



Vs 132
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**
*145
248*

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PSICOLOGÍA EN ODONTOPEDIATRÍA

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a

ENGRACIA CHAVEZ MUÑOZ

México D.F.

14630

1979



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 D I C E

INTRODUCCION	Pág:
CAPITULO I. PATRONES A DIFERENTES EDADES	5
CAPITULO II. DIFERENTES TIPOS DE MIEDO	31
CAPITULO III. MEDIO AMBIENTE DEL CONSULTORIO DENTAL	58
CAPITULO IV. PRIMERA VISITA	63
CAPITULO V. ACTITUD DEL CIRUJANO DENTISTA PARA EL - NIÑO Y LOS PADRES	100
CAPITULO VI. NIÑOS CON PROBLEMAS MENTALES	161
CONCLUSIONES.	176
BIBLIOGRAFIA.	178

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

El desarrollo de esta tesis esta enfocado al tema "psicología en odontopediatría" debido a lo importante que resulta, el comportamiento del niño en el consultorio dental, el papel tan importante que juegan los padres, especialmente la madre por la influencia que sus actitudes y consejos ejercen en el niño y el desenvolvimiento del dentista hacia el niño ya que de él dependerá que el niño logre aceptar el tratamiento dental con agrado y no con miedo o fobia.

Considerando lo anterior se pensó que para el manejo adecuado del niño hay que conocerlo, conocer lo que provoca las reacciones positivas o negativas y los antecedentes que pueden provocar conductas que si no entienden, crean conflictos entre el niño y el médico teniendo como resultado el mismo, miedo, agresión y dificultad para su comportamiento, siendo en muchos casos la causa de que por evitar el llanto o problema para el niño los padres prefieran no atenderlo -

causando daños irreversibles en los dientes y salud bucal.

Encontramos que las actitudes del niño hacia el dentista pueden reflejar el estado emocional de este o sea si fue presionado por los padres o algo muy común, amenazado.

Es de suma importancia que el niño conozca, el ambiente que lo rodea, si el cariño que recibe pasa de lo que es ternura y comprensión y se convierte en consentimiento le traera serios problemas. El niño debe para estar seguro de si mismo tener cariño y amor unidos a una educación adecuada.

Existen un sin número de variantes en el comportamiento del niño debido a las condiciones en que fue concebido, si fue deseado o no, pues el niño que no es deseado desde su concepción siente el rechazo de los padres y por lo tanto será un niño inseguro, y como consecuencia cuando llegue a consulta con el dentista, estará inseguro y no cooperativo.

Otro caso es el niño que fue vehementemente anhelado y por el miedo a perderlo más tarde, la actitud de la familia es de sobreprotección ya que se le verá como delicado, frágil y debil; esta actitud de sobreprotección afectará el desarrollo de la personalidad del niño dando lugar a tendencias específicas como dependencia y consentimiento que pro-

voca desobediencia y defectos de conducta; para el dentista esta clase de niños son sumamente difíciles de atender empezando por la falta de colaboración de los padres.

Así sucesivamente vamos encontrando problemas en el comportamiento del niño; debe el dentista actuar con mucha cautela y paciencia para transmitir en el niño tranquilidad y la seguridad de saber que no va a ser lastimado sino que todo el tratamiento será para su beneficio con lo que se logrará convencerlo de dejarse atender por su propio bien.

C A P I T U L O I.

PATRONES A DIFERENTES EDADES

Es de suma importancia conocer las etapas del desarrollo humano para así comprender también el desarrollo psicológico a diferentes edades y saber el comportamiento a seguir con cada niño en el consultorio dental.

1. ETAPAS DE EMBRION (0 a 8 semanas de vida intrauterina).
2. ETAPA DE FETO (8 a 40 semanas de vida intrauterina).
3. INFANCIA (Desde el nacimiento a los 2 años).
4. EDAD PRESCOLAR (2 a 5 años de edad).
5. NINEZ (5 a 12 años de edad).
6. PRE-ADOLESCENCIA (11 a 13 años niñas).
(13 a 15 años niños).
7. ADOLESCENCIA (15 a 20 años).
8. MADUREZ ADULTA.

Encontramos que en este cuadro puede variar dependiendo del individuo en particular.

De todas las criaturas, el hombre es el que posee un período más prolongado de inmadurez relativa. Es una criatura tan completa que requiere más de 20 años para su maduración física y mental.

El curso general del desarrollo es análogo para varones y mujeres, pero éstas maduran, algo más rápidamente y más temprano. A poco de iniciado el período fetal, el sistema nervioso y muscular muestran signos de organización. El feto mueve los músculos del cuerpo, la cabeza, brazos y piernas. Inmediatamente brazos y piernas, seguido de ojos y manos muestránse suaves movimientos, pero organizados.

Hacia la segunda semana prenatal el futuro niño ya está en posesión de los billones de células que han de regir su conducta en la vida. Ya hacia la 8a. semana de vida intrauterina puede reconocerse la diferencia entre varón y mujer. Mucho antes del nacimiento el futuro ser posee el sello de su individualidad. Todo niño nace con potencialidad que le son propias. Cada niño posee un modo exclusivo de crecimiento determinado por esas potencialidades y por el destino ambiental. En el desenvolvimiento psicológico del niño son de vital importancia:

1. Los factores hereditarios.
2. El medio ambiente.

COMO CRECE LA MENTE.- El niño es una unidad compleja en la cual el sistema nervioso le juega un papel importantísimo y consta de billones de neuronas conectadas con todas las partes sensibles y moviles del organismo en entero, neuronas de diversas especies: Vegetativas, motoras, asociativas, sensitivas, etc.

La mente en crecimiento es parte integrante de esta vasta red de tejido vivo. La mente crece porque el tejido crece. Las neuronas tienen un poder prodigioso de crecimiento, se multiplican a gran velocidad en los períodos de embrionario y fetal, durante los cuales se colocan los cimientos de la conducta.

Estas células siguen creciendo y organizándose durante todo el ciclo de desarrollo, por lo tanto se puede asegurar el desenvolvimiento psicológico del niño se va realizando en una forma progresiva y ordenada.

No cabe duda que estos conocimientos representan una gran ayuda a la vez que permiten conocer y valorar las reacciones generales de los niños en sus distintas edades. Su manera de interpretar las cosas en relación con su nivel de

entendimiento. Permitirá a su vez saber cómo satisfacer su natural curiosidad, cómo probar su sugestionabilidad, etc.

RECIEN NACIDO.- Posee un mecanismo emocional pobremente elaborado que comprende las emociones de enojo, cólera, regocijo y temor.

