hijos únicos o primogénitos, que casi siempre son educados de manera que tienden hacia la desobediencia.

La obstinación y el enfado son frecuentes expresiones de angustia e inseguridad, provocados y mantenidos por los diferentes métodos de educación.

## TRATAMIENTO

El tratamiento ideal a este pequeño será el mismo que se aplica al niño incorregible, ya que presentan las mismas fasetas de oposición.



## h) SOCIABLE

En estos pequeños desde los primeros años de edad tienen el deseo de relacionarse con toda persona que se pone en contacto, la intervención de contacto se produce fácilmente conversa pronto y muestra alto nivel de curiosidad respecto a todo lo relacionado con el Dentista. es fácil de tratar y responder a toda clase de preguntas que se le formulen ,

### TRATAMIENTO

A nuestro paciente le podemos mostrar los instrumentos - con toda confianza, así como explicar como funcionan y cual es su propósito, todo esto para reforzar la relación que se intenta establecer con él, el examen para él se convierte - en una aventura grata. No es raro observar en estos niños - el deseo de mirar la boca de su Dentista para ver como la - mantienen por dentro, como cada nueva tarea es para él una especie de reto y una experiencia en su aprendizaje .

Es capaz de pasar por algún procedimiento ligeramente do- loroso y comportarse como un joven colaborador .

## i) MUY ACTIVO

Su presencia en la sala no necesita ser anunciada por la asistente dental. la conducta del niño es explorada, investi- ga siempre expresandose en voz alta y tocando todo ,

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 nota que quien dispone es el niño, como se sale con su voluntad en el hogar, por lo que es de esperar que suceda una situación similar en el consul- torio .

Casi todos los niños cuando manifiestan una frustración mi- nima a ciertos límites, recurren a todos los medio que usan con sus padres, Pueden tener ataques de rabietta, gritar, - llorar o adoptar cualquier otra forma de comportamiento .

### TRATAMIENTO

La conducta negativa y desadaptada de estos niños, jamás debe hallar aprobación en el consultorio para evitar que -- estas respuestas sean aprobadas es imperioso que los padres

no estén presentes durante el examen preliminar ni en las visitas subsiguientes, con el fin de iniciar el tratamiento adecuado, el cual será el mismo que utilizamos para el niño incorregible .

## 2.- SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO

Proponemos definir al "Síndrome del niño Maltratado" , como el conjunto de lesiones orgánicas y correlatos psicológicos que se presentan en un menor de edad, como consecuencia de la agresión directa, no accidental, de un mayor de edad en uso y abuso de su condición de superioridad física, psicológica y social .

El niño golpeado crece en un mundo que no le despierta interés, la capacidad de integrarse y apasionarse no se ha despertado, el futuro no le ofrece más que apatía. Esta situación de depresión, aunada al resentimiento y falta de confianza, seguridad en llegar a ser aceptado y amado, determina la improductividad y la apatía en el futuro del niño golpeado .

El maltrato a los niños supone la existencia de un niño golpeado, pero la conexión de causa y efecto no se conoce bien .

Generalmente, se utilizan cuatro categorías del comportamiento del agresor: violencia física, abandono físico y/o emocional, maltrato emocional y exploración sexual .

La violencia física consiste en la existencia de actos físicos nocivos contra el niño, queda definida habitualmente por cualquier lesión infligida como quemaduras, lesiones de cabeza fracturas, daños abdominales o envenenamiento. Estas lesiones requieren atención médica, ya sea que las reciba el niño o no .

El abandono y la negligencia pueden constituir una forma muy incidiosa de causar daños graves, la negligencia física incluye el abandono alimenticio, la falta de cuidados o bien la ausencia de una suficiente protección al niño contra riesgos físicos y sociales .

La negligencia referida a la nutrición consiste en no proporcionar al niño las calorías suficientes, ya sea por alimentación escasa o bien por someterlo a una dieta deficiente. Esto da lugar a insuficiencia en el desarrollo por lo que el peso, la talla y el perímetro cefálico frecuentemente está por debajo de el nivel de los niños de su edad. El niño no está en condiciones, presenta huesos prominentes y sin pánículo adiposo en sus mejillas y nalgas, presenta una expresión angustiada y mucho apetito .

Los niños que padecen de este déficit de desarrollo muestran con frecuencia, otros signos de abandono, tales como falta de aseo, alteraciones emocionales, así como dificultad para establecer comunicación con las demás personas, están deprimidos, apáticos y retrasados en su desarrollo mental.

El abandono emocional coincide casi siempre con los malos tratos físicos, otras de las formas de maltrato emocional es el terror que el agresor causa al niño por sus frecuentes regaños.

Las características que se pueden mencionar para la identificación por el Dentista de un niño maltratado son variadas, pero la experiencia ha visto signos comunes.

Clinicamente un niño con este síndrome denota, según el tiempo en que ha sido sujeto al maltrato y abandono, los siguientes síntomas: desnutrición en grado variado, retraso psicomotor, hostilidad y llanto constante, o bien indiferencia total al medio. En su piel pueden observarse cicatrices múltiples, ya sea por quemaduras de cigarrillo o por agua caliente e incluso por objetos punzocortantes, deformidades por fracturas antiguas o recientes, equimosis, mal estado de higiene general y de cavidad bucal, presencia de caries dental, placa bacteriana y gingivitis, así como también fracturas de dientes y ausencia clínica de ellos por traumatismos.

#### PANORAMA UNIVERSAL

Aunque la reiterada mención de la matanza de los hijos pueda parecer una exagerada insistencia sobre un hecho excepcional, conviene acercarnos a los acontecimientos y enfrentar la realidad. Así vemos que enfrentar la realidad. Así vemos que en los Estados Unidos de América, en 1978 se reportaron 170,000 casos de niños agredidos por sus progenitores, de los cuales el 8 % fallecieron a causa de esta agresión incontrolable del adulto sobre el pequeño; sin embargo lo más dramático de este estudio, es que el 14% de estos pequeños quedaron lisiados de por vida.

Inglaterra señala en su último reporte (1976) 12,800 -- muertes de niños a manos de sus agresores: los padres. En otros países industriales como Francia, Bélgica, Suiza, surgió una gran inquietud entre autoridades, médicos, público en general.

La Unión Soviética acaba de proponer una ley que dice que todo pequeño que presenta algún defecto físico se le apartará de sus padres y se le enviará a una isla.

En Inglaterra hace aproximadamente 2 años se sentenció a una madre a 10 años de prisión por el hecho de haber marcado la cara de sus hijas con una arma filosa para posteriormente aplicarles carbón incandescente sobre las heridas; es-

ta madre protestó enroicamente ante la corte, ya que era -- originaria de una tribu de Nigeria, que mantiene la tradición de que los padres tienen el derecho de marcar a sus hijos como se les de la gana, ésta madre quedó en libertad 3 días después de su sentencia .

## PROBLEMATICA EN MEXICO

Ahora bien ¿que sucede en México? al considerar el síndrome del niño maltratado debemos tener en cuenta que el médico tiene que valorar correctamente dos elementos: el niño lesionado y el padre agresor. El estado de las lesiones plantea las dificultades inherentes a la naturaleza del proceso patológico, causa por la que el niño es llevado a la consulta .

Los padres relatan historias verdaderamente increíbles - para explicar las lesiones del niño cuando acude a consulta por ejemplo: es prácticamente imposible que un lactante se fracture el cráneo por golpear con los barrotes de la cuna cuando hace un berrinche .

Otro hecho reprobable es que varias ocasiones los padres proporcionan un domicilio falso y por otro lado, cuando el pediatra sospecha que las causas de las lesiones fueron proporcionadas por los progenitores, éstos tienen todos los derechos de levantar una acta voluntaria y trasladar a su hijo a cualquier otro hospital, o en su defecto, llevarse lo a su hogar, donde una gran mayoría de estos pequeños fallecen a corto o largo plazo, a causa de la continuidad de esta agresión incontrolada por los padres .

Todos los adultos tenemos cierta potencialidad para maltratar o abusar de los hijos. Esta potencialidad esta en relación al espectro de agresión de cada uno de nosotros. - Esto depende fundamentalmente del control de los impulsos; grado de frustración la capacidad para afrontar y resolver los problemas .

Características del agresor: aproximadamente el 18% de los agresores es de menos de 30 años de edad, sin diferencia de sexo; sin embargo en el grupo de agresores que tenían menos de 19 años de edad existe un predominio del sexo femenino .

Al analizar las características de estos agresores, 24 casos corresponden a madres solteras; 7 a madres abandonadas; 5 producto de incesto y 3 a madres prostitutas .

Características del niño agredido; este estudio muestra que el 23% de los niños agredidos tenían de 4 a 6 años de edad en el momento de sufrir la agresión; el 17% tenía de 1 a 3 años de edad y aproximadamente el 20% de 7 a 12 años .

En cuanto a las razones por las que fueron agredidos, en un 23% agredió al niño por haber pedido comida; en un 21% porque no podía mantenerlo y otro 21% porque el niño no -

trala dinero a su casa. La conducta de los padres está determinada por los patrones conductuales que recibieron en la infancia, recordemos a nosotros mismos que el padre que estamos trasladando es, en si mismo también, un niño lesionado ahora adulto; pero que aún responde a los sucesos dolorosos de su propio pasado.

Los padres utilizan a sus hijos, como una canalización de sus frustraciones. La agresividad es producto de la frustración del ser humano. Es muy frecuente el desplazamiento de un conflicto conyugal o de una crisis interna del adulto hacia los hijos.

Sin embargo podríamos asegurar que el síndrome del niño maltratado no es una enfermedad de la pobreza, es una enfermedad de la humanidad, no son características de ninguna clase socioeconómica, existen padres que son maravillosos:

Presentación de dos pacientes:

Nombre: R.C.F. edad: 3 años

Antecedentes familiares: ninguno de importancia

Antecedentes personales patológicos: ninguno de importancia

Antecedentes prenatales: producto del segundo embarazo, pesando al nacer 4.200 Kg. parto ectópico.

Inmunizaciones: polio y triple

El paciente al ingresar al servicio de urgencias, presenta fractura bilateral de cúbito y radio; fractura de condilo humeral; fractura de fémur izquierdo, mordedura de dedo pulgar y arrancamiento de pelo.

El servicio de estomatología realiza exploración física por regiones encontrando ingerencia estomatológica.

Nombre: V.N.G. edad: 3 años

Antecedentes familiares patológicos: abuela materna diabética y epiléptica; madre ha presentado convulsiones en dos ocasiones padre y dos hermanos aparentemente sanos.

Antecedentes patológicos: gastroenteritis frecuente, otitis O.D. a los 5 meses cirugía constructiva de labio; a los 3 años intervención quirúrgica por hematoma subdural bilateral.

Antecedentes perinatales: producto del tercer embarazo, parto eutópico.

Datos a la exploración física del paciente: facies peculiares con múltiples cicatrices en regiones labiales, ausencia clínica de incisivos y caninos superiores, cicatrices en cuero cabelludo, problemas de nutrición y adelgazamiento. Padecimiento actual: antecedentes de maltrato, traumatismo craneano, hematoma subdural bilateral, fractura de fémur izquierdo, fractura de cúbito y radio.

## TRATAMIENTO

Para atender a un paciente con síndrome de niño maltratado en consultorio dental, es necesario que el Odontopediatra sepa o tenga conocimientos sobre el problema para así poder asegurar mayor éxito durante su manejo.

El punto principal que se debe considerar es no olvidar que estos niños han vivido en un ambiente de violencia y agresión física, por lo que lógicamente estará receloso e inseguro hacia el adulto, ya que la persona que lo agrede es precisamente ésta.

Ante cualquier adulto se encontrará en actitud defensiva, ya que lo verá como un posible agresor, pero finalmente se mostrará sumiso y aceptará con timidez a cuanto suceda a su alrededor incluso en el momento de la evaluación dental, durante la cual no dirá palabra por temor a ser víctima de una nueva agresión. Es difícil que entable comunicación con el Dentista por el mismo temor constante en que vive.

Todos estos detalles deben tomarse en cuenta se trata de atender al niño y se debe emplear diferentes técnicas en su manejo, ya que sus respuestas y actitudes son totalmente diferentes a las esperadas por el Odontólogo.

El Odontólogo debe hacer toda clase de esfuerzo para que el niño sienta la comodidad que brinda el tratamiento.

La asistente y el Dentista deben ganar la confianza del pequeño y tratarlo con cuidado, explicándole lo que se le hará y como se le hará, e indicarle todo lo relacionado al tratamiento.

A estos pacientes no se les manejará con técnicas restrictivas tales como:

- a) mano sobre la boca
- b) mano sobre boca y nariz
- c) restrictores físicos
- d) control de voz

Se aconsejan métodos tales como:

- a) persuasión (diga, muestre, haga)
- b) modelaje

Se debe buscar como base la comunicación y la confianza del pequeño paciente.

### 3.- EXCEPCIONALIDAD MENTAL

Para el Odontólogo de práctica general a quien llegue un paciente deficiente mental puede resultarle un serio problema querer hacer un trabajo consciente. Le sería más fácil, en cambio, recurrir a la extracción, aliviando así el dolor y apartando a ese enfermo de su consultorio.

Esto es lo que sucedía con gran frecuencia en el pasado y, desafortunadamente, aunque en menor cantidad, todavía hoy .

Son pocos los Profesionistas especializados en este tipo de pacientes difíciles, que aún en el seno de sus propias familias muchas veces no logran la comprensión y atención debidas .

### ¿QUE ES LA DEFICIENCIA MENTAL?

En la actualidad, la mayoría de los investigadores modernos consideran que la deficiencia mental es un síndrome que se presenta en la primera y segunda infancia o desde el nacimiento hasta los siete años aproximadamente, o sea, durante la época de desarrollo del sistema nervioso central; antes que se realice la mielinización. Además la deficiencia se caracteriza por el hipofuncionamiento de la inteligencia por ésta el conjunto de las facultades mentales superiores, cálculo, atención, percepción del esquema corporal y extracorporal concentración, etcétera .

Intervienen numerosos factores del medio en que se desarrolla el individuo afectado; personales, familiares, escolares, socio-económicos, etcétera .

Por último cabe decir que la deficiencia mental determina una invalidez física, mental, emocional y social del niño, que lo incapacita para vivir y realizar una conducta adecuada, así como para desempeñar las funciones humanas normales dentro de la sociedad .

### ETIOLOGIA Y ETIOPATOGENIA

Hasta la fecha, se conoce más de 200 causas capaces de originar deficiencia mental y pueden clasificarse en cinco grandes grupos:

1. Causa de origen genético y metabólico
2. Causas de origen infeccioso y parasitario
3. Causas de origen tóxico
4. Causa de origen traumático
5. Causas de origen ambiental o económico-socio-culturales

Estas causas actúan etiopatogénicamente; puede presentar se mucho antes de que el individuo sea concebido, antes del parto o a cualquier edad y manifestarse una sola o dos, o más, simultáneamente, bajo un mecanismo muy específico durante diversas etapas evolutivas del niño .

### ESTADO BUCAL

La mayoría de los estudios sobre caries que se han efectuado en niños con deficiencia mental muestra que aquélla -

es sólo ligeramente más elevada que en los normales. Existe empero, una notable diferencia entre las proporciones CPO y CEO, que presenta una cifra más alta de dientes cariados y ausentes en el niño paralítico cerebral equilibrado por un número más alto de dientes obturados en el niño normal.

La estadística también demuestra que los tipos de obturaciones presentes son más sencillas en los pacientes con parálisis cerebral.

#### HIPOPLASIA DE ESMALTE

Hay una incidencia más elevada de hipoplasia de esmalte en la dentición primaria, sobre todo en aquellos pacientes con una historia de prematuridad.

#### ENFERMEDAD PERIODONTAL

Más de tres cuartas partes de los pacientes paralíticos cerebral tienen algún grado de gingivitis.

Algunos enfermos con problemas convulsivos toman droga del grupo dilantina, la que produce casos de gingivitis hipertrofica y afecciones periodontales severas.

La higiene bucal en los paralíticos cerebrales suele ser bastante escasa. El tipo de dieta tiende a ser blanda para que estos niños, con los músculos de la masticación y la de glución afectados, no tengan problemas al tragar; además consumen altas cantidades de carbohidratos.

Por otra parte los que se encuentran en sus hogares y no cuentan con vigilancia correcta pueden llegar a mostrar deficiencia vitamínica a consecuencia de una dieta mal balanceada y presentar algunos signos de problemas periodontales.

#### HALOCLUSIÓN

Los paralíticos cerebral tienen mayor incidencia de mal oclusión que la habitual debido a la actividad muscular anormal. Este problema puede relacionarse con el grado de tonicidad de los músculos faciales masticatorios o de la de glución, y la función anormal o movimiento involuntario de estructura que influye en los arcos dentarios.

#### TRAUMA

El estado dentario también puede empeorar por trauma. Las caídas son frecuentes en niños con controles musculares incompletos y se producen traumatismos a los incisivos. Es probable que esto sea más común en el atetode con incisivos en labioversión, siempre más susceptibles a un daño de este tipo.



## BRUXISMO

El bruxismo puede ser severo en algunos pacientes, muy comúnmente en los atetoides ,

## TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

El buen cuidado dental en los niños paralíticos cerebrales, especialmente en aquellos con complicaciones en la cabeza o en cuello, es de vital importancia porque:

a) Tiene dificultades masticatorias que aumentan con la pérdida de dientes, lo que contribuye a mayores deficiencias nutricionales .

b) Muchos de estos pacientes nunca usan dentadura protésica, por su incapacidad muscular

c) Los problemas fonéticos aumentan por la pérdida de dientes.

d) Los aspectos emocionales no deben ser pasados por alto. Un niño cuyas necesidades dentales son dejadas de lado o descuidadas se sentirá más frustrado que aquel cuya estética dental y tratamiento conservador se cuidan en la misma medida que sus hermanos u otros niños normales .

Desafortunadamente el tratamiento odontológico completo para estos pacientes aún no es asunto de rutina en todas áreas, pero el Odontólogo puede contribuir mucho a su servicio .

## PROBLEMAS

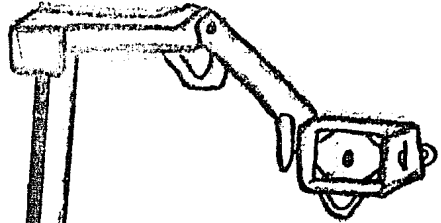
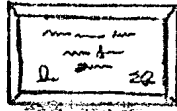
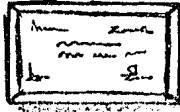
A niños ligeramente afectados por una deficiencia mental, que por ejemplo puede concurrir a la escuela común, es posible tratarlos como aun paciente normal en el consultorio, mientras que a los impedidos física y mentalmente en forma tan severa que deben estar internados en instituciones especiales, debe dirigirse la atención odontológica también especializada .

Hay que tener en cuenta que el niño con algún grado de complicación en cabeza o cuello presenta problemas para su atención odontológica, mezclandose las dificultades de orden mental, físico y dental propiamente dicho .

## INTRODUCCION AL CONSULTORIO

Antes de ver por vez primera es conveniente, que el Odontólogo busque información del médico sobre las condiciones de el enfermo. Necesita el conocer tipo de complicaciones neuromotoras y su gravedad, historia de convulsiones, terapia con drogas, otros defectos sensoriales y una estimación de su grado de inteligencia .

Luego el acercamiento debe ser amistoso y simpático, pero firme y siempre con plena confianza. Cualquiera falta de seguridad es percibida por el niño y produce una actitud adversa; desde la primera cita hay que tener mucho cuidado porque de ella depende que el tratamiento llegue a su fin .



## CAPITULO 111

MANEJO Y METODOS DE TRATAR AL NIÑO EN EL  
CONSULTORIO

## I MANEJO

Este capítulo trata acerca del manejo del niño cuando entra por vez primera al consultorio dental.

Es agradable observar que la gran mayoría de los niños que llegan al consultorio para trabajos de corrección pueden clasificarse como buenos pacientes. También es cierto que la mayoría de los niños llegan al consultorio con algo de aprensión y miedo, pero, como muestra la experiencia clínica, pueden controlar estos temores si los racionalizan.