Reacciona con estas manifestaciones, las cuales le resuelven en los primeros meses de su vida sus problemas, gracias a los cuidados maternos. Al principio la vida social se desenvuelve alrededor de sus parientes que le proporcionan toda su ayuda y atenciones para satisfacerle sus necesidades, sin embargo, a medida que crece se torna más y más independiente y cuando percibe a otras personas y se identifica con ellas se torna en principio en la sociedad.

A los 3 meses la mayoría de los niños demuestran signos de madurez social, como lo prueba el hecho de cesar su llanto cuando se le acerca una persona y de continuar en él cuando se le deja solo.

A los 5 meses, trata de coger y traer objetos próximos a él.

A los 6 meses tendrá ya la habilidad mental de distinguir a una persona de otra, esta habilidad a los 8 meses

habrá progresado tanto que además de poder distinguir entre dos personas, demostrará interés por otra de su misma edad.

Entre los 6 y los 10 meses, trata de participar en juegos, queriendo llamar la atención de otras personas por medio de gritos y movimientos.

El niño de un año de edad, muestra ya su madurez social con manifestaciones como las de tratar de eliminar a otro niño de su esfera de acción o tratando de llamar la atención de otro. Su mente está lo suficientemente despierta para darse cuenta de que gritando, dando puntapiés y revolcándose en el suelo puede conseguir lo que desee. Es el llamado Temper Tantum, que no sólo es una reacción natural, sino que además es un buen inicio de que el niño está desarrollando su carácter. Algunos niños con inteligencia más avanzada llegarán a ésta época un poco antes del año, pudiendo persistir de acuerdo con el medio ambiente en que se desenvuelve el niño, por varios años a toda la vida.

Ahora bien, en un niño de 1 año, una reacción de ésta índole no debe considerarse como anormalidad o mala crianza, ya que es una expresión que existe en muchos adultos como demostración o manifestación de una cólera con la diferencia que éste puede controlarse y razonar para buscarle

solución a su problema, cosa que el niño no puede hacer, -- en el Tantrum es la única salida o solución.

Por supuesto ante una actitud de éstas, el niño no - debe ser consentido ni complacido, pero tampoco deberá ser castigado. Se le permitirá darle curso a su reacción, pero vigilándolo de cerca para que se de cuenta de que alguien - se preocupa por él, de esta manera no le dará una oportunidad de desarrollar su carácter y saldrá de ese estado más - rápidamente que si interviniese.

A la edad de un año y medio, desarrolla el niño dos cosas características:

1. Una curiosidad extrema por mirar en todos los rincones de la casa, abrir cajones, etc., esto se explica fácilmente ya que el niño en esa edad no distingue con la vista exactamente forma y volumen de los objetos y se vale -- del tacto para conseguir este fin. Es un período difícil de manejar, pero deberá permitírsele tocar las cosas aunque vigilándolo para que no las destruya.

2. Un negativismo extremo por lo cual se le conoce - como el período de no, no. El niño responde con un no a tales preguntas o hace exactamente lo contrario a lo que se - le pide.

Su menor manejo en estos casos es permitirle que escoja entre una u otra cosa o no satisfaciéndole un deseo -- hasta que no haya cumplido una obligación.

El niño a los dos años no está suficientemente agudado como para permitir relaciones interpersonales de larga duración, todavía prefiere sus juegos personales y observa a otros mayores sin tomar parte en ellos, depende aún considerablemente de su madre y tiende a ser tímido, cambia de una cosa a otra en pocos minutos, a esta edad no debe ser -- forzado y cualquier actitud deberá venir de él, no se puede esperar que responda a preguntas ni que responda y obedezca órdenes.

Tiende a expresar sus emociones en forma desenfrenada.

El niño se preocupa y concentra todas sus actividades para la adquisición del lenguaje.

EL NIÑO DE TRES AÑOS.

El niño apunta un principio de semi-independencia y si se le da una buena razón, en muchos casos, puede lograrse su cooperación aún en caso que no sea de su agrado (a esta edad) el niño ya puede interpretar un razonamiento del

dentista y permitir que se le atienda.

Es la edad del YO también, pues el niño ya juega con otros, siendo hasta cierto punto un juego de competencia, - toda vez que trata de hacer lo que el compañero haga. En esta forma demuestra su interés por sus amigos. 3 años es una edad nodal, una especie de mayoría de edad, ya no se niega a hacer las cosas ni es obstinado ni contradictorio, lejos de esto trata de comprender y satisfacer las exigencias sociales. Incluso pregunta: ¿Se hace así?.

TEMORES.- Por lo general son visuales, gente de diferente color, gente anciana, arrugada, lo grotesco, máscaras, espantajos. La obscuridad, animales, individuos específicos descritos al niño como perjudiciales, los mecanismos perceptivo y motor, empiezan a desplegar actividad; el niño se interesa en las personas y en las cosas; clasifica, observa, colecciona objetos, pregunta, experimenta, etc. Esta es la edad de los intereses diseminados.

EL NIÑO DE CUATRO AÑOS.

Es la edad del "Cómo y porqué", durante esta edad, - el niño expresa su independencia y resistencia; habla mucho responde bien a ordenes verbales y es cooperativo e imaginativo. Su mundo se reduce por lo general a sus padres, su-

casa y objetos personales aunque en forma especial a su madre.

Puede sentir celos de su hermano menor, también puede mostrarse rudo, impaciente y egoísta con los hermanos menores.

Orgullosa de sus propios trabajos y creaciones.

Le agrada llamar a la gente con nombres tontos; las exageraciones le divierten, charla abundantemente, exagera, fanfarronea, inventa historias descabelladas muy inverosímiles, insulta, amenaza, profiere obscenidades de medio calibre.

Goza de rimas tontas y de los juegos de palabras y sus juegos son acompañados de risas demoradas.

TEMORES.- Casi los mismos que tenía a los 3 años.

AUTOAFIRMACION Y COLERA.- Francamente agresivo, muere, golpea, pateo, etc., llora cuando no se le satisface en lo que quiere o si no tiene nada interesante con que jugar.

EL NIÑO DE 5 AÑOS.

Es una edad ideal, es una especie de Edad de Oro, --

tanto para los padres, como para el niño.

La ligación emocional con la madre es lo más fuerte-todavía, se siente seguro a su lado. Es dócil, obediente, - cariñoso, le gusta ayudar en todo lo que sus capacidades se lo permiten, le gusta permanecer en casa.

A menudo se dice que 5 es notablemente bueno como un ángel.

Las decisiones no son muy difíciles de tomar.