Una vez que el niño se presenta para su curación odontológica, su comportamiento dependerá no solo de su conformación previa sino también de la habilidad del Dentista para manejarlo.

El manejo adecuado del niño, no solo es la buena atención dental, sino también cimentar las bases de la aceptación para la operatoria dental como un servicio de salud. El niño que se sienta cómodo en el ambiente dental durante sus primeros años, generalmente será un buen paciente durante sus siguientes etapas de vida.

Mientras algunas personas tienen una habilidad intuitiva en la comprensión y manejo de niños pequeños, cualquier Odontólogo que realmente quiera tratarlos puede llegar a tener éxito siguiendo guías conocidas con principios y conductas para su manejo.

Para obtener un informe del niño y llevar a cabo la práctica dental es necesario tener alguna idea sobre su idioma, desarrollo motor y social, utilizando este conocimiento paso por paso, como guía en el proceder con el mismo y acompañándolo por el esfuerzo de un buen comportamiento, resultará de ello un condicionamiento positivo.

Este es el momento oportuno para recordar que el niño -- piensa en términos extremos. No conoce actitudes intermedias usted le gustará o disgustará, será su amigo o enemigo; -- siendo obvio que es mejor ser amigos.

## 1. HABILIDAD DEL DENTISTA

El Odontólogo al realizar su trabajo lo hará con destreza, rapidez y un mínimo de dolor. La ayudante es muy conveniente cuando se trabaja con niños, es valiosa para controlar al paciente y facilitar los procedimientos operatorios al Dentista.

Es posible hacer que las técnicas operatorias vayan bien si se arrecolan los instrumentos adecuados; no será necesario buscarlos y perder tiempo cuando va a empezado la operación.

Los instrumentos quirúrgicos deben estar fuera de la vista del niño y a pesar de ello, al alcance de la mano.

La capacidad para hacer un buen trabajo así como para reducir el tiempo operatorio al mínimo es esencial para la mayoría de los pequeños pacientes. El tiempo es un factor muy importante en muchos de los problemas de conducta del niño por lo que el operador lento se encuentra en seria desventaja, el uso de instrumentos afilados y la disposición de todos los materiales reduce en mucho la cantidad de tiempo, no existe sustituto para una buena habilidad operatoria.

## 2. INDICAR AL NIÑO LO QUE DEBE HACER

Es importante antes que todo establecer la comunicación con el paciente, por medio de la comunicación controlamos un tipo de miedo fundamental como lo es el miedo a lo desconocido.

Una vez establecida la comunicación se debe sostener para que el niño sienta confianza en lo que estamos haciendo, para ello nos valemos de otra regla. Dile al niño lo que le vas a hacer, enseñale al niño lo que le vas a hacer y hazle al niño lo que le dijiste y enseñale que le vas hacer.

Si manejamos nuestra conducta a través de estos dos principios, tendremos la confianza y cooperación del niño.

### a) ADAPTARSE AL NIÑO

Hacer que el paciente se sienta confortable y confidente en el consultorio dental requiere que todo el personal con el cual se halla en contacto refleje una aureola de amistad e interés personal. El Odontólogo debe estar contento de ver al paciente y expresar su sentir en voz suave.

Resulta positivo comunicarle frases tales como "es agradable volver a verte" o "que lindo viste el día de hoy", son preferibles estas frases a pensamientos o preguntas que inciden directamente en los padres. Mucho más se consigue -

con observaciones de cortesía tales como "gracias por abrir la boca tan ampliamente".

En este nivel de edad es aconsejable usar alguna distracción verbal, sobre temas apropiados al interés del niño, esto puede incluir su ropa, juguetes, comida favorita o la referencia de su cumpleaños.

El Dentista que trata a niños pequeños necesita establecer contacto amistoso dado que el tratamiento ciertamente envuelve contacto físico, esto puede lograrse por medios tales como tomar la mano del niño cuando entra en la sala operatoria, ayudándole a sentarse en el sillón y dándole una caricia gentil, para una vez que hemos terminado la consulta. El dar un pequeño obsequio o una moneda después de cada visita dental es un procedimiento sano desde un punto de vista psicológico, siempre que se de como obsequio más no como premio por el buen comportamiento.

#### b) ELIMINAR EL MIEDO CON FUERZA MOTIVADORA

El Odontólogo que comprenda con inteligencia los temores exagerados del paciente puede reducirlos si intenta todo lo posible por darle seguridad. Conviene recordar que el temor se manifiesta a menudo como hostilidad, agresividad, falta de cooperación pero el sentimiento subyacente sigue siendo el temor.

Si conservamos conciencia de esto y reaccionamos al temor podremos influir en los sentimientos y conducta del paciente. No podemos pasar por alto las muchas fuentes bien reales de angustia que existe en la situación odontológica, debemos estar seguros de lo adecuado de la anestesia, evitar el despliegue innecesario de instrumentos y equipo desagradable, así como de los comentarios causales e instrucciones a la asistente, comentarios que pueden parecerse portadores sólo de información pero que a los oídos del paciente resultan muy cargados de connotaciones atemorizantes.

En nuestro contacto con el paciente debemos aprovechar toda oportunidad para acentuar nuestra relación hacia él como persona.

Ninguna de sus observaciones ni su conducta carecen de consecuencia en este proceso y aún la más inocente de las observaciones puede darnos claves valiosas sobre factores específicos de la situación que fueran causantes de angustia o malestar.

## c) RESPETAR AL NIÑO

En el trato con niños es aconsejable ser realista y razonable, no condene a un niño porque está asustado, trate de ponerse en su lugar y comprender porque actúa de esa manera.

Respete sus emociones, pero si no están de acuerdo con el patrón deseado para trabajos dentales trate de alternarlas. El ego del niño le permitirá ajustarse a la tensión, de le al niño oportunidad de participar en los procedimientos.

Tratelo como un individuo que posee sentimientos y emociones y no solo como a un objeto inanimado.

## d) NO SOBRECARGAR EL TRABAJO

Al dirigir nuestra atención al niño es recomendable hacerlo por medio de su nombre o por el diminuto familiar, es posible que al tratar de dirigir alguna palabra de elogio - el pequeño no conteste, aún escuchando su nombre; en este caso no debemos forzarlo a que lo haga, sino esperar a ganarnos su confianza.

Algunos pequeños exteriorizan su miedo con gritos y patadas otros más disimulan su ansiedad y temor quedándose quietos y callados, por lo que al Dentista corresponde estimular al niño para que exponga sus temores, haciéndole preguntas como; ¿sabes que hacen los dentistas? ¿hay alguna cosa que te moleste?, eh si son diferentes palabras que pueden ayudar a que el pequeño se sienta mejor durante su tratamiento.

Es bueno evitar las conversaciones prolongadas sobre temas no relacionados con la situación dental, así como términos dentales complicados, es mejor usar solo palabras cortas como por ejemplo; éste es un espejo, éste es un cepillo de dientes, etc.

Se le puede permitir que toque los instrumentos a usar - en su tratamiento, no obstante advertirle que nunca debe agarrar las manos del Dentista aunque le moleste alguna cosa. Es conveniente explicarle lo que se le va hacer y decirle el tiempo que va a permanecer en el sillón; más es aconsejable no tomar un minuto más del tiempo mencionado ya que provocará la desconfianza del pequeño.

### 3.- EMPLEO DE PALABRAS DE ADMIRACION, ALBANZAS Y RECOMPENSA

En el proceso educativo, el castigo y la recompensa son fundamentales, aún los animales de experimentación aprenden a recorrer un intrincado laberinto para hallar la recompensa de un alimento en el extremo del mismo, existen muchos tipos de recompensa para un paciente que se a comportado de bidamente .

Una de las más importantes buscada por el niño es la aprobación del Dentista .

Es importante que el niño condicione que es un buen paciente, para que sea una meta por alcanzar en cuanto a su proceder futuro, hará lo mejor que pueda para hacer realidad la norma que se a propuesto .

Al alabar a un pequeño, hagalo más bien con referencia a su conducta que a su misma persona, por ejemplo: mencionele que ese día se a portado muy bien, esto con el fin de estimularlo a que la proxima vez lo haga mejor .

Es de buen proceder en el manejo de los niños el obsequiarle algún regalo después de un buen comportamiento, se pueden obsequiar varias cosas como juguetes, lápices con la inscripción "por valor más allá del deber", algunos otros Dentistas obsequian estrellas doradas para que las coloquen en un boletín en la sala de espera; todo regalo es muy valorado por el pequeño. Lo que impresiona favorablemente al niño es más el reconocimiento que el regalo en sí .

### 4.- EL PACIENTE Y EL SOBORNO

Es importante que el Odontólogo nunca soborne al paciente, con el soborno no logrará nada bueno y prolongará aún más el mal comportamiento a los efectos de ser nuevamente sobornado y de obtener más conseciones .

El soborno es la admisión de que el Odontólogo no sabe como manejar la situación, un niño inteligente pronto saca ventaja de este proceder, por lo que es preciso hacer bien la distinción entre soborno y recompensa. Si duda la línea que los separa es muy tenue, una recompensa al término de una sesión puede servir de soborno para atraer al niño a su proxima cita .

En términos generales un soborno se promete o se da para inducir al buen comportamiento; una recompensa es el reconocimiento del buen comportamiento una vez completa la intervención, sin promesa previa implícita .

El soborno no debe tener lugar en la Odontología .



## 5.- EL ODONTÓLOGO Y LA GRACIA

Es conveniente al llevar a cabo procedimientos dentales el recordar que los niños de corta edad se asustan con lo desconocido. Todos sus movimientos, ya sea al manejar a -- los pacientes o en procedimientos operatorios, deberán mos traer suavidad y gracia .

Cuando bajamos al niño de la silla o necesitamos inclinar el respaldo, tratemos de hacerlo con suavidad no dejar caer el sillón de golpe ni inclinar tan rápido el respaldo que el niño tenga la sensación de caer. Si sus acciones -- son naturales y graciosas podrá evitar en gran parte miedos innecesarios .

Si se pudieran definir los requisitos de un buen Odontopediatra serían: gracia, habilidad, conocimientos e inteligencia. Entre todos los problemas asociados a la Odontopedía trta el manejo, es sin duda el más importante ya que -- si no existe cooperación adecuada del paciente, los procedimientos dentales se vuelven más difíciles y a veces hasta imposibles .

Existen varios metodos para aumentar la cooperación del paciente y disminuir las molestias, tales como sedantes, - analgésicos y tranquilizantes, su buen uso produce buenos resultados .

## 6.- EMPLEO O USO DE PALBRAS QUE ORIGINEN MIEDO

Es indispensable que el Odontólogo evite el uso de palabras que inspiren miedo al niño, mucho de los temores sugeridos no los produce el procedimiento en sí, sino el significado atemorizante de alguna palabra. Algunos niños se estremecen de miedo al oír palabras como jeringa o agujas y -- sin embargo, no se oponen demasiado a la experiencia si los objetos son llamados de otra manera. La substitución exacta de palabras deberá ser guiada por la edad que presente el -- paciente .

Tenemos que por ejemplo en vez de utilizar la palabra -- fresa que para el niño significa hacer "hoyo" e su diente, le podemos decir en otras palabras que vamos a cepillar los animalitos malos que tienen en la boca, al mismo tiempo podemos hacer correr la uña del niño una broca grande y explicarle que ésta es llana y no penetra en el diente .

Cuando se trata a niños es siempre buena política el informarle lo que le va hacer, evitando el asustarlos con palabras mal seleccionadas que le sugieran dolor .

## II METODOS

Es importante saber que existen diversos métodos empleados por los Odontólogos para mejorar psicológicamente al niño, todos ellos están destinados en último término a sobreponerse y a desarraigar las respuestas de miedo previamente condicionadas. Muchos de estos métodos que encaran al problema tienen poco o ningún valor en la eliminación del miedo.

Aquí trataremos en forma individual estos métodos.

### 1.- EL METODO DE NO HACER

Este método se caracteriza por la demora y la postergación, el niño al llegar al consultorio dental empieza a llorar tan pronto como se sienta en el sillón; el Odontólogo algo confuso e ignorante de como dominar la situación, despide al niño con la sugestión de disculpa hecha a la madre de que lleve de vuelta al niño cuando sea un poco más grande.

Posteriormente el niño regresa y se repite el mismo patrón de comportamiento, esto se debe a que en los niños pequeños los temores subjetivos no desaparecen por cuenta propia y la verdad es que el temor a la Odontología puede aumentar aún más puesto que una imaginación vivida exagerada la necesidad fundamental de huir.

La postergación de una situación así puede proseguir indefinidamente con pésimas consecuencias para los dientes del paciente.

Si el Odontólogo hubiera empleado un acercamiento más positivo en la primera visita, esta postergación innecesaria y descuido de los dientes no se hubiera producido. Así el temor del niño crece conjuntamente con el miedo al Dentista.

La respuesta a este método de acercamiento puede resumirse en esta frase; es seguro que los resultados serán decepcionantes.

### 2.- METODO DEL RIDICULO

Este método se caracteriza por la adopción de una actitud zumbona hacia el niño con el fin de avergonzarlo para que adopte una buena conducta. Aunque muchos profesionistas odontólogos emplean el ridículo con la intención de obtener una mejora en el comportamiento.

El niño que se sienta en el sillón dental desea ganarse la aprobación del Dentista, sin embargo, si el mecanismo del miedo es tan fuerte que hace imposible la cooperación,

su juicio está vencido y su comportamiento resulta indeseable. El ridículo social puede producir frustración y resentimiento de un niño .

La reacción puede ser en sentido inverso al deseado y se logrará un aumento de disgusto por el Dentista y el tratamiento odontológico en sí .

### 3.- METODO VERBAL

Este método consiste en conservar con el paciente con el objeto de inducirlo a abandonar sus temores .

Una vez que el niño a entrado en contacto inmediato con la situación atemorizante la búsqueda verbal de nada servirá .

Decírle a un niño que no tiene razón para sentir temor - indica una falta de conocimiento, pues el niño no puede evitar sentir miedo .

El método verbal debe abandonarse, pues en una situación de miedo el deseo de huir predomina sobre la razón y cualquier invocación o afirmación verbal suena a oídos sordos. No gaste sus energías diciéndole al paciente que no tiene - que estar atemorizado sin antes darle motivos para que así lo crea .

### 4.- METODO DE LA IMITACION SOCIAL

En esta técnica se le deja al pequeño que observe el trabajo dental que se le hace a otros .

La imitación social utiliza el mismo temor del niño a ser distinto y su deseo de adaptarse a los canones sociales, a los niños les agrada imitar lo que otros niños o personas adultas hacen. El observar a una hermana o padre en el sillón le inspira más confianza al pequeño que si se tratara de un extraño; si el pequeño ve que el trabajo se hace sin dolor evidente, con frecuencia se sentirá deseoso y aún ansioso de que se emprendan los mismos procedimientos con él.

A menudo se sentará en el sillón sin que se lo pidan, pero si descubre, para sorpresa suya, que esto implica algún tipo de dolor, su entusiasmo puede transformarse y perder la confianza en un niño lastimado, por lo que si la intervención será un poco dolorosa es mejor advertirle al pequeño; él comprenderá .

## 5.- METODO DE LA APLICACION DEL ESTIMULO

Este metodo puede exigir frecuentes visitas al Odontólogo antes de que la intervención dental sea realmente necesaria. Puesto que los niños tienen un gran temor a lo que no les es familiar, son aprensivos y no están preparados a -- afrontar una nueva situación; una visita al consultorio antes de su tratamiento puede ayudar a mitigar cualquier necesidad futura de huir .

Aunque el viaje preliminar al consultorio dental tiene su valor, la repetición continua puede no aumentar su efectividad si no se lleva a cabo algún trabajo dental .



## CAPITULO IV

ACTITUDES Y COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES  
HACIA EL NIÑO

A continuación se explican las diferentes actitudes que toman los padres hacia los hijos, siendo éstas las más íntimas y potentes en la determinación del comportamiento del niño.

Si las actitudes de los padres no son las apropiadas, el comportamiento del niño puede alterarse para convertirlo en un paciente poco satisfactorio, por otra parte, si las actitudes paternas han sido sanas, los hijos estarán bien y serán buenos pacientes dentales.

Lo primero que un niño necesita es cariño; la disciplina y rigidez les impiden el desarrollarse bien, un exceso de control provoca reacciones negativas en los niños.

Un niño tratado con agresividad se vuelve retraído, tiende a aislarse de los demás y eso no es sano, aunque aparentemente sea menos molesto que el niño que responde con igual o mayor agresión. No se puede esperar que un niño forme una responsabilidad aceptable propia si los padres están tratando de resolver sus propios conflictos a través de él.

Algunas de las actitudes extremas del comportamiento paterno hacia el niño son las siguientes:

## 1.- IDENTIFICACION

Ocasiones hay en que los padres procuran volver a vivir sus propias vidas a través de la de los hijos, al hacerlo, procuran brindarles todas las ventajas que a ellos les fueron negadas. Si el niño no responde en forma favorable el padre manifiesta un abierto disgusto, que el niño observador notará a la vez que experimenta sentimiento de culpa que se refleja en timidez aislamiento e inseguridad.

Llora con facilidad, no tiene confianza en si mismo y es poco emprendedor por temor al fracaso; éstos pequeños responden en el consultorio del mismo modo que los hijos de padres dominantes y deben ser tratados de igual manera.

Los niños con cierta represión en su hogar suelen aceptar las experiencias externas con más celo e interés. Si

la dominación paterna es justa y adecuadamente administrada, el niño opta por ser buen paciente, así como el adaptarse a un mundo donde los ajustes son siempre necesarios.

## 2.- SOBREPOTECCION

Como se sabe un niño tiene necesidad de amor y protección pero por lo general el niño sobreprotegido no puede usar su propia iniciativa ni tomar decisiones por sí mismo. Se fuerza la ayuda al niño para cualquier tarea minúscula que emprenda.

La madre lo ayuda a vestirse y a comer, toma parte activa en sus actividades sociales, se le restringen los juegos y labores por temor a que se lastime, o a que se enferme, así como a que adquiera malos hábitos de sus compañeros.

Esta excesiva protección materna puede manifestarse ya por un dominio exagerado, ya por una exagerada indulgencia. Que un padre sea dominante o indulgente en exceso depende de la disposición innata de la criatura y de como reaccione a los primeros comportamientos de la madre con él.

Los padres en exceso indulgentes o que colman de comodidades a sus hijos suelen hacer que les resulte difícil adaptarse al medio social. Estos niños no han sido forzados a afrontar la realidad moral, de modo que se tornan exigentes de atenciones, afectos y servicios, puesto que se les hace sentir superiores a los demás; se vuelven desconsiderados, egoístas, empecinados y tiránicos.

Si no se cumple sus exigencias se impacientan, dan salida a explosiones temperamentales y aún intentan agredir a quienes no acceden a sus deseos.

Sin duda son niños malcriados y aunque no incorregibles, bastante difíciles de manejar en el consultorio dental. En una gran cantidad de casos es preciso utilizar la fuerza para lograr su cooperación; pero una vez que han aprendido a obedecer se transforman en pacientes excelentes.

Ya en la sala de tratamiento cualquier intento por parte de el Odontólogo para imponer su disciplina lo interpretará como un acto de brutalidad. Son por lo general estos niños quienes más necesitan la disciplina en el consultorio.

## 3.- AUTORIDAD EXCESIVA

Los padres que dan el ejemplo de esta actitud exigen a sus hijos una responsabilidad excesiva que es incompatible con la edad cronológica de los mismos. No aceptan al niño como es, sino que lo colocan sobre una base de competencia con otros, mayores o más adelantados. Forzan al niño en un

intento de educarlo mejor, siendo por lo general demasiado críticos, estrictos u aún manifestando una repulsa .

Este continuo molestar y criticar suele provocar en los niños sentimientos de evasión y resentimiento, sumisión e inquietud, puede ser común una actitud negativa. Temerosos de resistirse abiertamente, tardarán para obedecer las ordenes y las cumplirán con la mayor lentitud posible. Con bondad y consideración pueden transformarse en buenos pacientes dentales .

#### 4.- RECHAZO

Existen diferentes formas de rechazo desde una moderada indiferencia a causa del trabajo u otras ocupaciones, hasta el rechazo total a causa de problemas emocionales. El padre de moderada indiferencia tiene hijos que se sienten inferiores y descuidados .

Los niños no deseados o rechazados no sólo sufren por la falta de amor, sino que pueden también ser tratados con evidente burla y aún con violencia. Pueden ser constantemente criticados molestados y atormentados con abiertas demostraciones de disgusto. Pueden ser castigados con severidad y lamentablemente descuidados, no es raro que estos niños generen entonces una falta de autoestima y un sentimiento de desolación que los lleve a profundas angustias. No tienen seguridad en su hogar y por lo tanto, se tornan desconfiados, agresivos, vengativos, belicosos, desobedientes, inquietos y sobreactivos .

En el consultorio dental este niño puede resultar difícil de dominar, es claro de cualquier desobediencia manifiesta de su parte no debe tropezar con una repulsa, sino con un esfuerzo amistoso y comprensión. Estos niños suelen ser respetados, pues están muy necesitados de atención y bondad .

En muchas ocasiones el niño rechazado se porta mal para llamar la atención sobre si mismo y las atenciones deberá recibir las cuando se esté portando bien y deje de comportarse incorrectamente. Se les debe enseñar que en condiciones de buen comportamiento el tratamiento dental les resultará mucho más grato .

#### 5.- CELO EXCESIVO

Esta actitud se caracteriza por una preocupación excesiva hacia el niño, como resultado de alguna tragedia familiar previa provocada por accidente o enfermedad, suele estar asociada a exceso de efecto, protección e indulgencia .



Cuando se presenta la más mínima enfermedad es exagerada y con frecuencia se coloca en cama al pequeño sin necesidad, estos niños suelen ser tímidos, vengativos y miedosos, se adueña de ellos una preocupación creciente por su salud y carecen de la capacidad de tomar decisiones por sí mismos.

Por lo general son buenos pacientes odontológicos cuando se les exhorta a que así lo sean. El Dentista sin embargo puede tener dificultad para dominar sus temores, estimularlos y dándoles seguridad, a esto suelen responder en forma satisfactoria.

## 6.- OTROS

### ANSIEDAD EXCESIVA

Se establece con más frecuencia cuando han habido serias enfermedades o muerte entre los miembros de la familia.

Es usualmente asociada con sobreafectación, sobreprotección y sobreindulgencia, pero igual ocurre sin estos.

### HIJO UNICO

Este niño es tratado con excesiva indulgencia son desobedientes, egoístas, tendientes a los acceso al mal humor.

Si estos niños son tratados con actitudes paternas moderadas pueden resultar hijos con buen ajuste.

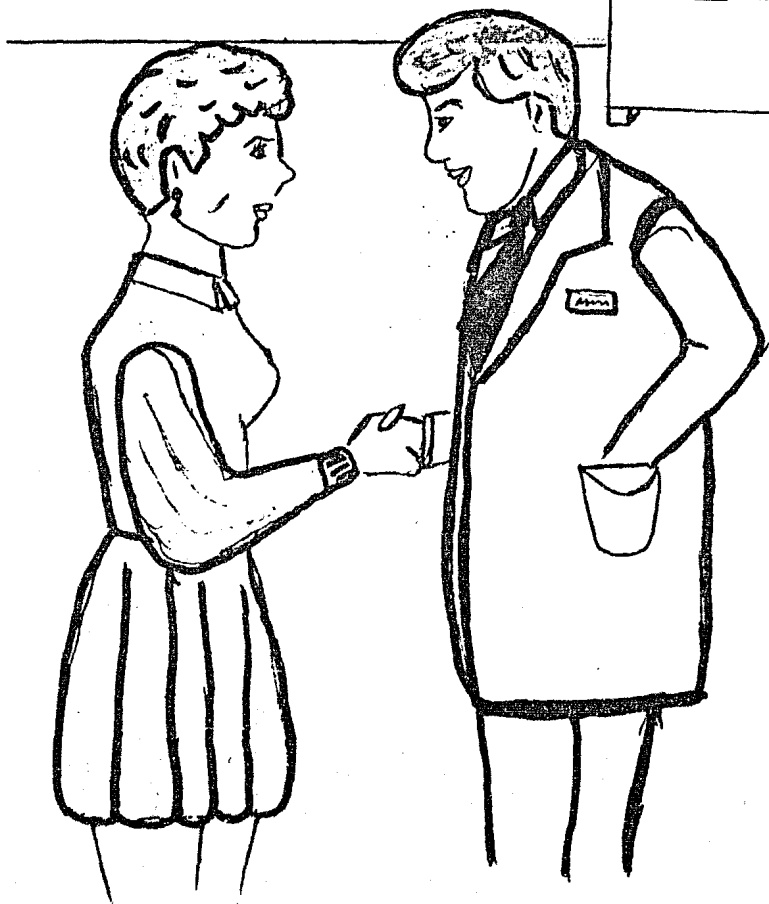
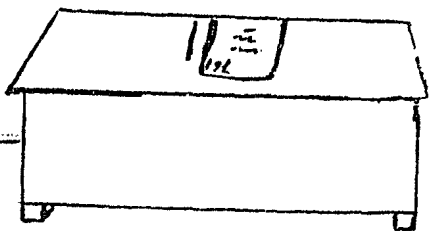
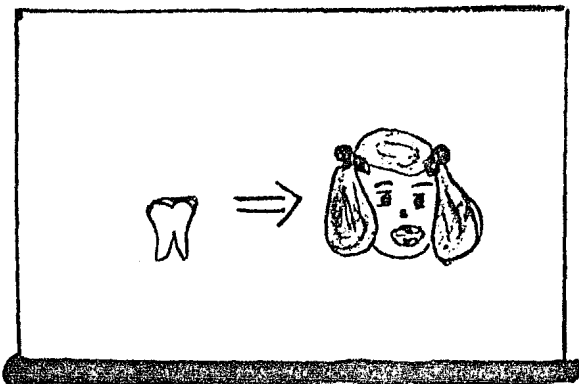
### NINO ADOPTADO

La tendencia de los padres con un niño adoptado es ser demasiado cariñosos y considerados, no solo porque quieren brindarle todas las ventajas en la vida, sino también por el posible comentario que pueden hacer amigos y vecinos. Un producto común es un niño tímido, miedoso y retraído.

### DESAFECTO

La indiferencia de los padres en la que al ceder poco tiempo para el niño, puede ser evidente por razones sociales o económicas. La incompatibilidad entre la madre y el padre, celos en el hogar, cuando hay padrastros, todo puede conducir a un sentimiento de inseguridad por parte del niño, todo niño necesita el interés, estímulo y guía de sus padres.

El niño puede desarrollar malos hábitos, como negarse a comer, morderse las uñas y ser muy negativo ante todo argumento, también puede estar malhumorado.



## CAPITULO V

### MANIPULACION DE LOS PADRES

El objetivo de este capítulo es proporcionar una mayor visión para aconsejar y guiar a los padres en su comportamiento, para un mejor funcionamiento en el tratamiento del niño .

Es claro que el condicionar al niño a el servicio dental es igual responsabilidad de los padres, por lo cual si queremos tener buenos pacientes, primero tendremos que educar a los padres; el Dentista que no lo haga, no estará usando los medios disponibles para el manejo del paciente .

Antes que el Odontólogo esté en posición de aconsejar a los padres sobre la preparación psicológica de sus hijos, debe comprender los problemas que intervienen y estar conscientes de como las actitudes de los padres modifican los diferentes tipos de conducta hacia los padres .

La diplomacia y el tacto son excelentes medios para transmitir esta información de una manera profesional y adecuada .

#### 1.- COMUNICACION INICIAL CON LOS PADRES

Es importante la buena comunicación inicial con los padres, ya que la educación de los niños para adentrarlos al tratamiento odontológico se inicia con la educación de los adultos .

Si fuese posible los padres debieran poseer conocimientos acerca del tratamiento que se practica a sus hijos, ya que el desacierto y la torpeza de los padres al contestar a las preguntas puede tener como consecuencia que el pequeño adquiera una actitud tenerosa ante el tratamiento o se vea confirmado en sus propias sospechas anteriores .

La presentación del caso puede llevarse a cabo en la sala de tratamiento o bien en el despacho privado, pero es importante que el Dentista hable con los padres sin que el niño este presente, de otra manera, éstos pueden distraer su atención y no atender a la explicación. Además de que el niño puede interpretar mal lo que se habla y tomar una actitud equivocada .

Durante la entrevista el Odontólogo y los padres pueden -

calibrar tranquilamente las personalidades mutuas y las esperanzas para mejorar el tratamiento del niño. El dentista puede iniciar la entrevista contestando las preguntas que la madre quiera hacer referente al tratamiento. En este momento el Odontólogo debe evaluar los conocimientos de la madre sobre la Odontología infantil con bastante precisión.

El Odontólogo preguntará cuales eran los sentimientos -- del niño con respecto a su primera visita dental y cual ha sido su respuesta, esta línea de interrogatorio le permite la valoración de sus juicios previos con respecto al comportamiento del pequeño. Si la madre demuestra ansiedad por las preguntas desfavorables de éste al tratamiento dental, el Dentista discutirá sus métodos y su filosofía sobre la -- sobre la conducción del niño y con palabras y sus actos produce tranquilidad en la madre asegurándole que puede dejarlo en sus manos .

## 2.- COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES EN EL CONSULTORIO

Es preciso llevar a los padres a comprender que una vez que el niño está en el consultorio dental quien mejor sabe como prepararlo emocionalmente para su tratamiento es el Dentista .

Los padres deberán tener confianza total en el Odontólogo y confiar su hijo a su cuidado. Cuando el niño es llevado a la sala de tratamiento, los padres no deberán hacer ningún gesto como para seguirlo o para llevar al niño, a menos que el Odontólogo les invite a hacerlo .

Algunos niños en edad escolar se portan mejor en ausencia de sus padres, especialmente si el trato de ellos no ha sido defectuoso. Sin embargo, hay casos en que la sola presencia de los padres infunde confianza en el niño, especialmente si tiene menos de 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 sentarse alejado de la unidad, no deberá hablar al Dentista o al niño, a menos que aquel se lo pida, ni deberá tomar al niño de la mano ni mirarle con simpatía e expresión asustada .

No hay nada que transtorne más el éxito del manejo de un niño que una situación en que la madre está comunicando información falsa al niño, o le está transmitiendo un sentimiento de lástima .

Esta división de obediencia llevará a desconfiar del Dentista y también a crear temor a los procedimientos dentales. Es aconsejable poner carteles agradables que puedan enmarcarse y colocarse en la sala de recepción, ellos sirven para comunicar de una forma diplomática a los padres que no deben acompañar a su hijo a la sala de tratamiento .

### 3.- INSTRUCCIONES A LOS PADRES

Es muy raro encontrar una madre que lleve a su hijo al consultorio sin aprensiones ni desconfianza sobre cual será su reacción al tratamiento. El Odontólogo puede hacer mucho por la educación de un padre al asegurarle que su hijo entrará al consultorio sin vacilación ni miedo. Será una gran tranquilidad para el padre saber que no serán necesarias medidas disciplinarias extremas y que el niño participará voluntariamente en su nueva experiencia. El padre se entusiasma acerca del bienestar de su hijo y no guarda a que sus dientes le duelan antes de traerlo para su tratamiento dental.

Se puede hacer un favor tanto a padres como al hijo aconsejándoles ciertas reglas simples que deberán seguir antes de asistir al Dentista por vez primera.

Las instrucciones pueden darse en escala masiva por diversos medios, o individualmente:

1. Aconseje a los padres que no manifiesten sus propios temores frente al niño, la causa primaria del temor en los pequeños, es el escuchar las quejas de sus padres sobre sus experiencias odontológicas. Aparte de no mencionar sus momentos desagradables, podrán evitar el miedo en sus hijos explicándoles de una forma llana y agradable que es la Odontología y el bien que proporciona el tratamiento.

Para aquellos padres que temen al tratamiento es preciso hacerles notar que la anestesia moderna, el conocimiento de las técnicas operatorias determinan que el pequeño no tiene por que temer al tratamiento dental.

2.- Otro punto que se debe recomendar a los padres, es que no tomen a la Odontología como una amenaza de castigo, el niño tiene asociado en su mente el castigo con lo desagradable y el dolor.

3. Recomiende a los padres que familiaricen a su hijo con la Odontología, esto es llevando al consultorio al niño para que se condicione el mismo y en table relación con el Dentista; El cooperará plenamente mediante un saludo cordial y una visita al interior del consultorio para mostrar y explicar el funcionamiento del mismo. Un pequeño regalo, si fuera posible al término del recorrido le hará sentir al niño que tiene un nuevo amigo.

4. Explique al padre que un despliegue visible de valor en cuestiones dentales le dará coraje al pequeño; existe una correlación entre los temores paternos y los del niño.

5. El medio hogareño conveniente y la importancia de las actividades moderadas en la creación del niño da buenos ajustes y un buen paciente en condiciones óptimas.

6. Remarque a los padres el valor de un tratamiento dental

regular, no solo desde el punto de vista de conservación, si no por la buena formación de hábitos. El peor momento psicológico para llevar al Dentista a un niño es cuando está padeciendo una odontalgia .

7. Aconseje a los padres que no apliquen el soborno como medio para hacer acudir al Odontólogo, este método podría dañar a entender a niño que hay posibilidad de peligro en ese lugar .

8. Recomiende a sus padres que no reten, ridiculicen o provoquen vergüenza a sus hijos con el fin de dominar su temor al tratamiento, esto a lo sumo genera un resentimiento hacia ellos mismos e incluso hacia el Dentista lo cual torna más difícil la comunicación entre ambos .

9. El padre debe saber la necesidad de combatir todas las impresiones perjudiciales con respecto a la Odontología que pudiese provenir del exterior .

10. Los padres no deben asegurar al niño que hará o que no hará el Odontólogo, lo cual colocará a este en una situación comprometida donde se ve limitado en el proceder con el niño

11. Días antes de la primera cita, el padre estará al tanto que al llegar con el niño al consultorio será en forma casual, indicándole al niño que ha sido invitado por el Dentista; no debe forzar el tema, ni mostrar lástima o temor a través de su conducta .

12. Es importante que el padre confíe el cuidado de su hijo al Dentista una vez que han llegado al consultorio y recordarle que no entrará al lugar del tratamiento a menos que se le solicite, una vez adentro será un simple espectador.

Si contamos con la cooperación de los padres, y siguen estos consejos, entonces podremos afirmar que existirá un mejor control en el trato con el paciente, para llegar al éxito deseado .

#### 4.- INFLUENCIAS PATERNAS

Si el Odontólogo desea lograr o realizar una aproximación exitosa a la práctica de la Odontología para niños, debe conocer la importancia del ambiente hogareño y la influencia de los padres, sobre el pensamiento y conducta del niño .

En muchas veces el padre, no el niño, es quien con frecuencia se convierte en el principal problema para la conducción exitosa de una práctica con niños. Los pequeños que se presentan como pacientes son en gran medida, productos que ejemplifican el ambiente hogareño y las actitudes de los padres .

Ignorar las variaciones de la conducta, experiencias y enseñanzas de los padres, cuando presentan sus hijos al --

Odontólogo es limitar el propio campo de utilidad al niño y la sociedad. El ejercer Odontología para niños sin evaluar a los padres, sin la participación y sin su confianza, solo puede conducir al fracaso.

El Odontólogo no puede esperar a su disposición un cuerpo de trabajadores sociales para revisar y analizar el hogar y la vida familiar de cada paciente potencial, pero sí puede establecer una rutina de consultorio que requerirá la participación del padre. Por la conversación, interrogatorio y observación, también puede evaluar el ambiente del hogar, el patrón de conducta y las normas de comportamiento requeridas por el padre. La familia es el eje central para el pensamiento significativo, los ideales y expresiones siguen siendo la unidad fundamental de la cultura moderna.

El rechazo o la indiferencia son comunes, cuando la concepción no fue deseada, o cuando el niño a nacido de padres demasiado jóvenes, no muy maduros emocionalmente para aceptar las muchas responsabilidades de la paternidad.

El favoritismo paternal por un niño en especial de la familia es frecuente y ello puede conducir, ya sea a la madre o padre, a una variedad de problemas de conducta no solo con el niño infortunado que recibe esa atención especial, sino también con los hermanos sometidos a tan injustificable trato. Las perturbaciones en la vida emocional de los padres o en la relajación entre ambos conduce, generalmente a algunos problemas con el manejo del niño. La incompatibilidad entre madre y padre, puede resultar tanto de una gran indiferencia en la educación, puede conducir a diversos tratamientos comprometedores de los hijos.

El afecto, protección, indulgencia, ansiedad y autoridad excesiva, son actitudes por parte de los padres, las cuales se reflejan en la conducta del niño; esto por consiguiente se convierte en problemas para el Odontólogo al entrar de intervenir al paciente.





## CAPITULO VI

## COMPORTAMIENTO DEL CIRUJANO DENTISTA

Si nuestro objetivo como profesional es brindar al niño un servicio de salud, estamos aceptando que esto significa procurar su bienestar tanto físico, emocional y social, por lo que estamos obligados a considerar algo más que su dentadura.

Creemos que el problema fundamental consiste en solucionar la menor o mayor ansiedad que el niño trae al consultorio.

El familiarizarnos con las presiones y problemas internos que pueden influir a una persona y afectar su conducta, nos permite ser más considerados con el paciente; este conocimiento de las fuerzas internas subyacentes de la conducta nos enseña ser observadores y perspicaces con práctica suficiente y esfuerzo continuo podremos intuitivamente comprenderlos hasta el punto de establecer simpatía con él, cuando se da cuenta de esto se muestra cooperador y amable.

Tan básico como aceptar al niño es aceptarse a sí mismo, lo que denota entre otras cosas conocer las características de nuestra personalidad así como aceptar nuestros defectos.

tenemos que estar concientes de la personalidad, derechos y sentimientos del enfermo, para evitarnos muchos sucesos desagradables y peligrosos que podrían ocurrir.

Estas relaciones incluyen la necesidad del ser humano de sentirse atendido en sus reclamos, opiniones y molestias, en pocas palabras de ser aceptado y respetado en su personalidad.

El Odontólogo esta expuesto como cualquier otro médico a la recepción de todo tipo de temperamento bajo todas las circunstancias, pero más aún cuando a estas variantes se añaden elementos de temor, aprensión y prejuicios injustificados creados por un ambiente inculto, que a prevalecido a través de las generaciones. Pero todas estas causas suelen perfectamente conscientes, se recuerda y por lo tanto no resulta demasiado difícil al Odontólogo genuinamente interesado en el niño resolver el problema.

El Dentista debe explicar al niño como al padre de familia el valor de los cuidados dentales eficientes en la niñez son una inversión para la salud futura así como que la bue-

na Odontología no tiene su base en el momento de que el paciente entra al consultorio y se sienta en el sillón, sino que empieza en casa con la higiene bucal adecuada, una dieta sensata con restricciones de carbohidratos y con el establecimiento de programas dentales tanto en las escuelas como en cualquier centro de salud.

El Odontólogo no debe esperar que el niño o padre lo reciban favorablemente salvo que como profesional este convencido que la Odontología para niños es esencial y este dispuesto a realizar todos los esfuerzos a realizar todos los esfuerzos para brindar un servicio dental completo.

La actitud del Odontólogo respecto al niño se reflejará en sus modales, la manera de expresarse, en su aspecto personal y en el carácter fuerte, positivo y simpático que unido a un buen cooperador es muy favorable en cualquier consultorio.

Con frecuencia tenemos la experiencia de encontrarnos con niños que se resisten a pasar al consultorio u se toman del brazo de la madre; si el pedido verbal fuera ineficaz, el Odontólogo deberá acercarse al niño en forma amistosa y pasarle el brazo a su alrededor como una muestra de cariño; luego sosteniéndolo con firmeza lo levantará. El niño debe sentir que usted es bastante fuerte, como para y protegerlo.

A la hora de que el Cirujano Dentista esta elaborando la historia clínica es recomendable deslizar alguna pregunta al niño, ya que si solo le obligamos a estar sentado, en silencio escuchando las respuestas de la madre, sus pensamientos pueden dirigirse a lo que podría acontecerle en el sillón dental.