No tiene conciencia clara de lo bueno y lo malo, se porta bien porque su mamá así lo quiere.

Todavía preguntará el "como y porqué" de las cosas, - su mundo se ve agrandado al ir a la escuela, la ida a la escuela podrá presentar problemas los primeros días, pero se adapta rápidamente y después le gusta; lo que más le gusta es jugar, estar en continua actividad; le gusta hojear libros y revistas e incluso puede fingir que lee. Le molestan y confunde los cuentos de hadas excesivamente irreales.

El niño es parte del ambiente, y el ambiente es parte del niño. Si pierde el equilibrio no escapa por la tan-gente del berrinche o del ataque de nervios, se resulta su-

ficiente golpear brevemente con los pies el suelo y afirmar no quiero.

Si él presiona o exige demasiado, puede reaccionar - con pequeños arranques de cólera, resistencia o sensibilidad, pero se normaliza pronto.

TEMORES.- Especialmente auditivos y visuales, oscuridad, trueno, animales, lo desconocido, separarse de su madre, etc.

Ya por lo general no siente celos de sus hermanos menores, sino al contrario, trata de protegerlos.

La moderación de 5 sustenta en el hecho de que sus - necesidades a las exigencias ambientales se hallan perfectamente equilibradas. El niño es parte del ambiente y el ambiente es parte del niño.

DESCARGAS TENSIONALES.- Debe quitársele el hábito de chuparse los dedos o cualquier otro mal hábito.

Tiene la tendencia a colocar a Dios dentro del alcance de su mundo. El niño de 5 años ya ha incorporado una parte fundamental de la herencia racial.

EL NIÑO DE 6 AÑOS.

Las madres a menudo dicen: es un niño cambiado, completamente opuesto a como era a los 5 años, ahora es:

Peleador, discutiador, irritable, rebelde, rudo, descarado, empecinado, dominador, ruidoso y fácilmente exitable.

Tonto, ríe sin motivo, hace muecas, alardes.

Celoso de las posesiones de los otros niños.

Sumamente emocional, marcado desequilibrio entre el niño y los demás. Expansivo e indiferenciado. Bueno o malo-dulce u horrible, amable o cruel. Es muy inconsciente, vuela rápidamente de un extremo a otro.

No tiene dominio de sus impulsos motores, ni de sus relaciones sociales. Quiere ser el primero en todo por lo que una fiesta de cumpleaños limitada a niños de 6 años no es modelo de decoro.

Le será difícil elegir entre una cosa u otra y a menudo después de elegida una, no se podrá hacer a la idea de renunciar a la otra.

Todo lo sabe, jactancioso, fanfarrón.

Gusta del elogio y la aprobación se resiente ante -- los correctivos y una palabra brusca le hiere fácilmente.

El niño es calificado de llorón, llora por cualquier cosa.

Agrede física o verbalmente, sufre accesos de cólera.

En ocasiones es angelical, generoso, buen compañero.

Empleo agresivo del lenguaje, insulta, amenaza, contradice, discute, emplea obscenidades de mediano calibre. - Inventa insultos.

TEMORES.- 6 años. Especialmente auditivos y espaciales. Temor a lo sobrenatural, fantasmas, brujas, animales salvajes, Truenos, lluvia, etc., temor a las heridas, astillas pequeñas, cortaduras, sangre, llegar tarde a la escuela, etc.

Los 6 años trae consigo cambios fundamentales, tanto somáticos, como psicológicos. Es una edad de transición, es tan desapareciendo los dientes de leche; aparecen los primeros molares permanentes, incluso la química del cuerpo -- del niño sufre cambios sutiles que se reflejan en un aumen-

to de la suceptibilidad a las enfermedades infecciosas, además de esto se producen otros cambios muy diversos. Surgen nuevas propensiones, nuevos impulsos, nuevos sentimientos, etc. Está abriéndose paso en una zona ulterior a la herencia racial que se había incorporado en partes en 5. Esto es lo que se ha dado.

EL NIÑO DE 7 AÑOS.

EDAD DE SENTIMIENTOS.- Mejores relaciones con los demás, aunque hay desequilibrio con los propios sentimientos.

Serio, absorto, pensativo, inhibido, enfático.

Se fija metas, demasiado elevadas para él.

Se protege a si mismo apartándose de las situaciones "oído sordo".

Cólera dirigida contra sí mismo. Arroja o rompe algún objeto, si no puede llevar a cabo algo en lo que está empeñado.

A menudo triste, malhumorado, desgraciado.

Sensible al elogio y a la culpa. No puede aceptar --

cumplidos, pero puede tranquilizarse cuando se le elogia.

Puede no ser capaz de aceptar afecto, pero si de dar lo.

Celoso de los privilegios o capacidades de los hermanos u otros niños.

Escaso sentido del humor que ya no sirve para manejarlo. Se preocupa por su lugar dentro de la familia o del grupo escolar.

Cuando colérico, puede encerrarse en el silencio en lugar de entregarse como antes a furiosas verbalizaciones. Puede ser afecto a los chillidos.

Se queja de jaquecas.

TEMORES.- Más profundos, inquietantes aparte de los que tenía a los 6 años, a la guerra, espías, ladrones, gente escondida, temor a que sus padres o la maestra no lo --- quieran, temor a las situaciones nuevas, etc.

EL NIÑO DE 8 AÑOS.

TENDENCIA AL DESEQUILIBRIO ENTRE SI MISMO Y LOS DEMAS.

Quiere ser bueno, tiene ahora mayor conciencia de lo bueno y lo malo, quiere que se aprecie su bondad, quiere agradar, que se piense bien de él, quiere obtener buenas calificaciones.

No le gusta que le obliguen a hacer las cosas, le gusta hacer lo que le parece razonable, aunque no esté permitido. Es muy sincero.

Es muy impaciente, especialmente consigo mismo y quiere que las cosas se hagan de inmediato. Cree saberlo todo, pero comienza a reconocer que otros pueden saber más que él.

Todo lo dramatiza. Sus exageraciones son dramáticas, pero contienen por lo general una pizca de verdad.

Afronta la vida con algún valor, también siente que ella le hace frente.

Exigente respecto de la madre, descarado y rudo o intensamente afectuoso. Algunos celos de que el padre y la madre estén juntos.

Critica a los demás y también a si mismo. Egoísta, exige mucha atención, dominador o servicial. Reacciona ante el ataque y la crítica más ofendiendo que con agresividad,-

agresión pocas veces física, principalmente verbal. Exige - que el adulto lo trate como una persona mayor.

Como castigo se puede recurrir a pequeñas privaciones.