Siempre al dirigirse al niño es recomendable hacerlo con un tono de voz que inspire confianza, cara amable y saludo cálido. Es común observar como a los niños les gusta oír relatos, cuentos, que los traten como personas mayores y sobre todo el halago en su persona.

## 1.- PLANEAMIENTO DEL TRABAJO DEL C.D.

Después de haber examinado al niño se hace el diagnóstico para posteriormente elaborar el plan de tratamiento, se explicará al padre acerca de éste y del programa económico de honorarios referente al servicio dental del niño.

En la práctica de adultos los arreglos económicos se hacen directamente con el paciente, pero el paciente niño no es responsable del pago de cuenta ni está capacitado para hablar legalmente por el padre.

El tiempo es el único factor que debe ser considerado pa-

ra llegar a un honorario equitativo. el operador eficiente a conservado un registro de tiempo que se necesita corrientemente para completar las diversas operaciones dentales y será un procedimiento simple llegar a una cifra adecuada. Además del tiempo requerido para completar la operación corriente, debe dejarse un margen para hallazgos inesperados como también para algunos problemas de manejo del niño.

El costo por hora del mantenimiento de un consultorio - Odontológico es virtualmente el mismo en tanto se trabaje con niños o con adultos y por esta razón, no debe hacerse diferencia alguna al computar un honorario.

Un amalama en un diente, primario o una limpieza, puede llevar solo la mitad de tiempo en un niño que para un adulto, si el paciente coopera; se puede cobrar menos cuando sea conveniente.

Si los padres entienden plenamente las razones que se establecen para el servicio dental sugerido y asumen sus responsabilidades, entonces estarán contentos de sacrificar algo de los lujos evidentes por la salud del niño.

Las personas económicamente responsables saben que deben pagar un honorario razonable por la asistencia efectuada al pequeño paciente; por lo que es recomendable tener en pleno conocimiento de la familia el tratamiento que se le aplica al niño para que aprecie el valor que merece.

#### a) PROCEDIMIENTO DE CITACION

En la práctica exitosa de la Odontología para niños, se utiliza el sistema de citas y el periodo de espera en la sala de recepción éste limitado a escasos minutos. Largos periodos de espera no son alentadores ya que tienen un efecto adverso sobre la Psicología del niño y padre.

Las citas también se limitan a 45 minutos para el pequeño, algunos niños de dos a tres años de edad, pueden ser anotados para 30 mín. o menos dependiendo de los problemas operatorios y del patrón de conducta del paciente.

Siempre que sea posible es aconsejable no tener al niño en el sillón por más de media hora; las citas prolongadas los tornan inquietos y menos cooperativos.

Quienes son completamente colaboradores y deben soportar sesiones demasiado extensas pueden alcanzar un punto de saturación donde de vendrá abajo el tratamiento y ellos echarán a llorar. Una vez que un niño, aunque flemático y voluntarioso a sido abrumado en su cooperación será un paciente difícil de reconquistar; es casi axiomático que exista una relación inversa entre la colaboración del paciente y la extensión de la sesión.

Existe una relación entre el comportamiento del paciente y la hora del día en que se le cite, el momento más satisfactorio es por la mañana, cuando no está cansado o molesto. Muchos estados del país les permiten ahora a los niños ausentarse del colegio para acudir a sus citas con el Dentista, - después de las horas de clase quizá sea el peor momento para la atención dental .

Cuando el niño deja el colegio está cansado o ansioso de ir a su casa, en estas circunstancias la Odontología se transforma en una carga, molestia o castigo; en esta actitud el niño resulta menos tolerante a las molestias de trabajo y el Odontólogo se altera con mayor facilidad resultando un fracaso la consulta .

Los niños en edad preescolar no deben ser citados en horas de descanso, ya que son pacientes somnolientos y poco dispuestos a soportar nada, lloran con facilidad y tienen reducida su capacidad de cooperación y tolerancia .

#### b) PLAN DE TRATAMIENTO DIARIO

Antes de iniciar el tratamiento en el paciente infantil, el Dentista a de trazar un plan específico del mismo, que comprenda una pauta de sesiones, una estimación de tratamiento que se debe elaborar en cada una de ellas y el costo total, todo esto con el fin de dar una orientación tanto para el ayudante como para el mismo .

Es recomendable planear el tratamiento por cuadrantes, - iniciando por el que tiene el menor número de dientes cariados .

Hay que tratar los dientes inferiores primero si el tratamiento lo requiere, estos son más fáciles de restaurar y se dan el inicio para dominar al niño durante la inyección de anestesia. En si el tratamiento se debe iniciar por los dientes que requieren menos esfuerzo e ir pasando gradualmente a los más complicados, como las restauraciones de lesiones externas de caries, terapéutica pulpar y extracciones .

El tratamiento relativamente innocuo, como el pulido de amalgamas, debe dejarse para la última sesión de la serie, - con el propósito de que el niño pueda recordar una experiencia dental agradable .

En la hoja de los padres el tratamiento que se propone debe describirse en el mismo orden, pero no es necesario incluir detalles de todo el plan. Se expondrá lo que se refiere a las necesidades de la Odontología preventiva y restaurativa, extracciones y ortodoncia preventiva .

Pueden en numerarse los procedimientos odontológicos específicos como limpieza, aplicación de fluoruro, revisión de dieta e instrucciones sobre higiene bucal e incluso anotar el número de dientes cariados .

La información de restauración puede exponerse en el orden siguiente: Obturaciones, Ferrautica pulpar y extracciones. Si se emplea un material de obturación adicional hay que indicarlo: plástico, lámina de oro o corona de acero.

Si una lesión de caries invade pulpa, se anotará el diente como dudoso y se advierte a los padres que probablemente será necesario tratar la pulpa o extraer el diente. En caso de ser necesario hacer una extracción se señala el diente que es o si es necesario un mantenedor de espacio se menciona su efecto sin ser necesario entrar en detalles.

El ayudante dental es el responsable de tener a punto todos los instrumentos necesarios, las fichas y moldes de diagnóstico, radiografías, cuestionarios y plan de tratamiento.

### c) CITAS INCUMPLIDAS Y CANCELADAS

Las citas incumplidas pueden significar una pérdida de ingresos y un desperdicio de tiempo productivo, sin embargo, la cuestión de cobrar citas incumplidas puede presentar dificultades. Los padres pueden disgustarse si consideran que los honorarios cobrados por la cita incumplida son injustos. Como regla general podemos especificar que a menos que se avise con veinticuatro horas de anticipación, se cobrará por la pérdida de tiempo productivo.

Se puede agregar una nota donde conste que un futuro todas las citas que no sean canceladas con anticipación adecuada serán cobradas de acuerdo al costo de tiempo perdido, a menos que haya existido circunstancias externas. Tal procedimiento hará notar, por lo menos, a los padres que usted considera -- que su tiempo es valioso y que las citas incumplidas son una cuestión seria en su atención personal.

Es una sabia precaución, el darle hora a los pacientes, tener papelitos de citas, con una hoja carbónica para que quede un duplicado como constancia; estas hojas duplicadas se archivan como referencia para el futuro, con el objeto de mostrarlas a aquel padre que afirmará que no se le dio cita, con esto se evitan muchos roces innecesarios.

Los escolares pueden necesitar un permiso escrito para dejar la clase para acudir a la cita dental, por lo tanto se -- dispondrá de hojas con la firma del Odontólogo para entregar a las autoridades del colegio, en la misma tarjeta pueden imprimirse el horario convenido y el motivo del permiso para -- ausentarse de el colegio.

## 2.- CONTROL DEL DENTISTA

El Odontólogo nunca deberá usar su dominio o enfadarse, la ira como el miedo, son reacciones emocionales primitivas e inmaduras es señal de derrota e indica al niño que a vencido y

su forma de comportamiento es el correcto.

Si el Dentista pierde el control y eleva la voz, solo asustará más al niño, dificultando más aún la cooperación de éste. Si no puede evitar el enfadarse es mejor despedir al paciente y dejar que otro Odontólogo lo atienda.

Al ser tratado lo mejor posible el niño y ver que no se llega al éxito es mejor admitir la derrota que arruinar al paciente para tratamientos dentales futuros.

#### a) EL NIÑO COMO PACIENTE

Por lo general el niño que no ha sido preparado verbalmente para la experiencia odontológica, se acercará al tratamiento con alguna timidez; el factor que influye en este caso es la falta de familiarización, podrá estar ligeramente ansioso, pero es improbable que demuestre miedo verdadero.

Tan pronto como se le convence del amistoso interés del Odontólogo, el niño invariablemente será tratable, la mayor parte de estos de estos niños no condicionados al miedo serán excelentes pacientes.

En verdad su tolerancia al dolor, es a menudo sorprendentemente elevada si la aproximación del Dentista es amistosa y sincera, no podemos esperar que el tratamiento odontológico les resulte agradable, pero sabemos por experiencia clínica que esta clase de comienzo precoz asegura una relación satisfactoria.

Pero la oportunidad de conocer al niño y tratarlo antes -- que haya sido expuesto a la influencia verbal inductora de miedo es igualmente importante, o más aún. El tratamiento precoz asegura mucho más la conservación de los tejidos dentarios. Un niño puede haber sido suficientemente afortunado como para vivir en un grupo familiar donde no fue sometido verbalmente ni por observaciones a situaciones de miedo, puede tener una actitud de completa aprobación hacia el tratamiento odontológico. Es en efecto algo totalmente desconocido y no familiar para él, éste es un momento y comienzo espléndido.

El paciente tan pronto como comienza a relacionarse con -- otros niños, empieza a tener o adquirir de ellos toda clase de valorizaciones y normas, algunas de las costumbres adquiridas serán malas como el temor a la obscuridad o al ogro, y otras serán buenas como el saber que el Dentista es su amigo.

#### b) FRACASOS DE COMUNICACION

El fracaso en la práctica odontológica o al menos el desarrollo inadecuado de las posibilidades del caso, puede deberse a la falta de capacidad o habilidad por parte del Odontólogo, o más posiblemente a un fracaso de comunicación en la re-

lación interpersonal. El fracaso de comunicación puede ser por incapacidad del Odontólogo para comunicar su conocimiento, en un plano en que el paciente pueda recibir la información o -- puede ser por una falta de comprensión del paciente como persona. La indiferencia o descuidación del contenido humano en la práctica odontológica conduce al fracaso, simplemente -- porque el paciente no tiene fe en el Odontólogo como persona y no le da oportunidad de demostrar su habilidad como profesional .

### 3.- TECNICAS EN EL MANEJO DEL NIÑO

#### a) ESTRUCTURACIÓN

Esta técnica consiste en proveer al paciente de un conocimiento de lo que como paciente habrá de hacer y a la vez, -- de lo que el Odontólogo hará .

En el paciente nace un sentido de obligación hacia las reglas propuestas y espera de ellas tanto como nosotros .

A menos que haya una clara comprensión de las reglas básicas, se producirán confusiones y mal entendidos .

#### b) TRANQUILIZACIÓN

Es una de las técnicas más comúnmente empleadas y la menos -- eficaz para manejar la aprensión y angustia del paciente .

La falla que presenta es que trata de ocultar los problemas en vez de aliviar la angustia que yace tras de ellos, procura decir que realmente no existe problema alguno, de modo -- que hay que olvidar el problema. El paciente sabe que tiene -- problemas y sabe que los tratamientos odontológicos por realizar pueden ser dolorosos, difíciles .

Otra falla que presenta esta técnica es que no proviene -- del mismo paciente; las tentativas verbales de tranquiliza -- ción desde fuentes exteriores, fallarán en casi todos los casos .

#### c) CONTROL DE VOZ

Esta técnica está dirigida hacia un fin determinado, se emplea con efecto persuasivo, tales palabras influyen sobre el comportamiento del niño en el sentido deseado .

En tales casos, se sugiere no solo el contenido de la palabra sino también la modulación de la voz, a veces es imprescindible elegir la voz imperativa especialmente si observamos --

que el niño empieza a actuar con resistencia activa .

En tales casos entre la conversación amigable una orden con voz imperativa, por ejemplo: ¡quedate quieto., ¡abre la boca! o ¡quita la mano! y seguimos hablando en tono amable,

La intercalación de la orden severa en una conversación amigable, realiza el efecto de aquella sin que se pierda la confianza del niño, porque muestra siguientes palabras son nuevamente amables. Para algunos niños, en especial los que presentan angustia, es conveniente dirigirles algunas palabras de consuelo, pues estas tranquilizan al paciente. En tales niños no empleamos ordenes severas, sino que hablamos en forma tranquilizante, con frases tales como, "ahora abre más la boca" y algunas otras similares .

No es aconsejable emplear de antemano el método persuasivo racional, con el cual difícilmente seremos capaces de suprimir la sensaciones de angustia ya que podría ser que también fracase la sugestión verbal .

#### d) RESTRICCIÓN O TERAPIA DE SORPRESA

Esta técnica es usada cuando las actitudes paternas han sido erradas o cuando se ha provocado un temor injustificable y que el niño llega gradualmente a la histeria .

El propósito de esta técnica es lograr que el pequeño nos escuche. En 1929 el Dr. Evangeline Jordan escribió: "si un niño normal no escucha, pero llora y pelea continuamente... se le pondrá una servilleta sobre la boca y gentil pero firme se mantiene con la boca cerrada, su chillido aumentará y su condición de histérico también, pero si su boca está cerrada terminará por callar; logrado esto pasaran pocos segundos para que empiece a razonar .

Si nosotros le estamos hablando al niño y él no nos escucha por su berrinche, además de que no se está quieto, provocará un retraso considerado en los efectos deseados. El Dr. McDonal dice al respecto: si el niño demuestra definitivamente un berrinche, el Dentista puede demostrar su autoridad y dominar la situación haciendo todo uso de sus principios .

Detalles de la técnica "Mano sobre la boca" del Dr. Craig: se coloca la mano suave pero firme sobre la boca del paciente, al mismo tiempo que se le habla al oído diciendole que no se le hace como castigo, sino como un medio para lograr que pueda entender lo que le dice. Se le dirá en una forma llana y amable que : "si quieres que retire la mano de tu boca, debes dejar de llorar y escucharme, yo quiero hablarte y mirar tus dientes"., Después que pasan unos segundos, esto se repite y agregamos "estas seguro de que ya debo retirar mi mano", casi invariablemente hay una inclinación de



cabeza por parte del niño, con una palabra al final de estate quieto se retira la mano de la boca .

La asistente debe estar siempre presente para ayudar a contener brazos y pernas del pequeño para que no se lastime .

Cuando la mano es quitada, puede haber otro lamento siguiente petición "quiero que venga mi mamá", para este caso la mano se vuelve a colocar en la boca .

La admisión de parar de llorar es repetida y además que -- agrega: "quieres a tu mamá, está bien pero si permaneces quieto te llevaré con ella tan pronto como terminemos el tratamiento", de nuevo él inclina la cabeza al mismo tiempo que bajará lentamente su mano de la boca, Si el problema persiste, se coloca de nuevo la mano en la boca tapando al mismo tiempo la nariz .

En algunos casos de pacientes esta rutina puede ser necesaria hasta obtener suficiente cooperación y seguridad para el tratamiento. Si existe una Tentativa por parte del niño para comenzar otra vez, un suave recordatorio de que la mano le será restituida es usualmente suficiente para hacerlo reconsiderar. Esta es una situación sobre la cual el niño tiene control, el niño puede estar consciente de sus factores indeseables, estrategias innecesarias o inútiles .

Una vez que el niño a cooperado será motivo de halagos. Esta técnica es contraindicada para niños con retraso mental y para aquellos pacientes pequeños que no entiendan el propósito de esta .

## e) PREMEDICACION Y POSTMEDICACION

Los metodos Psicológicos y Farmacológicos deben ser un complemento mutuo, la influencia puramente psicologica puede fallar cuando el niño siente inesperadamente dolor o angustia antes de los procedimientos operatorios. Frecuentemente los tranquilizantes son beneficios en estos niños aprensivos .

Deberán emplearse drogas que produzcan un grado bajo de -- somnolencia y alto grado de relajación muscular, que no desaparezcan rapidamente o que su efecto no sea demasiado prolongado .

Los niños difíciles siempre deben ser tratados tanto psicologicamente como farmacologicamente .

La Odontología se encuentra en una posición especial con respecto a la premedicación en pacientes ambulatorios, nuestro principal interés es el relacionar aquellos que obtendrán más beneficio con alguna forma de terapia previa a la visita, aunque todo paciente experimenta cierto grado de aprensión antes o durante el tratamiento, no todos los pacientes son candidatos a la premedicación .

En líneas generales el proceso de selección se centra en aquellos individuos incapaces de controlar la intensidad de sus relaciones ante un estímulo psíquico adverso. Los medicamentos podrán ser empleados tanto para la preparación del paciente, durante el tratamiento u después de la intervención, le dará la máxima comodidad física y la seguridad durante y después del tratamiento así como otorgándole la eficiencia máxima durante el mismo. Idealmente, el niño debería sentirse cómodo mediante la prevención y alivio de las actividades y sensaciones desagradables.

**PREMEDICACION:** es un auxiliar en el manejo del niño en el consultorio dental, se utiliza en procedimientos operativos largos, en cirugía pediátrica y para cuando el niño es miedoso, agresivo o demasiado inquieto.

Para delimitar el grado de premedicación de acuerdo a los estatutos de Hampshire la dosis se basa en el peso y edad del paciente:

1. El paciente joven de menor medicación
2. El paciente más pesado requiere de mayor medicación
3. El niño nervioso e inquieto requiere de mayor medicación
4. Se procedera a medicar al niño dependiendo de la intervención, estará con el estómago vacío y después se le permite algún alimento ligero (jujo o néctares)
5. Una dosificación considerable se le administra en la mañana temprano y otra en el consultorio.

El número de medicamentos disponibles para tales usos es amplia. Los medicamentos que mencionaremos a continuación pueden ser utilizados en un programa de medicación previa o paralela a los procedimientos odontológicos. Los analgésicos antiéipéreticos serán usados más comunmente durante o después del tratamiento.

Los ejemplos serían sedantes e hipnóticos, como el pento barbital (nembutal); analgésicos como la meperidina (demerol); y tranquilizantes como la Hidroxizina (atarax), prometazina (fenegan).

**MEPERIDINA:** El clorhidrato de meperidina es un opioide sintético y posee tres propiedades principales; analgesia, sedación y espasmolítica o antiespasmódica; también produce depresión respiratoria y otros efectos en el S.N.C parecidos a los que produce la morfina.

La potencia analgésica es tal que los procedimientos Odontológicos no afectan en forma significativa la tensión sanguínea ni altera la glucemia. No afecta la hemoglobina, ni las cuentas de eritrocitos o diferenciales, disminuye el flujo salival. La meperidina es narcótico de acción sedante regular, el Odontólogo debe recetarla y administrar de

acuerde a las normas de la ley para narcóticos. Para decidir sobre la promedición de un paciente y la dosis apropiada, es conveniente recordar que los síntomas extremos pueden crear confusiones o ser útiles. Una aparente calma puede ser solo el mecanismo protector para ocultar una anaestesia. La asistente dental y el Odontólogo deben estar adiestrados para observar cualquier síntoma significativo, es preciso comprender -- que si las tensiones, aprensiones y temores se crean en la mente de los pacientes con solo pensar en el tratamiento odontológico, entonces estos deben ser considerados parte de la rehabilitación odontológica del paciente. Nuestra experiencia nos indica que el uso de la meprenidina está indicada para tal efecto.

**CONTRAINDICACIONES:** En enfermedades hepáticas  
si no se controla adecuadamente  
forma dependencia

**REACCIONES SECUNDARIAS:** Náuseas, vómito, rubor facial  
transpiraciones, sequedad de  
boca, debilidad extrema, paro  
respiratorio, vértigo y prurito.

La meprenidina se presenta en diversas formas:

Para uso bucal: tabletas de 50 y 100 mg y elixir de 50 mg por cucharada de té, Ampollitas de 0.5, 1, 1.5, y 2 ml y en frascos de 10 y 30 ml.

**HIDROXIZINA :** El atarax es uno de los agentes más populares - utilizados por la profesión médica para calmar la tensión y - ansiedad de los niños, llevando a un sedativo, aumentando el estado de receptibilidad del paciente y al mismo tiempo -- permite extender el período clínico.

Su mecanismo de acción no ha estado aclarado aún, sin embargo se sabe que produce un equilibrio entre el sistema simpático y el parasimpático, son depresores de acción media y no se recomienda su empleo en pacientes depresivos.

Los efectos secundarios que podemos encontrar son: Relajación total, náuseas, mareo, no produce sueño real. En Odontopediatría este último efecto es muy deseable, pues no se duerme el niño sadado y esto no pierde su capacidad de aprender.

También puede ocurrir resecaamiento de la boca, se a reportado que el atarax tiende a aumentar las convulsiones; esto -- debe tomarse en cuenta cuando se está trabajando con niños -- que tienen parálisis cerebral o con niños epilépticos. Su período de acción es de 45 minutos y su duración parece variar,

pero es totalmente eficaz por lo menos por una o dos horas . Su efecto se empieza a sentir en los pacientes 30 minutos . Los efectos desaparecen completamente después de seis horas .

Su administración se efectúa a partir de las noches anteriores y se repite la dosis de 30 a 45 minutos antes de la consulta ;

La hidroxizina se presenta en forma de tabletas de colores y según el color es la dosis:

Verde	25 mg
Naranja	10 mg
Amarilla	50 mg
Roja	100 mg

**PROMETAZINA:** (Penergan) es un derivado de la fenotiazina tiene muchas propiedades útiles en Odontología, produce un efecto marcadamente calmante y sedante, analgesia pobre, en un tiempo clínicamente razonable luego de su administración, Es eficaz como antialérgico y para represión de la cinetosis ,

Es útil para reducir las náuseas y vómito, un efecto secundario es que el paciente muy somnoliente puede no reconocer a las personas u objetos esta débil y se siente enfermo por un período de 4 a 48 horas .

Cuando se utiliza como inyección submucosa es capaz de causar tumefacción prolongada, por lo tanto, es aconsejable que se elija una inyección que sea intramuscular profunda ,

La prometazina se presenta en varias formas aplicables en la Odontología y son:

Frasco de 10cm	25 y 50mg por cm
Tabletas de	12.5mg y 50mg
Jarabe con	25mg por cucharilla de té

**HIPNÓTICOS Y SEDANTES** (pentobarbital y Secobarbital)

El uso principal de los medicamentos sedantes hipnóticos es producir somnolencia, generalmente son depresores, deprimen la actividad del nervio, músculo esquelético, músculo liso y músculo cardíaco .

Los barbitúricos producen todos los grados de depresión -- del S.N.C. desde sedación ligera hasta el coma, el grado de depresión depende no solo del barbitúrico usado, dosis o vía de administración, sino también del grado de excitabilidad -- del sistema nervioso en el momento de la administración y de la tolerancia inducida por la utilización anterior de estas -- drogas .

Efectos que producen: la somnolencia que puede durar pocas horas después de una dosis hipnótica de un barbitúrico, pero sutiles perturbaciones del temple, de la capacidad de juicio y de finas destrezas motoras pueden persistir durante muchas

horas. Los efectos anteriores de los barbitúricos pueden ser de franca excitación.

En dosis anestésicas, los barbitúricos utilizados clínicamente inhiben las convulsiones del envenenamiento por estricnina del tetano y estado epiléptico, los Barbitúricos son potentes depresores respiratorios que afectan el impulso de la respiración y del mecanismo que da carácter rítmico a los movimientos respiratorios.

Cuando se emplea los barbitúricos como anestésicos intravenosos, no es raro la producción de tos, estornudos, hipo y laringospasmo. El laringoespasmo es una de las principales complicaciones respiratorias de la anestesia por barbitúricos.

Los barbitúricos por vía gástrica producen ligero descenso de la presión sanguínea y frecuencia cardíaca, el NEMBU--TAL es un excelente droga empleada en el consultorio, es deguro, eficaz y se administra por vía rectal u oral dependiendo de la edad. La dosis sedante es de 30 a 60mg, dos o tres veces por día y la dosis hipnótica es de 60 a 100mg. El promedio de acción de la droga es de 20 a 45 minutos con duración de 3 a 4 horas.

Para uso parental se dispone de soluciones estériles de pentobarbital sódico en ampolleta (50mg/ml) la inyección se debe hacer una masa muscular grande para evitar la irritación.

Secobarbital la dosis hipnótica media para adulto es de 100mg se expende en polvo y como elixir que contiene 21mg/ml en cápsulas que contienen 32,50 y 100mg; en supositorios con 32,65,130 y 200mg y para admon. pararteral en ampolleta que contiene 250mg de polvo estéril y en solución que contiene 50mg/ml. Los diversos tipos de administración están orientados de acuerdo al tipo de paciente:

Elección de la dosis.- Antes de dar la dosis es necesario considerar otros factores como son los siguientes :

### 1. Tipo de paciente

Se otorga gran consideración a sus emociones y a su actitud, así como a su edad.

### 2. Nivel deseado de depresión

A veces solo es conveniente prevenir la generación de aprensión o temor durante algunos procedimientos odontológicos o basta un ligero relajamiento para el niño tenso pero cooperativo. En tales casos la dosis sería menor que para el niño temeroso, desafiante, en los cuales se desea un relajamiento y depresión más acentuados.

### 3. Lapso deseado de relajamiento

Si se piensa en trabajos odontológicos largos y difíciles la dosis puede ser aumentada para alargar el período de

relajamiento y de presión, En cambio si se realiza un trabajo como una dosis normal esta indicada de modo de obtener el relajamiento apropiado aún por el breve tiempo necesario .

#### 4. Hora de Administración

Es más difícil obtener un relajamiento apropiado cuando el niño este fresco y descansado que cuando esta cansado y somno liento .

A menudo se podra aumentar la dosis ligeramente para las - citas matutinas tempranas u también las consecutivas a la hora de la siesta. Puede ser disminuida si la hora de la siesta. Puede ser disminuida si la sesión transcurre en horas de descanso del paciente .

#### 5. Cantidad de Sesiones

Es inusitado que sea necesario administrar la medicación - por más de tres a cuatro sesiones sucesivas. La medicación a la mayoría de los pacientes a generar en sí su confianza que permite disminuir las dosis en cada visita subsiguiente .

#### 6. Instrucciones a los padres o al paciente

Se les darán instrucciones a los padres para que el paciente no coma ni beba por un período de 3 horas previo a la hora de la sesión, ello puede producir la tendencia a las náuseas y al vómito .

La siguiente es una guía para la dosificación en cada uno de los tipos de pacientes y con las drogas consideradas:

### COOPERATIVO TENSO

Cuando la medicación es administrada en el hogar:

Tabletas de Hidroxizina (25mg)

Dosificación: 1 tab. la noche anterior a la visita, más  
1 tab. una hora antes de la visita, o  
2 tab. la hora antes de la visita, si es muy tenso

Jarabe de hidroxizina (10mg X cuchar).

Dosificación: 3 cucharillas de té la noche anterior a la visita  
3 cucharillas de té 1 hora antes de la visita, o  
5 cucharillas la hora antes de visita, si es muy tenso.

Si no fuera posible la medicación en la casa, se utilizarán en el consultorio 25 a 50 mg de hidroxizina, tabletas o jarabe de 30 a 40 minutos antes de la hora de la sesión .

### EXTERTORMENTE APRENSIVO

La dosificación es la misma que para el cooperativo tenso o la presedente en comedicación bucal con:

Meperidina 25 a 50 mg o farabe de prometazina oral 25mg y prometazina combinadas y administradas por vía intramuscular.

### TEMEROSO

La dosificación de acuerdo con el grado de emoción y actividad, oscila desde la indicada para el paciente cooperativo tenso hasta la necesidad para el terco desafiante .

### TERCO DESAFIANTE

La dosificación varía según las emociones y actividades -- del paciente, la medicación es la misma que para el aprensivo. dosis ligeramente aumentada .

POSTMEDICACION: se designa al empleo de medicamentos cuyo efecto tiene lugar solo cierto tiempo después de la intervención.

A este tipo de medicamentos pertenecen ante todo, los analgésicos antipiréticos (aspirina, anacín), que se dan al niño -- después de la intervención, para que no tenga dolores cuando cese el efecto de anestesia local .

ANALGESICOS: son drogas que poseen la propiedad de elevar el umbral del dolor a un nivel cortical .  
Las más usuales son:

- a) Acido acetil-salicílico (aspirina)  
dosis de 50-80 mg/kg/24hrs. para niños  
dosis de 500-1000 mg cada 6 hrs para adulto
- b) Pirazolonas (magnopirolo y dimetil)  
dosis de 25 mg por kg peso/ día para niño  
dosis de 500 mg para adulto
- c) Fenilbutazona ( butazolina)  
se presenta en forma de grageas 50 mg  
3/día por vía oral  
supositorios de 250 mg dosis de 250-500 mg  
cada 24 hrs, por vía rectal

- d) Meperidina (Demorel)  
 es un narcótico que se usa en  
 dosis de 5-10 mla por kg de peso  
 cada 6/hrs.

### {) ANESTESIA GENERAL

La anestesia general puede incluir en niños muy rebeldes, mentalmente retardados e incapacitados, también se pueden -- incluir aquellos niños de 2-3 años que son sumamente inmaduros en su desarrollo intelectual .

Los anestésicos generales son aquellas drogas que una -- vez en el organismo producen los siguientes efectos:

- a) Pérdida del conocimiento
- b) Bloqueo en grado variable de reflejos especialmente los -- que afectan al aparato circulatorio
- c) Producción de los impulsos somáticos aferentes (supresión del dolor)
- d) Relajación muscular en grado variable

Una vez establecido que por los antecedentes del niño no es posible mantener comunicación con él, debemos decidir el camino más adecuado para solucionar el problema dental presente .

### CLASIFICACION: ventajas y Desventajas

#### 1. Anestésicos Intravenosos

Difieren de los inhalados en que una vez inyectado no se puede eliminar el efecto de la droga. La propiedad más importante de los barbitúricos de acción ultracorta es su rápida penetración a los tejidos, por esta razón su absorción por -- un determinado tejido depende solo del gasto sanguíneo local también de la concentración del fármaco en la sangre arte-- rial .

Los principios generales que se aplican a la administra-- ción intravenosa de barbituricos son iguales a los de otros anestésicos generales, por ejemplo el tiopental como el pro-- totipo de su clase :

#### TECNICA

El tiopental sódico puede ser administrado por inyección venosa intermitente o por infusión continua. Debe tenerse -- cuidado en evitar la inyección intra-arterial y la extravasa-- ción, que puede producir necrosis del tejido, un modo de evi-- tar esta complicación es inyectar en una infusión venosa que corra libremente o utilizar soluciones diluidas (25 X 100 Ø



menos). Concentraciones más altas causan isquemia por oclusión vascular, la lesión es resultado de la acción del tiopental mismo y no de su alcalinidad.

La inducción de la anestesia es ejecutada lentamente inyectando de 150 a 250 mg en 15-30 seg. simultáneamente se aplica un anestésico inhalatorio. Dosis complementarias se administra según se necesiten para mantener la anestesia, la dosis total empleada en el curso de una operación ordinaria raramente excede de 1.0g.

El período de anestesia quirúrgica se caracteriza por la disminución de las pupilas o su aspecto normal y la fijación de los globos oculares; respiración superficial y disminución en la presión arterial, especialmente notable en los que padecen hipertensión esencial. El indicio más seguro de la profundidad de la anestesia es el grado de depresión respiratoria.

#### VENTAJAS:

Existe una rápida y agradable inducción, reducción en la frecuencia de excitación y vómitos, respiración tranquila, ausencia de salvación, el no ser explosivos y pronta recuperación con la dosis pequeñas.

Complicaciones y rasgos no deseables que puede producir la inyección extravascular y ciertas acciones adversas de tipo respiratorio: apnea, tos, espasmo de la pared torácica, laringoespasmo y broncoespasmo.

Una complicación importante ocurre en enfermos que padece de porfiria aguda intermitente, enfermedad exacerbada por la administración de barbitúricos. El conocimiento de que un enfermo padece de porfiria intermitente es una contraindicación absoluta de la anestesia con barbitúricos.

#### 2. Anestésicos Gaseosos

**Oxido Nitroso.** - Es un gas incoloro, único gas inorgánico práctico para anestesia clínica, gas poco potente en concentraciones subanestésicas, produce analgesia en el hombre.

La concentración más alta de oxido nitroso que puede aplicarse para mantener la anestesia es de 70 X 100. Más arriba puede sobrevenir hipoxia. Como esta concentración no es suficiente para el sujeto normal, se emplean otros medicamentos para completar la anestesia.

Son algo frecuentes las náuseas y vómitos después de operaciones menores, también es sabido que la exposición del oxido nitroso deprime la médula ósea. Los estudios de la función neuromuscular en el hombre señalan poco efecto de oxido nitroso, aún en combinación con tiopental y meperidina.

Después de administrar el óxido nítrico en mezcla hasta 65:35 la recuperación de la anestesia suele ser rápida y exenta de efectos desagradables .

### 3. Anestésico INtramuscular

El clorhidrato de Ketamine es un compuesto que ofrece ventajas para efectuar diagnósticos en medicina general. En procedimientos quirúrgicos prolongados esta droga podrá ser usada como inductor de anestésicos o como suplemento del óxido nítrico .

El Ketalar produce una anestesia disociativa, así llamada porque durante la inducción, el individuo se siente como dissociado de su ambiente, incluso de sus propias extremidades. Efectos colaterales:

Esta droga aumenta la presión sistólica y diastólica, es potente en analgesia y amnesia, aumenta la frecuencia cardíaca. Esta contraindicada en pacientes que tienen hipertensión hay elevación de presión arterial, gasto cardíaco y frecuencia cardíaca. Son afectadas la respiración y la resistencia respiratoria si se aplica en forma rápida por vía intravenosa. También aumenta la salivación, sudoración y lagrimeo; no se debe aplicar en pacientes que tienen infecciones en el tracto respiratorio superior .

El Ketalar Intramuscular:

frasco ampula de 10ml con 50 X ml

El Ketalar Intravenoso

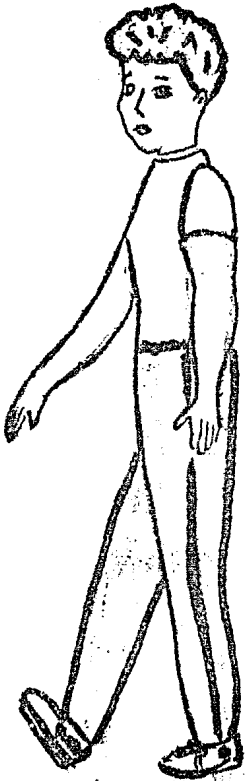
frasco ampula de 20ml con 10mg X ml

vía Intravenosa 1 a 2mg X Kg peso

vía Intramuscular 5 a 10mg X Kg peso

En tratamientos dentales cortos, pero indispensables para el niño, el uso de Ketalar evita daños psicológicos por mal manejo psicodental en mentes inmaduras y permitirá fácil y rápida solución de estos problemas dentales .

Este medicamento puede ser usado en el consultorio siempre y cuando sea manejado por un anestesiólogo con el equipo necesario. El tiempo de recuperación es de aproximadamente 30 minutos .



## CAPITULO VII

## RELACION DEL CIRUJANO DENTISTA CON EL NIÑO

No es necesario ser un psicólogo para ejercer la Odontología infantil, pero lo que sí es de tomar en cuenta es que el Cirujano Dentista que atiende niños, sea un especialista o un Dentista de práctica general, debe poseer por lo menos -- conocimientos elementales no solo para captar las reacciones del niño, sino para comprenderlas e incluso tolerarlas cuando estas son adversas a nuestro deseo de colaboración por parte de nuestros pequeños pacientes; muchas veces nos damos cuenta que aquellas son el resultado de problemas que están por encima de los límites de la voluntad del niño.

Por otro lado, estos conocimientos nos permitirán valorar estas reacciones, en relación a las distintas edades del niño, madurez y grado de desarrollo mental.

El Odontólogo trata con algo más que cavidad oral, realiza un intercambio activo con el ser humano inmaduro y el desarrollo emocional del mismo, se relaciona con sus pacientes en forma muy íntima ya que la boca del niño es una zona especialmente íntima y sensible.

Lamentablemente en otros tiempos, el fin primordial del Odontólogo era forzar al niño a que aceptara el tratamiento aún contra su voluntad, el someter al niño por la fuerza en nada ayudaba a mejorar la imagen del Dentista, por el contrario tales experiencias traumáticas dejaban un temor profundo asentado en el niño que perduraba por tiempo indefinido; sin embargo al paso del tiempo y madurar la profesión odontológica ha formado un reconocimiento creciente en la necesidad de comprender al paciente.

Cada período cronológico en el niño se caracteriza por patrones de conducta distintos que dependen del nivel de desarrollo psicomotor, emocional, de las influencias o formación de su medio ambiente y de su estructura básica de personalidad.

El Odontólogo necesita una diversidad de aptitudes técnicas y un conocimiento de crecimiento y desarrollo (físico, mental y emocional) del niño para manejar satisfactoriamente las necesidades básicas.

## 1.- DESARROLLO Y PSICOLOGIA DEL NIÑO

El desarrollo psicológico del niño es una complicada serie de sucesos establecidos que se manifiestan en un patrón de conducta; esto es, la acción, las actitudes y la personalidad de el niño. El crecimiento psicológico se refiere también a la adquisición de información de habilidad e interés emocional; el sistema nervioso en la parte vital de la maquinaria que hace posibles los sucesos.

La esfera psicología y la física de desarrollo de la maduración es registrada de acuerdo a un plan y a una secuencia innatos no susceptibles a influencias aceleradas, a un niño se le puede enseñar un modo de comportamiento, hasta madurado lo suficiente para recibir la enseñanza. Por ejemplo un niño una vez que ha madurado alcanza el habla, la que va desarrollando por medio del proceso de aprendizaje; el intento de acelerar la secuencia es probablemente el error más común en los padres.

El crecimiento psicológico es por lo tanto, en gran parte, un producto de los potenciales heredados del niño y de su medio; un medio ambiente favorable asegura la óptima expresión de sus potenciales heredados mientras que un medio ambiente desfavorable puede retardar o pervertir su plena expresión. Cada individuo es una personalidad distinta, cuyas experiencias en la temprana infancia son importantes para su futura conducta y relación con los demás.

Para comprender la individualidad y la madurez relativa de los niños, es necesario estudiar los procesos subyacentes de desarrollo, que están actuando; cada niño tiene un límite fisiológico para su condicionalidad y rasgos constitucionales así como tendencias que determinan como, que y hasta cierto punto, cuando aprenderá. Es importante para el Odontólogo que trata al niño el reconocer estos límites relativos a los diferentes niveles de edad, esto con el objeto de que su acercamiento al manejo del niño sea compatible con las experiencias del individuo.

El modelo de comportamiento de un niño se rige por su herencia física y mental, a medida que se desarrolla por el condicionamiento que recibe al entrar en contacto con el medio. No es posible modificar la herencia, sin embargo como es consecuencia del medio si puede ser alterada.

Uso de los ajustes necesarios que todos los niños deben lograr es el de generar un modelo de comportamiento que sea socialmente satisfactorio. El que los niños acepten los tratamientos dentales de buen modo o lo rechacen dependerá de la manera en que han sido condicionados; el condicionamiento emocional de los niños hacia la Odontología, al igual que hacia

otra experiencia, se forma primordialmente en casa y bajo -  
gula paterna .

## 2.- PROCESO DE APRENDIZAJE DEL NIÑO HASTA LOS 10 AÑOS

El desarrollo psicológico no puede considerarse aparte -  
del crecimiento físico, porque ambos están intrínsecamente  
combinados, para esto vamos a describir los diversos esta-  
dios del desarrollo psicológico .