Le gusta ir a la escuela, su actitud hacia la maestra es buena. Se fatiga menos rápidamente y está más capacitado para permanecer en la escuela durante más tiempo. Es aficionado a la lectura, especialmente libros de viajes, geografía, épocas y lugares lejanos.

JUEGOS.- Aborrece jugar a solas y exige de la otra persona la completa atención y participación en el juego, - le gusta dramatizar con sus juguetes ataques aéreos, combates, accidentes, etc. Las niñas prefieren representaciones teatrales y montar espectáculos musicales, jugar con muñecas, coleccionar objetos para ellas, niños coleccionar estampas, sabe de deportes, etc.

Le gusta ser recompensado con dinero, siente admiración por niños mayores que él 11 o 12 años. Varones y niñas comienzan a separarse, comienzan a adquirir modales de sociedad, sus intereses son de duración breve y pasa rápidamente de una cosa a otra por lo que se le puede contralar - fácilmente. Verbalmente extralimitado, habla mucho, cuando-

se vanaglorea, cuando está furioso o cuando fatigado, levanta la voz.

TEMORES.- Miedo de pelear, de fracasar, de que otros le encuentren fallas o no gusten de él, puede temer aún la obscuridad, fuego, etc.

EL NIÑO DE 9 AÑOS.

Es una conducta similar a la de los 8 años, pero con un poco más de desarrollo en general.

Es una edad intermedia entre la infancia y la pubertad, es un período de reorganización significativa.

La automatización es la característica cardinal del niño de 9 años.

El niño posee una creciente capacidad de aplicar su mente a las cosas por propia iniciativa o con sólo ligeras sugerencias por parte del ambiente; esto le confiere un aire típicamente preocupado de el hombre de negocios, tanto en la casa como en la escuela, no le gustan las interrupciones aunque por el sí mismo si puede interrumpir sus tareas.- Le complace poner a prueba su habilidad, le agrada azuzar su amor propio.

Es una edad óptima para perfeccionar la pericia en el manejo de operaciones fundamentales de la escuela o en otros lugares, pues está muy interesado en perfeccionar las cosas que se le enseñan.

Le gusta planear de antemano, preveer las cosas, --- quiere que todo sea exacto. Pese a todo aunque estable en el centro es variable en sus estados de ánimo. No se interesa tanto por el dinero como a los 8 años. Le agrada conocer y conoce perfectamente insignias, cifras y datos de lo que le interesa, por ejemplo, deportes, ejercicio, etc.

No le agrada ni necesita que se le proteja con condescendencia. Por lo general es muy agresivo aunque ya no le gusta tanto pelearse como a los 6 ó 7 años.

Valora su propio comportamiento; puede sentir disgusto o aprensión acerca de su comportamiento pasado, puede aceptar su culpa.

Es fundamentalmente sincero y honesto, le agrada que depositen confianza en él y que le den cierta libertad. Le agrada su hogar y sus padres, pero no le gusta que le traten como si fuera un niño incesantemente, necesitando de protección.

Muestrase más interesado en los paseos y asuntos del club que en los familiares. Los niños y niñas se separan, - cada quien forma su grupo; ambos sexos expresan cierto desprecio por el otro.

Es leal y protege a los amigos o a un hermano menor. No le gustan mucho los elogios, pero reacciona favorablemente ante ellos.

Le deleita la competencia. Más independiente, mayor-equilibrio.

Rápidos desplazamientos de uno a otro extremo emocional, de corta duración. Le apasionan ciertas actividades. A menudo se excede, hasta el punto de fatigarse. Muchos se -- quejan con frecuencia de jaquecas, dolores de ojos, manos, - etc., mientras realizan un trabajo, pero continúan haciéndolo. Le deleita el humor, si algo le causa gracia, lo repite una y otra vez, gusta de los cuentos con sorpresas. Comienza a aceptar las bromas personales. Emplea el lenguaje para expresar emociones sutiles y refinadas. Pocos temores muy - variables de niño a niño.

EL NIÑO DE 10 AÑOS.

Como a los 5 años, es una edad nodal, o sea de desa-

rrollo aunque menos fuerte que a los 5 años, su individualidad esta ahora bien definida y su penetración está madura, - que fácilmente puede considerársele como un pre-adulto. La psicología de una niña de 10 años es un poco diferente a la de un varón de su misma edad. La niña es más reposada, tiene mayor discernimiento social y se interesa más por los problemas relativos al matrimonio y a la familia y otras diferencias sexuales.

En oposición al niño de 9 años, el de 10 es reposado y despreocupado, aunque alerta. Es dueño de sí mismo y de sus habilidades, hace las cosas sin esfuerzo, trabaja con rapidez en la ejecución y acepta el reto de la aritmética mental, que a los 9 años no podría, pues sólo podía con la escrita. Su comportamiento en general es más modulado.

Este es el período de oro para inculcar al niño ideas liberales. Tiene tanta conciencia de la individualidad de los demás como la de la suya propia.

El talento ahora se pone de manifiesto especialmente para las artes creadoras, así como para el comportamiento personal social y de una amplia gama de rasgos de su personalidad. La planificación cultural debiera pues comenzar a esta edad para la adolescencia.

Es capaz de lealtad y culto a los héroes. Puede in--

culcársele fácilmente lealtades de grupo. Varones y niñas--
 tienen por igual cierta afición por los secretos.

El niño de 10 años prefiere los misterios, la conspi
 ración, la magia práctica y el culto a los héroes, a los ni
 ños hasta por lo menos 10 años no les gustan las películas
 de amor.

Las niñas tienen mayor conciencia de las relaciones-
 interpersonales que los varones, tienen mayor conciencia --
 de sus ropas, de su persona y de su aspecto personal.

PATRONES DE CONDUCTA RELACIONADOS CON EL SEXO.

Al varón se le asocia más frecuentemente con berrin-
 ches y arranques de ira, lo mismo que con robar y salir co-
 rriendo que a la niña. También los niños muestran mayor a-
 gresividad.

Las niñas por su naturaleza tienden a llorar más fa-
 cilmente que los niños y experimentan por lo general mayor-
 dificultad para las adaptaciones emocionales en particular-
 durante la adolescencia. Los problemas relacionados con la
 ansiedad y el miedo son también más frecuentes en la mujer.

Los mecanismos del desarrollo no cambiarán durante -

los años futuros, los incrementos llegarán lenta y a menudo dolorosamente. Las modificaciones endócrinas provocarán nuevas manifestaciones físicas y mentales. Pero la estructura de la conducta seguirá siendo un proceso gradual del crecimiento organizado.

Cuando se trata de niños de hasta alrededor de 6 años, se aconseja la presencia en el consultorio de uno de los padres o de un acompañante. Ellos le brindarán un sentimiento de protección.

Encontramos otra división con respecto al desenvolvimiento intelectual y psicológico del niño, este se divide en solo tres etapas, tenemos que MC SWAIN sugiere lo siguiente:

"El dentista que desea o anhela tener una cooperación de su joven paciente, encuentra el conocimiento psicológico del niño como esencial para la habilidad mecánica del conocimiento práctico de su profesión. Solo en el grado que el dentista entienda el crecimiento y desenvolvimiento característico del niño durante las primeras tres etapas de un ciclo de vida (infancia, preescolar, niño escuela), sólo así experimentará el éxito en el cuidado profesional de sus jóvenes pacientes y este está dado por la experiencia profesional y el cuidado de los pacientes niños.

Para comprenderlo, él puede tener una genuina conciencia de la tesis psicológica en que el niño es comprometido continuamente en la labor de adaptar su básico desenvolvimiento para lo que necesitan las condiciones y requerimientos en su medio ambiente externo"

Shiley examinó el ajuste emocional del niño preescolar demostrando que la edad del niño de 2 a dos años y medio, adaptados también como los medianos de todas las edades considerando que a los tres años es su primera visita, estando menos bien ajustados en relación a los resultados promedios. Significativamente el maturing creciente de los tres años de edad los hace más conocidos de las demandas de los dos años, quienes no exhiben reluctancia de dejar la casa para el examen.

De hecho los grupos comenzando sus visitas a los 3 años a los 3 y medio, mantuvieron un nivel consistente más pobre de ajuste que el promedio de todas las edades. Más sin embargo, los 4 años fueron mostrados para la edad más indeseable de experiencias no usuales.

Sherley concluye que el nivel de ajuste de un niño depende un poco más allá de su salud, aunque la edad ha sido mostrada como un factor en general. El nivel de ajuste de los niños depende mucho más de la salud del niño que man

La edad de los tres años es considerada como la más-propia para introducir al niño al dentista, pero esta edad no concierne con la edad óptima de los niveles de ajuste.

Shirley también mide las respuestas emocionales de los niños a los exámenes de salud y encuentra que crece la-tensión y resistencia hacia lo clínico o la situación gra--dualmente se incrementa de los 2, 4, y 5 años.

Rosengarten, estudió la influencia de la preparación sobre el comportamiento de los niños al inicio de la visita dental. El determinó que con una preparación no avanzada muchos niños de 3 años de edad, encuentran la situación den--tal demasiado grande para ellos, generalmente los niños de 3 y 4 años exhibieron un mayor grado de cooperación.

En un estudio reciente de efectos psicológicos de --tratamientos dentales en niños, Hortense Klee examinó niños de 3 a 9 años.

Ellos fueron entrevistados para determinar sus acti--tudes emocionales hacia el dentista. Inhabilidad de los ni--ños pequeños para verbalizar fue comparada por el uso de dibujos; considerando que los niños más grandes escribían más fácilmente sus entrevistas. Todos los niños han tenido ante--cedentes escolares, empezando con guarderías para los más -

pequeños.

72% de los niños de las guarderías expresaban sus -- pensamientos y sus sentimientos a cerca del tratamiento den tal con sus reacciones de defensa y ansiedad. Esta relación con el concepto del niño alcanzando el máximo temor entre - las edades de 3, 4 y 5 años.

Los resultados del estudio enfatizan la importancia de la psicología al impacto del tratamiento médico o dental a una temprana edad.

CAPITULO I I.

DIFERENTES TIPOS DE MIEDO.

Encontramos que la conducta del niño no es fundamentalmente distinta de la del adulto. Es razonable suponer -- que la conducta puede ser modificada más fácilmente en la -- persona joven; aunque esto no se puede tomar en cuenta en -- todos los casos.

Gradualmente se llegó a la convicción de que, si la -- conducta podría ser modificada, era prudente intentar su -- rectificación antes de que se pusieran de manifiesto los re -- sultados de una anormalidad persistente.

Encontramos que la conducta es propositiva. La mente del niño puede contestar con un NO vehemente a una demanda, y otra parte puede con igual énfasis contestar SI. Estos me -- canismos de rápida adaptación del órgano a un fin común son -- provocados indudablemente por el sistema nervioso vegetati -- vo. Tenemos que los centros nerviosos se han formado ya al --

nacer el niño y son incluidos y condicionados por sus experiencias por eso carece de objeto pedir a una persona que no tenga temor cuando la naturaleza misma de su experiencia es que siente miedo y sin embargo día a día, los padres y--profesionistas por igual repitan sin cesar al niño que no debe tener miedo, aun cuando sea evidente que no hay nada--que temer.

La rabieta infantil.- La observación revela que si el niño se enfrenta al conjunto de estímulos que incluso su vida protegida derrama sobre él, entra en conflicto con ellos y al hacerlo adquiere lo que llamamos experiencia, la cual lo lleva a sentirse como entidad que tiene deseos, impulsos, etc., al dar rienda suelta a estos impulsos o deseos encuentra que algunos de ellos le son permitidos y otros no.

"En cierta medida se siente frustrado aunque no hay nada conciente en casi toda su conducta, el niño puede reaccionar tratando de liberarse puede luchar, gritar o dar ---muestras de hostilidad o de miedo, si los padres ceden por evitar un pena, las demostraciones del niño cesan de inmediato.

En la aceptación por parte de los adultos responsables de que la ansiedad o el miedo son normales, se encuen-

tra quizá la mayor ayuda que se pueda dar al niño y el mejor medio de tranquilizarlo. Encontramos que el niño puede tener miedo pero si los padres saben que es capaz de seguir adelante a pesar de ello, su actitud es casi un reconocimiento de la capacidad del niño para hacer frente a sus problemas y resolverlos.

El comportamiento consecuencia del medio sí puede alterarse; se puede controlar y desarrollar de manera que el niño crezca y llegue a tener una personalidad bien encajada, adecuada para la sociedad en que se encuentra.

El que los niños acepten el tratamiento dental de buen grado o lo rechacen totalmente dependerá de la manera en que han sido condicionados.

El medio representa para el dentista el principal problema de manejo, y es una de las razones por las que la gente descuida el tratamiento dental.