En el momento en que el bebé sale del cuerpo materno es  
considerado como recién nacido, pero él ya trae consigo un  
pasado que se divide en tres etapas :

1. Un pasado distante de generaciones anteriores que lleva  
en sus genes y hace la diferencia de individualidad ,
2. Un pasado reciente de nueve meses dentro del cuerpo mater-  
no del cual sabemos todavía relativamente poco sobre in-  
fluencias en su vida emocional .
3. Más reciente encontramos un período de variada duración  
"El parto" que lo lebera, en forma tal que responde tar-  
damente a ciertos estímulos (dolor) durante el primer y  
segundo día mientras que reacciona con todo el cuerpo --  
(reflejo de alarma) o muchos más ,

### EL RECIEN NACIDO

Al nacer el niño está dotado con un equipo emocional bas-  
tante elaborado, que incluye al miedo, hambre y alegría, La  
respuesta a los cambios abruptos de posición, es de lo más  
notable. Esta reacción sin embargo, es vencida en pocos me-  
ses por el continuo manipular de la madre .

### EL NIÑO DE DOS AÑOS

No está suficientemente adelantado como para permitir re-  
laciones interpersonales prolongadas, prefiere el juego so-  
litario y más aún prefiere mirar lo que otros hacen que --  
participar con ellos. Un niño de este nivel de edad no per-  
mite a otro que tome sus juguetes sin su permiso ,

El es aún pequeño como para tratarlo solo con palabras,  
por lo que se hace necesario ayudarlo a organizar su expe-  
riencia, tocando, palmoteando cuando lo rodea; todo va a de-  
penden mucho del trato que le dan los padres En este nivel  
de edad y hasta los tres años es común que cambie de una co

sa a otra en pocos minutos, es importante que el niño no sea forzado sino que cada activación debe surgir de su interior.

El infante depende en gran parte de su madre en el cuidado, protección, estando fuertemente unido a ella; vemos que no es frecuente que un bebé por su corta edad no sea llevado al consultorio, pero cuando así ocurre suele ser por un tratamiento de emergencia como un traumatismo dentario o por dolor de caries, la reacción normal del niño es poner resistencia a cuanto objeto extraño es introducido a su boca y más aún, no tiene coordinación suficiente para obedecer ordenes,

Como ya se mencionó que los vínculos emocionales son muy fuertes a esta edad, el Odontólogo hará mejor en no tratar - eliminarlos sino emplearlos para acercarse más al paciente. Por ejemplo; el niño se sentirá mejor en la falta de la madre durante el examen o tratamiento, el Odontólogo debe proceder con su tarea en una forma positiva, si bien cariñosa y comprensiva, es mejor no preocuparse por demás con la resistencia o el llanto de la criatura.

## EL NIÑO DE TRES AÑOS

Los niños de esta edad continuamente corriendo y saltando, les gusta balancearse y tomar cuanto objeto está a su alcance. En comparación las niñas prefieren ocuparse en tareas propias de la casa, cuidando a sus muñecas como si fueran bebés reales, la tierna solicitud hacia la muñeca alterna generalmente con un comportamiento firme, descuido o hasta crueldad. La mayoría de los niños de esta edad no vacilan en expresar a viva voz sus pensamientos hostiles y destructores, para ellos los demás niños son considerados como rivales, ya del adulto o por la posesión de un juguete.

Ocasionalmente forman grupos, pero su alianza es inestable; si el juego de otro niño se ajusta momentaneamente a alguna fantasía propia, se uniran mientras dure; existe la admiración y afecto, pero los celos y las rivalidades son aún tan fuertes que el amor puede venirse abajo en cualquier momento, pueden ser en ocasiones muy generosos hacia otro niño, pero solo para convertirse de pronto en indiferentes y hasta tiránicos. Con el objeto de reforzar sus propios esfuerzos por vivir de acuerdo a ciertas normas que crean que los adultos han establecido para ellos, suelen ser muy críticos por ejemplo, en un chico que accidentalmente cae o llora y se muestra caprichoso en un arranque de mal humor.

Estos niños en realidad están comenzando a luchar para cumplir con las exigencias de su ambiente y habla de las cosas buenas y malas como dos extremos sin término medio; rara vez admiten ser culpables de algo, cediendo la culpa a algo

o alguien de su mal comportamiento, con frecuencia la persona utilizada ni siquiera estará presente.

Aunque vemos que parecen bastantes autosuficientes y ansiosos por emprender nuevas tareas, en verdad son aún muy dependientes.

Con el paciente el Odontólogo suele comunicarse y razonar con más facilidad durante la experiencia odontológica, tiene un gran deseo de conversar y amenudo disfrutará contando historias al Dentista. En esta etapa el personal suele comenzar a tratar un acercamiento positivo.

Hymes informó que los niños de tres años y menos en situaciones de stress o cuando se les lastima, están fatigados o asustados automáticamente se vuelven a su madre como sustituto de consuelo, apoyo y seguridad.

#### EL NIÑO DE CUATRO AÑOS

A los cuatro años se hacen cada vez más expansivos. Su vocabulario, al igual que sus intereses aumenta. Más o menos para esta época comienza a preguntar y pedir explicaciones. Cuando sucede algo que no concuerda con su experiencia pasada quedan momentáneamente de lado; esto les hace sentirse perdidos e indefensos, y se dirigen a cualquier adulto que se encuentre a mano y plantean "¿por qué?". Estas preguntas pueden ser extremadamente tediosas y cansadoras, pero están en verdad motivadas por un genuino deseo de conocer.

En algunas situaciones el niño de 4 años puede tornarse bastante desafiante y puede recurrir al empleo de malas palabras. En general, sin embargo, la criatura de 4 años que haya vivido una vida familiar feliz con un grado normal de educación y disciplina será un paciente odontológico muy cooperador.

#### EL NIÑO DE CINCO AÑOS

A esta edad se muestran más concretos, dejando a un lado el mundo de los cuentos y fantasías; el varón muestra rasgos de coraje, nobleza y protección, mientras que la mujer se hace más sensible buscando protección, los niños se mantienen más cautos al acercarse a las cosas y son más organizados, consolidan sus capacidades y ordenan su información sobre el mundo que les rodea.

Les encanta recibir pequeñas tareas, aceptando con grado las instrucciones de los adultos; su juego imitativo y dramático continúa a menudo en grupos pequeños jugando juntos con iguales varones y mujeres, gradualmente se hacen un poco más independientes.



Cuando llega el momento en que el primer diente cae, lo toma con una sensación de orgullo y poco interés, sin embargo detrás de su arrogancia está una gran ansiedad de que alguien le ayude y asegure que su diente volverá a crecer y en el sitio indicado.

La mayor parte de los niños de cinco años desean ser libres y separarse de la madre, pero no demasiado, suelen aceptar bien los procedimientos simples; pero cuando son amenazados con procedimientos dolorosos reaccionan violentamente, como bebés, pero ahora más grandes y fuertes. La tolerancia al dolor es mejor que a los tres años, pero aún de violentas reacciones, cuando no puede dominar una situación o se viene abajo terminando por llorar y pedir a la madre.

El desagrado temporal por procedimientos odontológicos inocuos tienen que ser aceptados, pero la reafirmación constante combinada con una tolerancia por sus desagrados ayuda al niño a pasar sus crisis y le enseña a aceptar el procedimiento.

#### EL NIÑO DE SEIS AÑOS

Ellos están principalmente ocupados en sus juegos y fantasías que son mucho más reales de lo que suponemos los adultos, de los seis años en adelante se interesan más en lo que sucede a su alrededor. Muchas de las niñas continuarán por un tiempo llenas de fantasías de ser madres, otras más buscarán establecer una unión más fuerte con el sexo opuesto.

Se comienza a mostrar algún interés en las personas que están fuera del hogar, especialmente en los niños que se encuentran en las escuelas o en lugares de recreo; hay un despertar de el sentido social que se hace evidente a poco de comenzar las actividades en la escuela.

En esta etapa el pequeño sufre cambios tanto somáticos como psicológicos, es una edad de "Transición", están desapareciendo los dientes primarios, para aparecer los molares permanentes, e incluso la química del cuerpo sufre cambios útiles.

#### EL NIÑO DE SIETE AÑOS

Los patrones de dependencia primigenios tienden a desaparecer, aprenden a aceptar a la autoridad; los patrones agresivos destructores tienden a ser dominados, no siempre, claro está, pero comienza a aceptar la adaptación y autoridad como parte de la vida.

El niño de esta edad puede generalmente resolver sus temores a los procedimientos operatorios dentales ya que el Dentista puede razonar y explicarle lo que se le realiza ,

Al pequeño de siete años le agrada el reconocimiento a su buen comportamiento .

#### EL NIÑO DE OCHO AÑOS

Cuenta con la capacidad para tolerar situaciones desagradables y muestra marcados deseos de ser obediente, presenta objeciones ante la gente que toma a la ligera sus emociones, no le agrada que lo forcen, que se haga injusticias o que lo mimen .

#### EL NIÑO DE NUEVE AÑOS

Este paciente es más razonable y colabora mejor, observamos en él un amplio campo de interés para indiciar la comunicación .

#### EL NIÑO DE DIEZ AÑOS

Los varones empiezan a separarse de las niñas, desprecian-dolas abiertamente, acentúan sus proezas masculinas; las niñas se relacionan con otras similares a ellas con quien murmuraran y rien comentando sus secretos. Necesitan los niños a alguien tan insignificante como ellos mismos para sentirse -- fuertes, seguros e identificados, las niñas exigen fidelidad, deben dar todo y excluir a otra persona .

### 3.- INSTRUIR AL NIÑO EN ODONTOLOGIA

En Odontología se persigue esencialmente el enseñar al niño a encarar una situación nueva y a seguir las instrucciones del personal odontológico, El proceso suele cumplirse con mucha facilidad si el Dentista permite que el niño inspeccione el consultorio y el medio como por casualidad, pero al mismo tiempo de grabar en el pequeño la necesidad y la importancia de la situación .

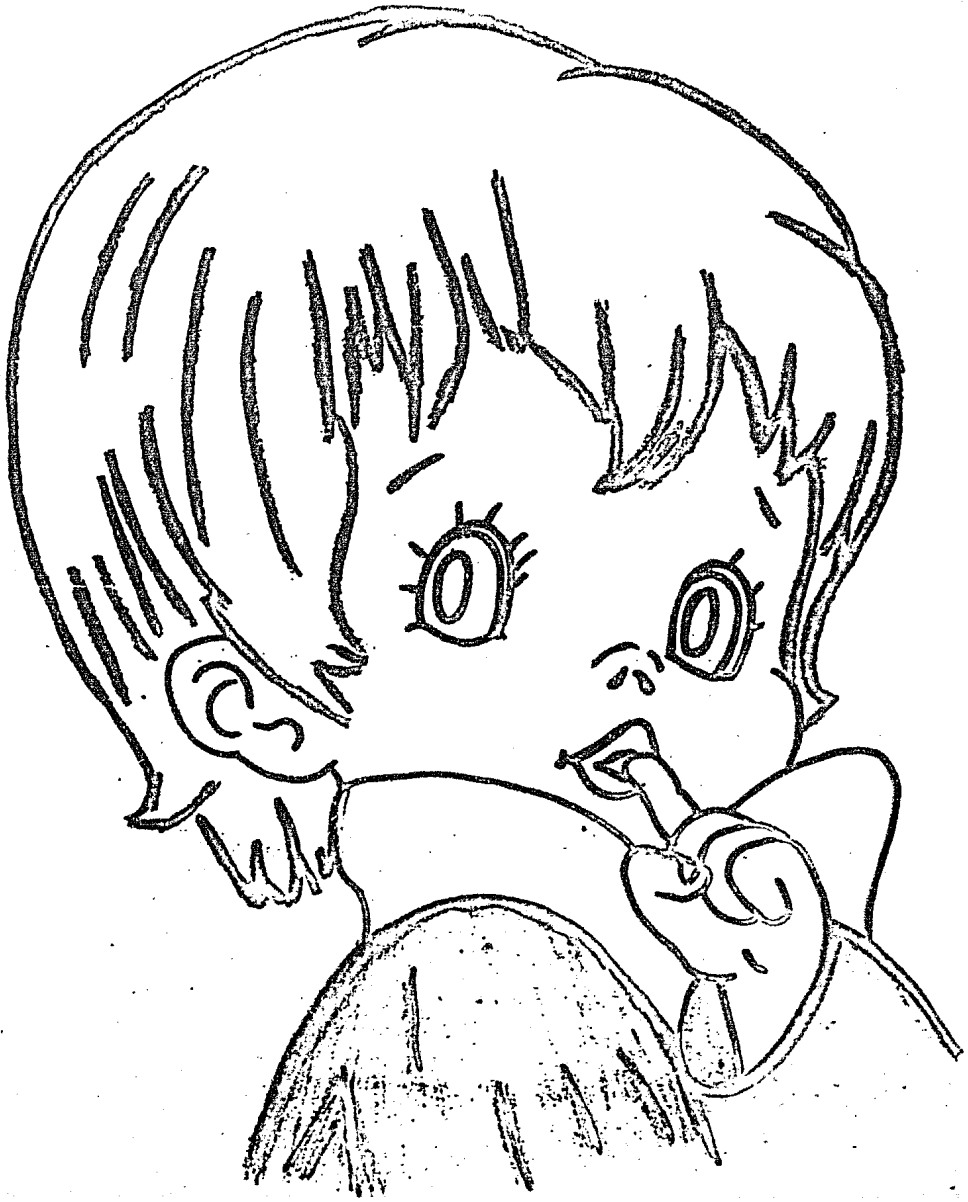
El Odontólogo y sus colaboradores deben recordar que el niño en particular es un paciente incómodo, desconoce por completo el hecho de que un diente doloroso o infección periapical plantean una amenaza a su bienestar, En cambio, el niño puede ver en el Dentista y colaboradores la verdadera amenaza,

El primer objeto en el manejo exitoso es establecer la comunicación y hacerle sentir que sus amigos somos nosotros y estamos interesados en ayudarlo. El proceso de aprendizaje se a de aceptar como proceso irregular, con ascensos, mesetas y quizá hasta períodos de descanso; este proceso irregular está, por supuesto relacionado con los cambios ambientales y estados psicológicos.

El niño puede reaccionar contra cualquier procedimiento - porque carece de la capacidad de comunicarse con el Odontólogo y el personal del consultorio. Es importante que el profesional mantenga presente que esta reacción puede ser considerada normal y que es parte del proceso de aprendizaje, más no una reacción provocada por él. Con esto en la mente, debe trabajar con rapidez, suavidad y más aún con firmeza.

#### 4.- REACCIÓN A LA EXPERIENCIA ODONTOLÓGICA

Existen por lo menos 4 reacciones a la experiencia odontológica; temor, ansiedad, resistencia y timidez. El Odontólogo que trata con niños se dará cuenta rápidamente de que el paciente no siempre demuestra una reacción definida o única sino, puede darse una combinación de ambas que torna más complejo el problema. En particular el Dentista debe diagnosticar la reacción con rapidez, aún sin tener experiencia previa.



## CAPITULO VIII

## CONOCIMIENTOS BASICOS DEL NIÑO

## 1.- CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO

Es de importancia el saber como crece y se forma la cavidad oral, ya que esto nos ayuda a dar un diagnóstico aceptado en la práctica Odontológica tanto a nivel operatoria como ortodoncia preventiva, durante el crecimiento emocional del niño.

El niño se forma mediante la unión de dos células que se multiplican 5 millones de veces, después del nacimiento se multiplican 8 veces más para que a los 8-9 años solo se duplique en estatura. Un niño nace pesando aproximadamente de 3-4 Kg para pesar en su máximo desarrollo de 70-80 Kg, con esto nos damos cuenta que aumentó 20 veces su peso; sin embargo cabe mencionar que la mayor parte del crecimiento y desarrollo de un individuo se realiza en útero.

CRECIMIENTO se define como el proceso físico-químico que se lleva a cabo en la materia viviente, que se va a manifestar en la estructura, composición y tamaño del órgano, se lleva a cabo mediante la división celular como un número de elementos celulares (tamaño, talla, peso, es decir multiplicación de células).

DESARROLLO se refiere a los cambios que se producen en la estructura, mediante los cuales los tejidos se van diferenciando hasta alcanzar las características somáticas y funciones propias de los tejidos (cambio en las proporciones físicas, o sea, Obtención de la óptima función).

Podemos mencionar dos clases de crecimiento: Crecimiento Positivo que se refiere a el niño cuando llega a su óptima estatura.

Crecimiento Negativo se presenta en la vejez, referente a la multiplicación de células a una velocidad más lenta, pues se destruyen más de las que se están formando.

Observamos que en la boca sucede algo diferente a el resto del cuerpo humano, mientras el niño crece y se desarrolla como individuo en la boca (arcos dentarios) se hacen más pequeños, esto es importante ya que al extraer algún diente prematuramente se va a perder el espacio aumentando aún más los problemas. Podemos considerar que la época más importante de un individuo es durante la vida intrauterina o sea, entre la 3a. y 8a. semana.

3a. semana de vida intrauterina: el embrión mide 1.5 mm aproximadamente, ya se encuentra formada la boca, el proceso frontonasal y la mandíbula.

4a. semana de vida intrauterina: todas las partes tratan de irse hacia el centro, formando el proceso maxilar que -- aparentemente se está dividiendo, pero lo que en verdad pasa, es que manda las dos prolongaciones hacia el centro para dar lugar al paladar, los dientes también se encuentran en formación.

5a. semana de vida intrauterina: se siguen acercando estos procesos por condensación.

6a. semana de vida intrauterina: aparecen los ojos, narinas en el proceso nasal medio derivado del proceso frontal se emezan a formar el tabique el cual es importante porque al unirse al proceso maxilar en su porción anterior va a formar lo que es la premaxila, toda la porción de canino a canino. Este proceso maxilar al unirse con el tabique nos forma la primera parte del paladar o premaxila, después se une el proceso maxilar derecho con el izquierdo y el proceso nasal medio.

7a. semana de vida intrauterina: se unen el proceso maxilar medio y nasal por atrás las dos prolongaciones palatinales del proceso maxilar, en caso de no haber esta unión -- existirá paladar hendido, y si la porción anterior con el proceso nasal y tabique no se unen tendremos labio hendido.

8a. semana de vida intrauterina: ya existe la nariz, proceso maxilar unido, la boca formada, proceso frontal y mandíbula.

Los niños con paladar y labio hendido vienen generalmente asociados a problemas esqueléticos, espina bífida,

El mesodermo sigue formando pulpa, el ectodermo esmalte y sigue el proceso dentario. No todos los órganos y sistemas se desarrollan sincronizadamente, unos a gran velocidad como el proceso dentario en cambio las glándulas sexuales no han iniciado su desarrollo.

Por todo lo anterior el niño en el momento de nacimiento ya tiene su configuración esquelética, su mandíbula y maxila así como sus porciones dentarias definidas.

Crecimiento del cráneo: está ligado al crecimiento del cerebro mismo siendo independiente de el crecimiento de la cara y huesos de el aparato masticatorio, aún cuando hay -- contacto con las estructuras craneales.

Al nacer el individuo su cráneo consta de 45 huesos separados por cartilago o tejido conjuntivo, este número es reducido a 22 cuando el individuo alcanza su edad adulta, después de completar la osificación.

14 de estos huesos se encuentran en cara y los 8 restantes en el cráneo.

El crecimiento del cráneo se divide en dos partes:

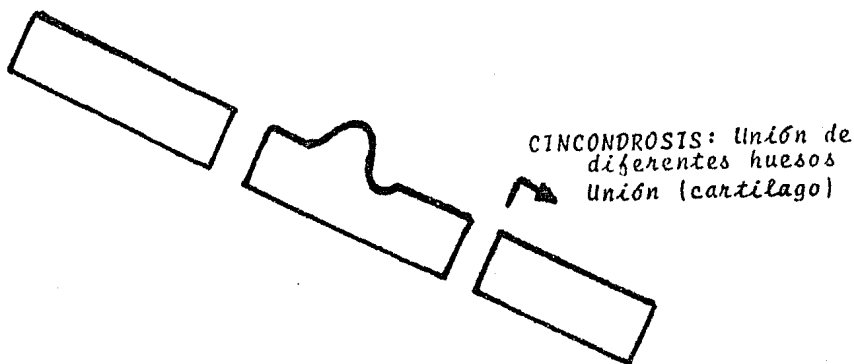
- a) Crecimiento de la base de cráneo
- b) Crecimiento cerebral propiamente dicho en el cual se incluye los huesos de la bóveda craneana .

a) crecimiento de la base del cráneo: su crecimiento primor dial es a base de cartílago, por medio de las CINCONDROSIS:

1. Cincondrosis Esfeno-Etmoidal
2. Cincondrosis Esfeno-Occipital
3. Cincondrosis Inter-Esfenoidal
4. Cincondrosis Intra-Occipital

Las actividades de las cincondrosis Esfeno-Etmoidal, Inter-Esfenoidal e Intra-Occipital desaparece durante los primeros años de vida .

Las cincondrosis Esfeno-Occipital es la única que se puede considerar más activa, pues su crecimiento termina alrededor de los veinte años de vida .



Maximo crecimiento

Todos crecemos más aceleradamente durante la pubertad, así tenemos que el crecimiento máximo en mujeres y hombres es :

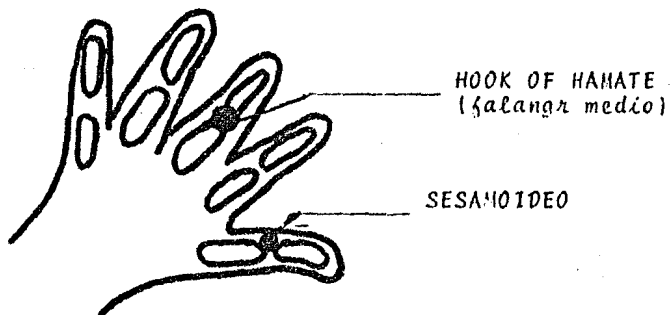
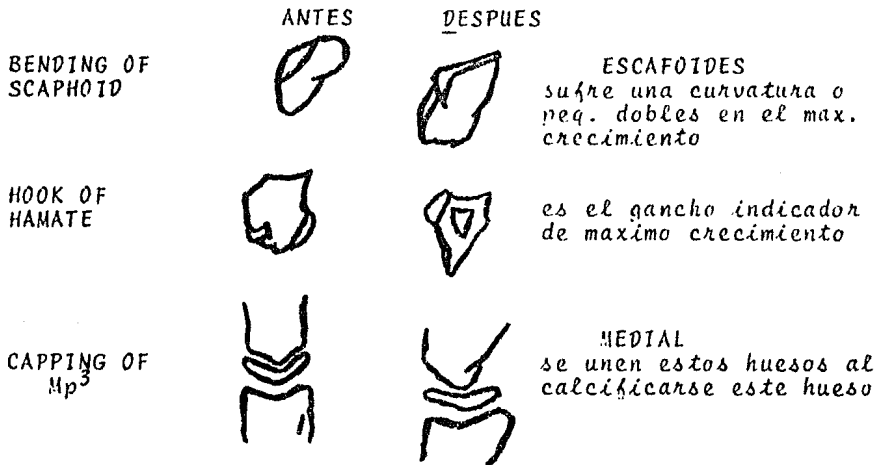
Mujeres entre 9 - 10 años aprox.

Hombres entre 10 - 18 años aprox.

Durante la época de máximo crecimiento se alcanza hasta 10 cm por año.

En ortodoncista es de gran ayuda el valerse de radiografías de los dedos de las manos para determinar por medio de ellas el grado de calcificación de los huesos y el máximo crecimiento del individuo .

Tenemos que los huesos que son para nosotros importantes para este estudio son: Escafoides, Pisiforme, Sesamoideo, Hook of hamete (falange del dedo medio).





### Crecimiento de los huesos de la Cara:

Tiene tres formas de crecer:

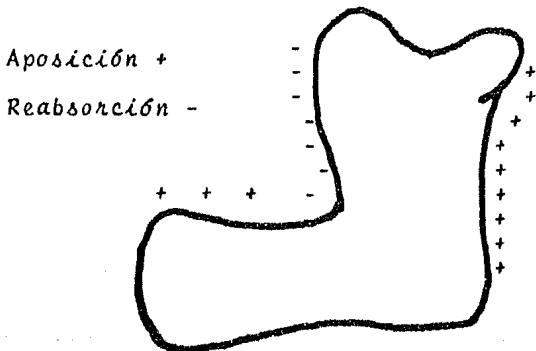
1. Por aposición y absorción ósea: cuando se presenta aposición ósea existe un aumento en el volumen de el hueso y - cuando hay absorción se pierde hueso, entonces se puede decir que mientras que por un lado se puede ganar por otro se puede perder.
2. Por deslizamiento primario: se refiere al crecimiento de una misma estructura ósea o de un mismo hueso, por lo que hay un aumento de volumen.
3. Por deslizamiento secundario: esta determinado por el crecimiento de otras estructuras adyacentes que no han terminado de crecer.

El cerebro en su proceso de expansión, va a provocar que los huesos de la bóveda craneana se separen entre sí, formando espacios que van a ser compensados o llenados por aposición ósea, al mismo tiempo que ocurre absorción en la lámina interna, hay aposición ósea en la lámina externa y en los bordes de las suturas craneales.

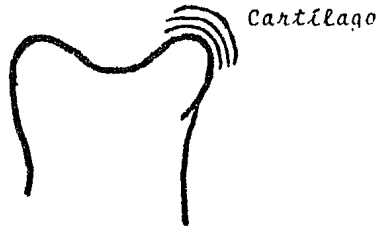
Los espacios libres que quedan entre los huesos de la bóveda craneana provocados por el crecimiento del cerebro, se llaman SUTURAS.

Estas suturas también se forman en los huesos de la cara, el nombre de las suturas depende de la dirección que toman dichas suturas.

MANDIBULA: La zona de los terceros molares no presenta aposición ósea, puesto que viene en diferente posición, la absorción ocurre en el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula. La aposición ocurre en el reborde alveolar y borde posterior de la rama ascendente de la mandíbula.



Otra forma de crecimiento de la mandíbula, esta en el cóndilo, dada por medio del crecimiento cartilago, lo cual hace que la mandíbula crezca o descienda vertical u horizontalmente



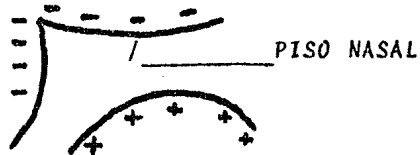
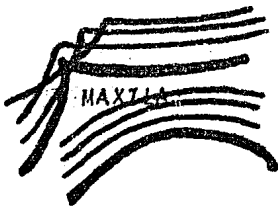
CONDILLO

La mandíbula al igual que la bóveda craneana tiene un crecimiento en forma de "V" en expansión, la absorción de la cara interna de la rama ascendente de la mandíbula es para dar cavida al espacio faríngeo, no solo para darle lugar al 3er. molar.

MAXILA: el hueso etmoides ayuda al deslizamiento secundario de la maxila, a su vez, la maxila ayudada por medio de la aposición ósea en los bordes que colindan con esos huesos, por lo tanto, dependiendo de la dirección de los bordes, es como va a ser el deslizamiento secundario de la maxila.

Todas las estructuras contribuyen a el desplazamiento de la maxila y mandíbula, dependiendo de la dirección de los bordes. La maxila tiene crecimiento por medio de aposición y también lleva a efecto un deslizamiento primario y secundario.

El piso nasal tiende a desender hacia la aposición.



## 2.- ANATOMIA DENTAL

Los dientes primarios son 20 y constan de un incisivo central, un incisivo lateral, un canino, un primer molar y un segundo molar, en cada cuadrante de la boca de la línea media. En la dentición primaria no existen premolares.

Se conocen tres tipos de diagramas para la dentición primaria, la que más se usa es la de números romanos por cuadrante del I al V y la de letras de la A a la E.

Las funciones que desempeña la primera dentición aparte de la masticación, es mantener el espacio, desarrollar la fonación y la estética.

El Ciclo de vida de los dientes

1. Crecimiento
2. Calcificación
3. Erupción
4. Atrición
5. Exfoliación

Características de los dientes de primera dentición:

Forma.- difiere ligeramente en rasgos generales de la segunda dentición, la corona es más pequeña y redondeada, las cúspides más agudas y los bordes más afilados.

Dentina.- es muy delgada, se reconoce que posee una gran flexibilidad pero menor mineralización.

Esmalte.- tiene un grosor uniforme, es probable que por esto se ven traslúcida y de color blanco lechoso.

Camara pulpar.- es muy grande comparada con la de los dientes de segunda dentición, advirtiéndose en ella poca actividad para producir dentina de defensa.

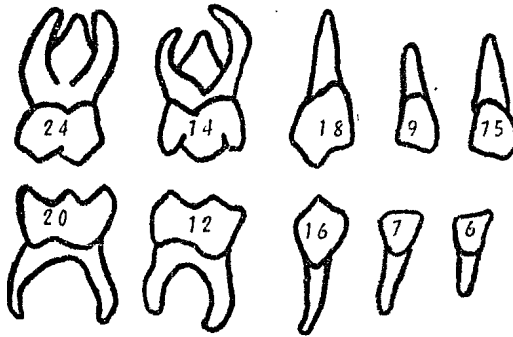
Cuello.- es fuertemente estrangulador y de forma circular así como homogénea, no tiene festones en las caras proximales.

Cuello Anatómico.- esta limitada por la terminación brusca del esmalte y nunca se expone al exterior normalmente.

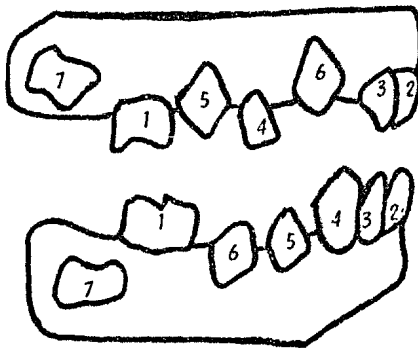
Las diferencias que presenta la dentición primaria de la segunda dentición se expone a continuación:

1. Son de menor volumen
2. El estrangulamiento de la región cervical se hace por la terminación brusca del esmalte
3. El escalón que se forma alrededor del cuello es continuo, no existe el festoneo de la línea cervical y sólo se advierte en las caras vestibulares de los primeros molares superiores e inferiores.
4. El eje longitudinal del diente es el mismo en corona y raíz
5. La corona de los anteriores no sufre desgaste en las caras proximales.
6. La coloración del esmalte es más azulado y traslúcido.

7. El esmalte es menos duro debido a su menor densidad de calcificación .
8. Los mamelones de los bordes incisales u las cúspides en posteriores se pierden rápidamente
9. Las coronas se desvistan con ritmo sincronizado
10. Los periniquimatos no se observan microscópicamente, la superficie del esmalte es lisa u brillante.
11. El tejido del esmalte es de espesor muy constante en toda la superficie aproximadamente de medio milímetro.



Fechas de erupción de la primera dentición en meses



Orden de erupción de los dientes de 2ª dentición

Usualmente los incisivos mandibulares erupcionan primero. - después los primeros molares seguidos de los incisivos superiores, estos dientes frecuentemente erupcionan linqualmente y se mueven labialmente bajo la influencia de la presión de la lengua durante el tiempo en que erupcionan .

Entre los 9 y 10 años de edad los apices de canino y molar primarios empiezan a absorverse, en este momento en la mandíbula, la dimensión mesio-distal combinada del 1<sup>o</sup> y 2<sup>o</sup> molares primarios es aproximadamente 1.7mm más grande que la dimensión mesio-distal combinada de los caninos y 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> premolares en la maxila .

Espacio Libre de Nance: la diferencia de los segmentos bucales en promedio es de solo 0.9 mm, este espacio diferencial para los segmentos bucales maxilares y mandibulares es llamado espacio libre de nance .

Este incremento temporal en el largo de las arcadas se debe particularmente a la presencia de un 2<sup>o</sup> molar primario mandibular relativamente grande, el cual, en ocasiones previene la interdigitación normal de los molares permanentes que mantienen una relación de cúspide a cúspide hasta que -- los primeros y segundos molares primarios son eliminados, - Este es un fenómeno normal y no debe preocuparnos .

Después de que este plano termina<sup>o</sup> se ha perdido (desaparecieron molares temporales) una interdigitación de cúspide y fosa ocurre por los sucesores permanentes, primeros molares permanentes) .

El movimiento mesial, mayor de los primeros molares inferiores, elimina el gran espacio que esta presente en el arco inferior, produciendose así en casos normales una neutro oclusión o clase I.

Si existe un escalón distal en el plano terminal, entonces el desarrollo de una mal-oclusión de clase III o mesio-oclusión (crece más la mandíbula) .

Espacio de Desarrollo: son los que existen entre los cuatro incisivos primarios y el espacio de nance entre el primer y segundo molar temporales .

Espacios Primates: son los espacios que se encuentran entre el canino inferior y el primer molar inferior primario así como entre el incisivo lateral y el canino primario superior .

### 3.- ETIOLOGIA DE UNA MAL-OCCLUSION

Existen varios sistemas para la clasificación de los factores etiológicos de una mal-oclusión, uno de ellos consiste en dividirlos en grupos, el segundo sistema se refiere a causas hereditarias y un tercero en dividirlos en factores causales; finalmente hay una clasificación más aceptada que es el dividirlos en factores generales y locales .

## FACTORES GENERALES

1. Herencia
2. Defectos Congenitos
3. Medio Ambiente
4. Ambiente Metabolico u predisposición a enfermedades
5. Problemas Nutricionales
6. Hábitos de presión Anormales u funcionales
  - a) Lactancia Anormal
  - b) Presión Bucal excesiva
  - c) Hábitos de Lengua
  - d) Mordedura de Labio
  - e) Hábitos Anormales de Deglución
7. Anomalias de la respiración
8. Presencia de amígdalas (tonsilas) y adenoides grandes .

## FACTORES LOCALES

1. Dientes Supernumerarios
2. Ausencia Congénita
3. Perdida Prematura
4. Anomalias de Tamaño
5. Anomalias de Forma
6. Frenillo Labial Anormal
7. Erupción tardá de dientes Permanentes
8. Guía de Erupción Anormal
9. Anquilosis
10. Caries
11. Restauraciones Inadecuadas

## FACTORES GENERALES

## 1. Herencia

Podemos afirmar que existe un determinante genético que afecta la morfología dento-facial y que además el patrón de crecimiento posee un fuerte componente hereditario.

Dentro de los grupos raciales homogéneos la frecuencia de la mal-oclusión es baja y donde ha habido una mezcla de razas la frecuencia de las discrepancias en el tamaño de los maxilares y las piezas dentarias son significativamente mayores, además los estudios antropológicos nos indican que los maxilares están disminuidos de tamaño, así como la falta hereditaria de algunos dientes.

Podemos considerar tres tipos faciales hereditarios básicos:

- a) Braquio-Cefálico (cuadrada)
- b) Dolico -Cefálico (alargada y ovoidal)
- c) Mesio -Cefálico (entre las dos)

El braquio-Cefálico es de cara más o menos cuadrada y mandíbula muy bien formada, el Dolico-Cefálico tiene cara alargada y oval mandíbula bastante desarrollada, antero-postero-sagitalmente alargada y por último el Mesio-Cefálico son un punto medio de los anteriores.

La herencia puede ser determinante en las siguientes características:

1. Tamaño de los dientes
2. Anchura y longitud de la cara
3. Altura del paladar
4. Apiñonamiento y espacio entre los dientes
5. Grado de sobre-modida horizontal y vertical
6. Posición y conformación de la musculatura peribucal, además del tamaño de la lengua
7. Características de los tejidos blandos, textura de la mucosa y tamaño de los frenillos

La herencia también desempeña un papel importante en las siguientes condiciones:

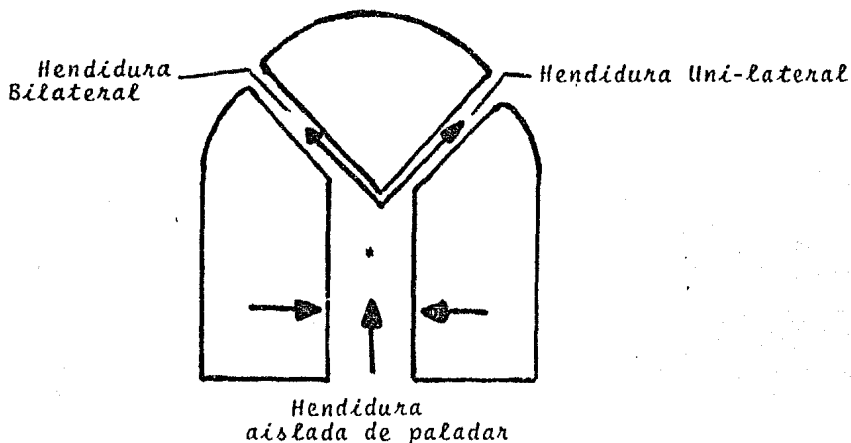
1. Anomalías Congénitas
2. Asimetrías Faciales
3. Micrognacia y Macrognacia
4. Microdoncia y Macrodoncia
5. Oligodoncia y Anodoncia
6. Hendidura de Labio y Paladar
7. Sobre-mordida profunda

## 2. Defectos Conocnitos :

a) Hendidura de labio y paladar: una sexta parte de niños con labio y paladar hendido poseen antecedentes familiares - de dicha anomalia, estas alteraciones se presentan con mayor frecuencia en los varones .

Los procesos quirurgicos ayudan a cerrar las hendiduras y aún cuando existe gran deformación es posible obtener una notable mejoría al eliminar el defecto .

Entre los distintos tipos de hendidura de labio y paladar podemos mencionar: Hendidura uni-lateral completa de labio y paladar, Hendidura bilateral completa de labio y paladar y Hendidura aislada de paladar .



En la vida intrauterina los segmentos laterales principalmente de la maxila, no se fusionan u osifican lo que es provocado por factores genéticos que alteran el volumen ocasionando que la lengua penetre en la cavidad vacía .

En la Hendidura unilateral, los dientes que se encuentran a ambos lados de la hendidura se encuentran muchas veces en relación cruzada con los antagonistas .

En el caso de Hendidura bilateral, muchas veces la premaxila se encuentra desplazada hacia adelante en donde los incisivos centrales superiores ocupan posiciones inconvenientes con inclinaciones axiales anormales, pueden faltar dientes como -



Los incisivos laterales, o pueden igual presentarse dientes supernumerarios .

Los factores hereditarios se transmiten de generación en generación, de raza en raza y los factores que las caracterizan van perdurando, así vemos que:

Blanca.- existe mayor incidencia de clase II, son de barba prominente .

Amarilla.- presentan protusión de labios, la forma de la cabeza es de diferente patrón de crecimiento, la mandíbula en el 70% es mucho mayor que la maxila .

Negra.- presenta clase I con protusión máxima .

b) Parálisis Cerebral: es la falta de coordinación muscular, que se atribuye a una lesión intracraneal, pueden existir grados diversos de función muscular anormal al masticar deglutir y hablar. Las actividades no controladas transforman el equilibrio muscular necesario para el establecimiento de una oclusión normal, cuando hay falta de tonicidad y los arcos son más pequeños .

c) Disostosis Cleidocraneal: puede existir falta completa unilateral o bilateral de la clavícula asociada con cierre tardío de las suturas craneales, retrusión de la mandíbula o también protusión maxilar .

Existe erupción tardía de los dientes permanentes y retención prolongada de los dientes primarios que en ocasiones permanecer hasta la edad adulta, no es aconsejable la extracción de los dientes primarios ya que existe un retardo en la erupción, por lo que se debe esperar a que el proceso de transición sea lo más natural posible .

### 3. Medio Ambiente

La influencia prenatal, la posición intra-uterina, las lesiones amnióticas y otras, se pueden considerar la causa de una mal-oclusión, otra causa sería la anomalía inducida por la taridomira (agentes químicos) .

Influencias postnatal,- el nacimiento presenta un choque para el recién nacido, sobre todo cuando son utilizados medios traumáticos en el momento del nacimiento .

### 4. Ambiente Metabólico y Enfermedades Predisponentes :

Existen pruebas recientes que indican las enfermedades febriles que pueden retrasar el ritmo de crecimiento y desarrollo, las enfermedades con efecto paralizante tales como la poliomielitis son capaces de producir una mal-oclusión .

Los efectos marcados de la hipofisis paratiroides no son frecuentes, pero su efecto en el crecimiento es importante .