El miedo es una de las primeras emociones que se experimentan después del nacimiento, aunque la respuesta al sobresalto está presentada al nacer y se pueden demostrar antes del nacimiento reacciones reflejas a estímulos. El lactante no está consciente de la naturaleza del estímulo que produce el miedo. A medida que el niño crece y aumenta

su capacidad mental, toma conciencia de los estímulos que le producen miedo y puede identificarlos individualmente. - El niño trata de ajustarse a estas experiencias aisladas -- por medio de la huida, si no puede resolver el problema de otra manera. Si el niño se siente incapaz de hacer frente a la situación y le es físicamente imposible huir, se intensificará su miedo.

El miedo y la ira son respuestas primitivas que se desarrollan para proteger al individuo contra daños y la -- destrucción propia. La estimulación emocional se descarga - por medio del sistema nervioso autónomo a través del hipotálamo y necesita muy poca integración cortical.

En los niños de corta edad, demasiado jóvenes para racionalizar mucho, se produce un comportamiento que es difícil de controlar. En muchos aspectos, el niño se comporta - de manera primitiva al tratar de luchar con la situación o huir de ella. Cuando no puede llevar a cabo esta, aumenta - su miedo y entonces la comunicación del dentista con el niño puede ser muy difícil. Incluso con niños de más edad, -- puede ocurrir una situación en la que el miedo sea tan pronunciado que el niño no pueda razonar claramente.

El miedo es un mecanismo protector de preservación.-
El enfoque del entrenamiento dado por los padres, no deberá

tender a eliminar el miedo, sino a canalizarlo hacia los peligros que realmente existen y evitarlo en situaciones donde no existe peligro. De esta manera, servirá de mecanismo-protector contra peligros reales y evitará comportamiento antisociales.

Llevar al niño al dentista no deberá nunca implicar-castigo, ya que emplearlo así crea indudablemente miedo al odontólogo.

Tipos de miedo.

La mayoría de los temores evidentes en niños han sido adquiridos objetiva o subjetivamente.

a) Temores objetivos.- Los temores objetivos son los producidos por estimulación física directa de los órganos sensoriales y generalmente no son de origen paterno. Los temores objetivos son reacciones a estímulos que se sienten, ven, oyen, huelen o saborean, y son de naturaleza desagradable.

Los miedos objetivos pueden ser de naturaleza asociativa. Temores dentales pueden asociarse con experiencias no relacionadas.

El miedo también hace descender el umbral del dolor,

de manera que cualquier dolor producido durante el tratamiento resulta aumentado y lleva a aprensiones todavía mayores.

b) Temores subjetivos.-

Los temores subjetivos están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridos al niño por personas que le rodean, sin que el niño los haya experimentado personalmente.

Los niños tienen un miedo intenso a lo desconocido.- Cualquier experiencia que sea nueva y desconocida les producirá miedo hasta que obtengan pruebas de que su bienestar no se ve amenazado por ella. Hasta que el niño esté convencido de que no existe razón para asustarse, persistirá el -- miedo.

Los temores sugestivos también pueden experimentarse por imitación.

Los temores imaginarios por lo tanto, aumentan con la edad y el desarrollo mental, hasta cierta edad en que la razón prueba que no tienen fundamento.

El patrón del miedo puede ser impredecible, ya que no todos los temores que manifiestan los niños son genuinos.

Miedo y crecimiento.

Se puede enseñar a los padres que la edad es un determinante importante del miedo, y modifica la eficacia del condicionamiento. Los temores de un niño y la manera en que los maneja cambian con la edad. El comportamiento emocional como cualquier otro comportamiento, sufre un proceso de maduración que depende del crecimiento total del individuo.

La posible relación que existe entre la impresión de mimos y cuidados y la atención maternal en la personalidad del niño, y su reacción al miedo posteriormente en la vida, puede tener más importancia que la que se le concedía anteriormente.

La edad es un determinante importante de lo que produce o no el miedo al niño.

Los primeros temores que el niño asocia con la odontología son los producidos por lo inesperado y lo desconocido. Cualquier estimulación precipitada o intensa de los órganos sensitivos, produce miedo en el niño porque es inesperada. el ruido y vibraciones de la fresa y la presión que se ejerce al usar instrumentos de mano al preparar cavidades producen miedo en un niño de corta edad. A menos que el dolor sea intenso, teme más al ruido de los procedimientos

tos dentales que al dolor que lo acompaña.

Como el niño de corta edad también teme caerse o a movimientos subitos e inesperados, sentir que sin avisarlo lo están bajando o inclinando en la silla dental puede causarle miedo. Movimientos de la mano rápidos y enérgicos también lo atemorizan. Las luces muy fuertes, especialmente la luz intensa de la unidad operatoria, produce miedo si se deja que brille en los ojos del niño.

Los niños que todavía no van al colegio, pueden temer el separarse de sus padres. Si el niño se ve empujado a una situación nueva, en la que debe separarse de sus padres de quienes ha aprendido a desprender para obtener seguridad, siente que se les es abandonado, que le han dejado solo. Además el miedo por estar abandonado, siente temor de no haber satisfecho a sus padres. Cree que esto puede ser la razón de su abandono. Puede creer que la odontología es un castigo.

La percepción de sensaciones dolorosas y las reacciones a ellas son determinadas en gran parte por la ansiedad y el miedo, especialmente en niños, cuando existen circunstancias amenazadoras. La ansiedad y el miedo, como sobras, preceden y siguen a las experiencias dolorosas.

Tenemos que se han hecho varios estudios acerca de los diferentes comportamientos de niños temerosos, miedosos o fóbicos.

La influencia materna en el desarrollo psico-emocional del niño está perfectamente documentado, el conocimiento del papel que juega la madre para determinar la actitud del niño hacia el tratamiento dental es de obvia importancia para el clínico.

- Un examen de la relación entre la ansiedad materna y el comportamiento del niño.

- El efecto y la ansiedad en relación al comportamiento en el consultorio dental con la presencia de la madre y en ausencia de ella.

- Recomendaciones de como aplicar los descubrimientos sobre el tema, sobre la manera de manejar a los niños clínicamente.

El patrón de conducta del niño es altamente determinado por como ha sido condicionado por los diferentes elementos de su medio ambiente. Una fuerza condicionadora de gran significancia es la familia del niño. Los señores SHOBEN y BORLAND entrevistaron un grupo de pacientes dentales-

temerosos y no temerosos y encontraron que un factor significativo en la etiología del miedo al dentista son las actitudes de las familias de los pacientes, por lo que se concluyó que el miedo al dentista es adquirido más que innatos.

A causa de que la relación madre-hijo es muy importante en el primer desarrollo, la madre puede ser determinante en las reacciones de ansiedad en el niño. La experiencia del dentista es una nueva experiencia para el niño, las actitudes emocionales de los miembros de la familia, especialmente la madre hacia las situaciones dentales posiblemente son comunicadas al niño. JOHNSON y BALDWIN enfocaron en como la ansiedad materna afecta a los niños, "desde la edad de 3 años hasta 7 años" que padecen la extracción dentaria. Los resultados confirmaron que las madres de alta ansiedad en la escala de TAYLOR tenían hijos que demostraban comportamiento más negativo que los niños que tenían madres con menos ansiedad.

La naturaleza del procedimiento dental no determina la relación entre la ansiedad de la madre y el comportamiento del niño.

El niño que tiene un problema dental demuestra aumento en el comportamiento negativo. Se ha razonado que la aprensión materna transmitida al niño puede iniciar un ni-

vel mayor de ansiedad.

Las actitudes maternas básicas y los niveles de ansiedad están asociadas con el comportamiento del niño.

La presencia o ausencia de la madre en el consultorio dental durante el tratamiento es un asunto altamente discutido.

Comparando un "grupo solo" a un grupo con "mamá" la evidencia indica que la seguridad del niño frecuentemente depende de la seguridad de la madre. Aún cuando los niños que se dejaban solos en cuarto extraño manifestaban un comportamiento inseguro, la inseguridad desminuida conforme la situación se volvía más familiar. ARSENIAN concluyó que la seguridad del niño depende grandemente en la presencia de un familiar adulto cuyo poder de protección es conocido.

ROBERTSON Y ROBERTSON sintetizaron tres factores fundamentales de influencia en la respuesta del niño hacia separaciones maternas breves, Una de las causas incluye aquellos factores que además de la pérdida de la madre son causas de temor:

- Un medio ambiente extraño.
- Cuidadores extraños.

- Cuidadores sustitutos inadecuados.
- Claves de lenguaje no familiares.
- Rutinas y comida no familiar.
- Exigencias y disciplinas no usuales.

El segundo grupo de factores propuestos por ROBERTSON Y ROBERTSON, es mas bien lo que reduce la ansiedad del niño.

- Un cuidador sustituto familiar.
- Comida y rutinas conocidas.
- Exigencias de limpieza sin alteración.
- Posesión de pertenencia.
- Movimientos corporales sin restricción.
- Medio ambiente familiar.
- Seguridad de una reunión eventual con la madre.

El tercer grupo de factores se relacionan con el status psicológico del niño que puede aumentar o disminuir la ansiedad durante la separación.

- El ego del niño.
- El nivel del niño sobre la constancia de objeto.
- La calidad de la relación madre-niño.
- Las fantasías acerca de los dolores, enfermedades, desaparición de la madre, y otros.
- Experiencia de separación previa.

La ansiedad de la separación del niño es probablemente atribuida al temor del niño de que su madre realmente no lo ama y lo está abandonando en el centro de salud.

Aún cuando pacientes con problemas dentales son admitidos ocasionalmente en el hospital para una rehabilitación oral completa bajo anestesia general, esta práctica es la excepción y no la regla, ya que las citas de consultorio para un niño generalmente son de menos de 1 hora y la ansiedad resultante de la separación de la madre será similarmente breve. Varios estudios que se avocan a la presencia o ausencia de la madre durante el tratamiento bucal se han discutido, la esencia de los estudios es el siguiente:

Los avocados a una tendencia creen que la madre rara vez debe acompañar al niño a la sala de operaciones. WAY -- encontró imposible mantener la atención del niño y mantener su trabajo cuando "la madre me está respirando en mi cuello" SCHWARTZ, pensando en que el niño adquiere el miedo de sus padres, establece el rapport mucho más rápidamente cuando -- los padres no están presentes. El manifiesta que "todo el -- curso del tratamiento es menos traumático para el niño sin la presencia de la madre, tomando las precauciones para no provocar el miedo de abandono". El considera al asistente -- dental como el sustituto de la madre, establece la importancia de la transferencia de la confianza de la madre al asis

tente dental durante la visita dental. CHAMBERS manifiesta que cuando el niño está ansioso, la madre está ansiosa, por lo tanto, permitirá a la madre que acompañe al niño al área de tratamiento "solo sostiene la presencia de un modelo de ansiedad".

CROXTON estudió los efectos psicológicos de la experiencia del tratamiento dental en 26 niños entre los 3 y 8 años, en términos del ajuste general. El concluyó que la experiencia del tratamiento dental no constituye una experiencia traumática en el desarrollo psicológico normal del niño. El sugiere todavía que cuando una madre permisiva se le permite estar presente, el niño aumenta sus esfuerzos para probar los límites de su permisión.

EICHENBAUM Y DUNN sugieren que una parte significativa del miedo del niño es el miedo al abandono; TRIEGER manifiesta que "la presencia de los padres con todo el miedo y ansiedad que se intercambia, le dan al niño una subestructura de apoyo" que puede ser usada para disminuir la aprensión. El recomienda por lo tanto que la madre esté presente con el dentista. MC DERMOTT señala que los niños se pueden ajustar mejor a experiencias de presión "trayendo posesiones familiares al consultorio, como signo de su propia identidad y sus lazos con el hogar". Esta técnica para ganar seguridad es especialmente relevante con niños peque

ños donde el miedo de la separación de la madre es mayor.

FRANKL y Cooparticipes estudiaron 112 niños de 3 a 1 año y medio y observaron las reacciones de los niños al tratamiento dental, tanto con la presencia de la madre que actuaba como un observado pasivo durante el tratamiento, -- les aseguraba que el paciente fuera más manejable, especialmente si el niño era menor de 5 años, niños preescolares entre los 42 y 49 meses de edad aparentemente derivaban el mayor beneficio con la presencia de la madre. Se decidió que la madre que es adecuadamente instruida y motivada puede -- ser una ayuda valiosa para establecer el rapport entre el niño y el dentista.

MASSLER reconoce la relación íntima entre la madurez física, mental y emocional desde la infancia a través de la niñez "la decisión es si permitir o no a la madre en el consultorio, debe de estar basada en la observación de que es mejor para el niño?, y no en reglas rígidas y recomendaciones". Como una guía general sin embargo, él establece que -- la mamá es una ayuda en el manejo del niño menor de 4 años de edad o con un niño emocionalmente dependiente o inseguro. Si tanto la madre como el niño son dependientes y temerosos es mejor pedir a la madre que permanezca para que el dentista pueda proveer la seguridad, para el niño y como refuerzo para la madre con su presencia en el consultorio. Si

la madre es agresiva, trata de interferir con el tratamiento o dominar la visita, se recomienda que separe del niño. - Si el padre de un niño más grande está presente en el consultorio, debe de asumir el rol de observador pasivo. Comotál no debe conversar con el personal del dentista o con el niño, a menos que se le pida que participe; o debe expresar aceptación o simpatía por medio de sus expresiones faciales. Lo último puede llevar la desconfianza del niño hacia el -- dentista, así como a miedo de lo que en otra forma sería un procedimiento inocuo.