### 5. Problemas Nutricionales .

Los problemas dietéticos, los trastornos de raquitismo -

u los trastornos de escurbuto pueden ser la causa de una mal-oclusión orave .

#### 6. Hábitos de Presión Anormal y Funcionales:

a) Lactancia anormal: los biberones mal diseñados, las técnicas de lactancia artificial son causantes de problemas ortodónticos u pediátricos, si la lactancia se realiza con un biberon fisiológicamente diseñado junto con el contacto materno, se puede decir que la frecuencia de los hábitos -- prolongados de chuparse los dedos podría ser reducidas significativamente .

b) Presión Bucal Excesiva: esta presión puede ser provocada principalmente por el hábito de chuparse los dedos (el dedo se define como un cuerpo duro que alojado dentro de la cavidad oral, tiende a desplazar, protuir a los dientes anteriores superiores, de tal manera que se proyecten más -- allá del labio inferior) Este hábito produce en ocasiones mordida abierta anterior .

c) Hábito de Lengua: frecuentemente vemos que la lengua es el único problema presente de manera individual, las lesiones que provoca son por lo general mordida abierta y protusión de los incisivos tanto superiores como inferiores .

d) Mordedura de Labio: en algunos casos se a considerado que el hábito de chuparse el labio es una actividad compensadora causada por una sobremordida horizontal excesiva, la dificultad que se presenta para sellar correctamente los labios durante la deglución es el problema ocasionado .

e) Hábito anormales de Deglución: la deglución anormal -- por lo general se presenta cuando existen espacios desdentados o también cuando se presenta mordida abierta anterior -- causada por el hábito de dedo .

#### 7. Anomalías de la Respiración:

Los respiradores por obstrucción son aquellos que se presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo de aire a través de la nariz; por esta razón el individuo se ve obligado a respirar por la boca .

El respirador bucal puede presentar obstrucción nasofaríngea, debido a tonsilas y adenoides exageradas. La resistencia a respirar por la nariz puede ser causada por hipertrofia de los cornetes, alergias, por infecciones crónicas de las membranas que recubren los conductos nasales desviado entre otros .

#### 8. Presencia de Amígdalas (tonsilas) y adenoides grandes:

Las tonsilas u adenoides grandes producen una posición de la lengua anormal lo que provoca como consecuencia mordida abierta con protusión de los incisivos tanto superiores como inferiores .

## FACTORES LOCALES

## 1. Dientes Supernumerarios:

No existe un tiempo definido para que los dientes supernumerarios empiezan su desarrollo, pueden formarse antes del nacimiento o hasta los 10-12 años de edad. Un diente supernumerario por lo general hace erupción a edad avanzada, son más frecuentes en el maxilar superior aunque puede aparecer en cualquier lugar de la boca.

En ocasiones estos dientes están también formados que es difícil determinar cuales son los dientes adicionales, un diente supernumerario que se ve con frecuencia es el denominado mesiodens que se presenta cerca de la línea media, en dirección palatina a los incisivos superiores, generalmente es de forma cónica presentandose solo en pares.

Observamos en variadas ocasiones que se encuentra pegado al incisivo central superior derecho o izquierdo, al igual que todos los supernumerarios el mesiodens puede apuntar a cualquier otra dirección.

## 2. Ausencia Congénita:

La falta de algunos dientes es más frecuente que la presencia de dientes supernumerarios, por lo general se presentan en el maxilar superior los supernumerarios y la falta de dientes se ve en ambos maxilares.

Los dientes que presentan ausencia congénita son:

- a) terceros molares superiores e inferiores
- b) incisivos laterales superiores
- c) segundo premolar inferior
- d) incisivos inferiores

Podemos notar que en pacientes con ausencia congénita son frecuentes las deformaciones de tamaño y forma, la herencia parece que desempeña un papel significativo. La falta de dientes es más frecuente en la dentición permanente que en la decidua.

Otra característica es que donde faltan dientes permanentes las raíces de los deciduos pueden no reabsorberse.

## 3. Perdida Prematura

Los dientes deciduos no solo sirven como órgano de la masticación, sino también, de mantenedores de espacio para los dientes antagonistas en su nivel oclusal correcto.

La importancia de reconocer la posibilidad de aliviar una mal-oclusión por la extracción prematura de los dientes deciduos también es importante. Cuando existe una falta de espa-

cio general en las arcadas, los caninos deciduos frecuentemente son exfoliados antes de tiempo siendo la naturaleza humana la que intenta proporcionar mayor espacio para acomodar a los incisivos permanentes que ya hicieron erupción, la conservación del espacio en estos casos puede resultar contradictorio para el paciente, pero por el contrario cuando existe oclusión normal a un principio y el examen radiográfico revela que no existe deficiencia en la longitud de la arcada, la extracción prematura de los dientes deciduos posteriores por caries puede causar la mal-oclusión, salvo que se usen mantenedores de espacio.

#### 4. Anomalías de Tamaño:

El tamaño de los dientes se va a determinar principalmente por la herencia, vamos que no parece existir correlación entre el tamaño de los dientes y el tamaño de la arcada, entre el apiñonamiento y el espacio entre dientes.

Las anomalías de dientes son más frecuentes en zona de premolares inferiores, a veces una discrepancia en el tamaño de los dientes puede ser observada al comparar las arcadas.

El aumento significativo en la longitud de la arcada no puede ser tolerada y tiende a presentarse la mal-oclusión.

#### 5. Anomalías de Forma:

Se encuentra relacionada con el tamaño de los dientes, la anomalía más frecuente es la lateral en forma de "clavo" debido a su tamaño, hay presencia de espacios grandes en el segmento anterior superior.

La presencia de un ángulo exagerado y borde marginales amplios puede desplazarlos dientes hacia labial, el segundo premolar inferior también presenta gran variación en su forma ya que puede presentar una cúspide lingual extra que por lo general va a aumentar la dimensión mesiodistal.

#### 6. Frenillo Labial Anormal:

Al nacimiento el frenillo se encuentra incertado en el borde alveolar, pero después tiende a subir más con respecto al borde.

Es importante el saber la diferencia que existe entre un diastema y el frenillo labial así como también es importante saber cuando se debe realizar la frenilectomía.

### 7. Erupción Tardia de Dientes Permanentes:

Existen diferentes razones para una erupción tardía de dientes permanentes, una de ellas puede ser un trastorno endocrino (hipotiroidismo), otro una posibilidad de ausencia congénita, y una más la posibilidad de que exista una barrera de tejido, el tejido denso por lo general se detiene cuando el diente avanza, pero no siempre, si la fuerza de la erupción es vigorosa el tejido puede frenar la erupción del diente durante un tiempo considerable.

### 8. Guía de Erupción Anormal:

Esto por lo gral. es una manifestación secundaria de un trastorno primario, por lo que si existe un patrón hereditario de apiñonamiento así como la falta de espacio para acomodar todos los dientes, la desviación de un diente en erupción puede ser solo un mecanismo de adaptación a las condiciones que prevalecen, además que pueden existir barreras físicas que afectan la dirección de erupción y establecen una vía de erupción anormal, como lo son los dientes supernumerarios, las raíces deciduas, los fragmentos de raíz y las barreras ósea. Sin embargo existen casos en que no hay problemas de espacio y no existen barreras físicas, pero los dientes hacen erupción en dirección anormal. Una posible causa es un golpe, de esta forma un incisivo deciduo puede quedar incluido en el hueso alveolar y aunque erupción posteriormente puede obligar al sucesor en desarrollo a tomar una dirección anormal.

La erupción ectópica es otra forma de erupción anormal, la que sucede con frecuencia, el diente permanece en erupción a través del hueso alveolar provoca reabsorción en un diente deciduo o permanente contiguo y no en el diente que reemplazará.

### 9. Anquilosis:

La anquilosis posiblemente se debe a algún tipo de lesión que provoca perforación del ligamento periodontal y formación de un puente óseo uniendo el cemento y la lámina dura, este puente no requiere ser grande para frenar la erupción del diente, puede presentarse la anquilosis tanto en vestibular como lingual y por tanto es irreconocible en el radiografía normal, los efectos de los dientes deciduos anquilosados en los sucesores permanentes en erupción, así como el nivel óseo alveolar son obvios, el reconocimiento oportuno de tales problemas es de suma importancia.

## 10. Caries:

La caries puede considerarse como uno de los muchos factores locales de la mal-oclusión, por lo tanto la caries - que conduce a la pérdida prematura de los dientes deciduos o permanentes, desplazamiento subsecuente de dientes contiguos, a una inclinación axial anormal, a la sobre-erupción y a la reabsorción ósea etcétera .

Se hace indispensable que las lesiones cariosas sean reparadas no solo para evitar posible infección y pérdida -- prematura de dientes, sino para conservar la integridad de las arcadas dentarias .

## 11. Restauraciones Inadecuadas:

En nuestra práctica diaria al restaurar dientes que han padecido caries, observamos que todo se transforma en una mal-oclusión, por ejemplo un contacto proximal que exige - el tener que forzar una incrustación para llevarla a su sitio desplazando el diente contiguo al forzar, es tan dañina como un contacto proximal demasiado abierto que permite el impacto del alimento .

## CONCLUSIONES

### "EXPLICA, ENSEÑA Y EFECTUA"

Estos tres parámetros descritos por el Dr. Addeleston resumen atinadamente el comportamiento que debe asumir todo profesionalista en el momento de tratar a un paciente infantil.

Es importante hacer notar que las bases de la Odontología Infantil son la prevención e intercepción de las enfermedades dentales.

También es importante señalar que el éxito total de nuestro tratamiento, no solo depende de una buena habilidad operatoria sino también del conocimiento de los aspectos psicológicos siguientes:

- a) En la primera cita el Odontólogo tendrá que ganarse la confianza del paciente infantil ya que de ello depende el éxito o fracaso de nuestro tratamiento.
- b) Es necesario tener conocimientos de la influencia que tiene los padres hacia sus hijos, por lo que se deberá instruir a los padres acerca de como comportarse dentro y fuera del consultorio, ya que consideramos que su ayuda es de suma importancia. Un detalle importante es el hecho, de que los padres no penetren al consultorio dental, sino que esperen a su hijo en la sala de espera.
- c) Que el Odontólogo tenga bases de Psicología para que aprenda a manejar las diversas reacciones de el paciente infantil, en las diferentes situaciones presentes durante nuestro tratamiento.
- d) Es importante enseñar al niño a cooperar así como el inculcarle hábitos de limpieza para la adecuada presentación de su cavidad oral.
- e) Otro aspecto importante es ser sinceros y honestos con el paciente, sea cual fuere el niño.

Todo profesionalista que trabaja con niños debe estar preparado emocionalmente para enfrentarse a la dificultad de -

encausar el comportamiento del niño para que éste permita ejercer Técnicas satisfactorias en el tratamiento dental .

A través de el contenido de esta tesis se a logrado demostrar que existen a nuestra disposición diversas técnicas con bases científicas que nos permitirán ejercer Odontología moderna en todo paciente pediatria, sin importar la edad, aspecto físico, emocional e incluso si el paciente presenta incapacidades físicas y mentales .

Actualmente se cuenta con servicios Odontológicos en Hospitales, Clínicas y Sanatorios que ofrecen al paciente diversa gama de posibilidades de atención dental .

Posibilidades que permiten al paciente ser tratado de una manera individual y profesional en base a la apreciación del Odontopediatra durante la realización de un examen clínico detallado .

Tenemos que aprender que siendo el niño una máquina de aprender, un saco de curiosidades y una inquietud galopante somos nosotros los que en un momento dado no solo podremos resolver sus dificultades inmediatas, sino que indirectamente tendremos la posibilidad de hacerles entender, aceptar y querer a la Ciencia .

Por último queremos agregar que esta tesis está encaminada a despertar en estudiantes y odontólogos titulados un especial interés y cariño por todos los niños que acuden a nosotros solicitando no solo atención odontológica, sino también interés por sus problemas, ya que tendremos la oportunidad y el potencial para ayudar a solucionarlos .



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

ATLAS DE ODONTOPEDIATRIA  
David B. Law  
Thompson M. Lewis  
Editorial Mundi

BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA  
Goodman and Gilman  
Cuarta Edición  
Editorial Interamericana

EL MALTRATO DE LOS HIJOS  
Marcovich K. Jaime  
Primera Edición  
Editorial Edicol S.A.  
Mex. 1978

FUNDAMENTOS PSICOLOGICOS EN ODONTOLOGIA  
E.J. Ryan  
Quinta Edición  
Editorial Mundi

LA ASISTENTE DENTAL  
Paulina C. Anderson  
Editorial Troquel 1970

ODONTOLOGIA CLINICA DE NORTEAMERICA  
Paidodoncia  
Vo. 15 serie v  
Editorial Mundi 1963

ODONTOLOGIA INFANTIL  
E. Harnd and H. Weyers  
Editorial Mundi 1964

ODONTOLOGIA INFANTIL Y DENTISTICA SANITARIA  
 PUBLICA  
 Floyd Eddy Hoogboom  
 Editorial Uteha

ODONTOLOGIA PARA NIÑOS  
 Jhon Charles Brauer  
 Quinta Edición 1964  
 Editorial Mundi

ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE  
 Ralph E. McDonald  
 Segunda Edición 1975  
 Editorial Mundi

ODONTOLOGIA PEDIATRICA  
 M. Michel Cohen  
 Editorial Mundi 1958

ODONTOPEDIATRIA CLINICA  
 Sidney B. Finn  
 Editorial Interamericana 1970

PROBLEMAS DE PSICOLOGIA  
 Jean Piaget  
 Edición 1975  
 Editorial Ariel

PSICOLOGIA APLICADA A LA ODONTOLOGIA  
 Cinotti y Grider  
 Segunda Edición 1970  
 Editorial Mundi

PSICOLOGIA EXPERIMENTAL INFANTIL  
 Hayne W. Reese  
 Segunda Reimpresión 1976  
 Editorial Trillas

TEMAS DE ODONTOLOGIA PEDIATRICA  
 Samuel Leyt  
 Ediciones Odontologicas 1966

BEHAVIOR MODIFICATION FOR THE CHILD DENTAL PATIENT  
 J. Dent Child 41:111-114  
 March-April 1974

**HOW THE DENTIST BEHAVIOR CAN INFLUENCE THE CHILDS  
BEHAVIOR**

J, *dent Child* 31:358 1964

**PERSONALITY AND PSYCHOTHERAPY**

Dollards and Miller, H.E.  
New York McGraw Hill Book  
Company Inc. 1950

**CONSIDERACION SOBRE EL MANEJO ESTOMATOLOGICO  
DEL PACIENTE CON SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO**

Dr. Salvador Lozano Vasquez  
Dr. Salvador Anaya Alba  
Volumen XXXIX No. 4  
Julio-Agosto 1982  
Revista A.D.M.

**EL NIÑO DEFICIENTE MENTAL Y ANOMALIAS DENTARIAS**

Dr. Jorge Luis Gonzales  
Vol. 4 No. 3  
Junio-Julio 1982  
*Práctica Odontológica*

**FACTORES PSICOLOGICOS QUE INFLUYEN EN LA  
ODONTOLOGIA INFANTIL**

Pablo Fuentes Servin  
Revista A.D.M.  
Vol. XXX No. 2 marzo 1977

**LA ELECCION DE LA UNIDAD DENTAL**

Vol. 3 No. 3  
Mayo-Junio 1982  
*Práctica Odontológica*

**PSICOLOGIA APLICADA EN ODONTOLOGIA Y LA  
RELACION DENTISTA PACIENTE**

Vol. XXVI 1969  
Mayo-Junio No. 3  
Revista A.D.M.

**SELECCION DE UNA ASISTENTE DENTAL**

Vol. XXVII 1970  
Marzo-abril No. 2  
Revista A.D.M.

## I N D I C E

INTRODUCCIO . . . . .	6
PREFACIO . . . . .	8
SUMARIO . . . . .	9
CAPITULO I	
ORGANIZACION DEL CONSULTORIO DENTAL . . . . .	13
1.- Aspecto y Decoración del Consultorio Dental . . . . .	13
2.- Limpieza del consultorio . . . . .	14
3.- Asistente Dental . . . . .	14
4.- Momento de la Cita . . . . .	15
5.- Historia Clínica . . . . .	16
6.- Citas Peridicas . . . . .	19
CAPITULO II	
DIFERENTES REACCIONES DE CONDUCTA DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL Y SU TRATAMIENTO . . . . .	21
1.- Comportamiento Impulsivo del niño . . . . .	21
a) Timido . . . . .	21
b) Incorregible o Consentido . . . . .	22
c) Desafiante . . . . .	24
d) Miedoso . . . . .	24
e) Nervioso y sensible . . . . .	25
f) Temeroso y angustiado . . . . .	26
g) Obstinado . . . . .	27
h) Sociable . . . . .	28
i) Muy Activo . . . . .	28
2.- Síndrome del niño maltratado . . . . .	29
3.- Excepcionalidad Mental . . . . .	33
CAPITULO III	
MANEJO Y METODOS DE TRATAR AL NIÑO EN EL CONSULTORIO . . . . .	39
I Manejo . . . . .	39
1.- Habilidad del Dentista . . . . .	40
2.- Indicar al niño lo que debe hacer . . . . .	40

a) Adaptarse al niño . . . . .	40
b) Eliminar el miedo con fuerzas motivadoras . . . . .	41
c) Respetar al niño . . . . .	42
d) No sobre cargar el trabajo . . . . .	42
3.- Empleo de palabras de Administración	
Alabanza y Recompensa . . . . .	43
4.- El paciente y el soborno . . . . .	43
5.- El Odontólogo y la gracia . . . . .	44
6.- Empleo o uso de palabras que originen miedo . . . . .	44
II Metodo . . . . .	45
1.- Metodo de no hacer . . . . .	45
2.- Metodo del ridiculo . . . . .	45
3.- Metodo Verbal . . . . .	46
4.- Metodo de la imitación social . . . . .	46
5.- Metodo de la plicación del estímulo . . . . .	49

#### CAPITULO IV

##### ACTITUDES Y COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES

HACIA EL NIÑO . . . . .	49
1.- Identificación . . . . .	49
2.- Sobre protección . . . . .	50
3.- Autoridad Excesiva . . . . .	50
4.- Rechazo . . . . .	51
5.- Celos Excesivos . . . . .	51
6.- Otros . . . . .	52

#### CAPITULO V

##### MANIPULACION DE LOS PADRES

1.- Comunicación inicial con los padres . . . . .	54
2.- Comprtamiento de los padres en el consultorio . . . . .	55
3.- Instrucciones a los padres . . . . .	56
4.- Influencias paternas . . . . .	57

#### CAPITULO VI

##### COMPORTAMIENTO DEL CIRUJANO DENTISTA.

1.- Planeamiento del trabajo del C.D. . . . .	60
a) Procedimiento de citación . . . . .	61
b) Plan de tratamiento diario . . . . .	63
c) Citas incumplidas y canceladas . . . . .	64
2.- Control del dentista . . . . .	64
a) El niño como paciente . . . . .	65
b) Fracasos de comunicación . . . . .	65
3.- Técnicas en el manejo del niño . . . . .	66
a) Estructuración . . . . .	66
b) Tranquilización . . . . .	66
c) Control de voz . . . . .	66

d) Restricción o terapia de sonrisa . . . . .	67
e) Premedicación y postmedicación . . . . .	68
f) Anestesia general . . . . .	75

#### CAPITULO VII

RELACION DEL CIRUJANO DENTISTA CON EL NIÑO . . . . .	79
1.- Desarrollo y Psicología del niño . . . . .	80
2.- Proceso de aprendizaje del niño hasta los 10 años . . . . .	81
3.- Instruir al niño en Odontología . . . . .	85
4.- Reacción a la experiencia Odontológica . . . . .	86

#### CAPITULO VIII

CONOCIMIENTOS BASICOS DEL NIÑO . . . . .	88
1.- Crecimiento y desarrollo del niño. . . . .	88
2.- Anatomía dental . . . . .	94
3.- Etiología de una mal-oclusión. . . . .	96
CONCLUSIONES . . . . .	106
BIBLIOGRAFIA . . . . .	108
INDICE . . . . .	111