En conclusión se ha demostrado que la madre influye-- en el comportamiento del niño en relación de la situación-- del tratamiento dental, si los sentimientos de la madre no-- causan un efecto negativo en el comportamiento de su hijo,-- su presencia facilitará el tratamiento asumiendo por supues-- to, que el dentista se sienta cómodo con su presencia en el consultorio. FINN sugiere que una preparación inteligente -- hacia los padres en especial a la madre, antes de traer al niño al dentista por primera vez disminuirán grandemente -- las influencias externas que pueda recibir el niño.

En el transcurso de una práctica en la odontología -- infantil, un niño con fobia e intenso temor va a encontrar-- continuamente. En muchas ocasiones la premedicación no es -- suficiente para controlar esta forma miedosa de comportarse.

(Este caso nos demuestra una técnica alternativa para poder modificar este comportamiento del niño que va al tratamiento dental. Este reporte representa un acercamiento al tratamiento del niño. Dos miembros de la Psicología aciertan al también trabajando como un equipo para idear o inventar un tratado especial con técnicas para un niño fóbico; y en un caso particular tratar los miedos de la manía como los del niño concurrentemente).

"Ejemplo de un caso de desensibilización y movimiento simbiótico".

La paciente Lisa B. es la más joven de una familia - de 7 niños, poco después de su nacimiento una torsión de su intestino y alteración en huesos fue notada. A los 2 días - de edad una cirugía correctiva le fue hecha y tuvo que permanecer dos meses hospitalizada; cuando la dieron de alta, - Lisa empezó a sentir temor a lo relativo a consulta médica - a la cual tenía que asistir durante sus primeros 2 años y - medio de vida. Poco antes de los 6 meses de edad tuvo en 3 ocasiones, Neumonía.

Cuatro cirugías se llevaron a cabo y aproximadamente un tercio o 10 meses de los primeros dos años y medio de esta niña se tuvieron que pasar en el hospital. Ha sido 1 año y medio desde la última visita de Lisa al hospital, pero --

desde entonces ha estado acudiendo por principio de fiebre. Necesitaron aislarla y cuidarla. Con este tipo de historia, no es sorprendente ver el desarrollo de los comportamientos fóbicos a citas médicas y dentales.

En el verano de 1970 Lisa estuvo varios meses separada de su madre para abolir este comportamiento (fovia). Poco después los médicos notaron que ella necesitaba de cuidado dental (junto con destrucción extensa de los primeros molares).

Los Doctores TERDAL Y STERLING y la mamá de Lisa se juntaron para discutir el tratamiento y las alternativas -- que podrían haber. Desde la separación y el tratamiento, -- cualquier persona con una bata blanca ha sido un problema, -- se ha decidido que la desensibilización a través del modelismo y la formación pueden ser apropiados. Modelismo es -- un proceso de aprendizaje en el cual una persona aprende -- respuestas a través de la observación del modelo. La formación es un proceso que gradualmente se va desarrollando a -- un comportamiento con respuestas de una situación que provoca miedo.

Un procedimiento de incitación social o modelismo usado en el cual el miedo del paciente con fobia es reducido por la observación en el niño que está respondiendo, de-

una forma en la cual no presenta miedo en una situación que puede presentir. BANDURA, GAUSEC, MENLOVE, utilizan procedimientos de modelismo para reducir el miedo de un niño hacia un perro. Ultimamente, otra técnica para reducir el temor - la ansiedad, la cual puede ser a través de procedimientos - acondicionadores. En esta demostración Lisa observa un modelo de calma, que es necesario para hacer respuestas incompatibles con respuestas miedosas y participaren procedimientos dentales que sistemáticamente necesitan más tiempo y -- más tiempo y más dedicación.

Las observaciones de BASELINE fueron tomadas cuando un niño fue visto inicialmente en la escuela médica de la - Universidad de Oregon, centro de desarrollo y rehabilitación del niño. A Lisa la observaron en un cuarto pequeño de juego, a través de una ventana de observación; lloriqueos y patalos empezaban cuando Lisa era separada de su mamá y persistía hasta que su mamá regresaba. La niña fue citada a una clínica dental para una evaluación dental, profilaxis, y tratamiento de caries.

Hubo una vez sesiones de un período de 24 días antes del tratamiento actual, en este período de tiempo Lisa permaneció en el cuarto de observaciones de 6.7 min. a 22 min. durante 7 sesiones con un promedio incrementado de 2 min. - de una sesión a la siguiente.

El método de la observación era tiempo probado en -- que la última respuesta por ocurrir era en 10 seg. de inter-
valo. Las respuestas fueron de 2 tipos: Cooperativa o emo-
cional (lloriqueos o cualquier resistencia física). La mamá
de Lisa está muy ansiosa de los procedimientos dentales de
su hija y estaba forzando los temores de Lisa y un segundo-
objetivo era desensibilizar a su mamá.

La señora B. se sentaba con los psicólogos mientras
observaba el tratamiento a través de la ventana de observa-
ción. Los pocos temores de Lisa de una forma cooperativa --
fueron continuamente demostrados a su madre, por lo cual --
era forzada la madre para comentar sobre la cooperación de
Lisa. En la primera sesión, los dentistas (no usando bata -
blanca) le hablaron a Lisa, a su hermana, Allison, y a su -
madre por varios minutos en el cuarto de espera. La señora-
B. acompañó a las dos niñas al cuarto de exámenes y las de-
jó para observar el procedimiento desde el cuarto de obser-
vación.

Lisa miró a Allison como ella se sentaba en el si-
llón dental, mientras el dentista charlaba con ambas. Alli-
son no demostraba ningún temor conforme la evaluación den-
tal se llevaba a cabo. Lisa se sentó en el sillón dental --
por 2 min. mientras que el doctor conversaba con ambas. La
sesión terminada después de 6.7 min. y sin demostrar ningún

comportamiento emocional.

En la 2a. sesión, Lisa y Allison fueron separadas de su mamá en la sala de espera. Inmediatamente después entraron a la sala de examen, Allison fue invitada a sentarse en el sillón dental mientras Lisa miraba.

El dentista miró sus dientes, los limpió, introdujo el succionador en su boca.

Lisa fue invitada a sentarse en la silla dental después de que Allison se separó y el mismo procedimiento se repitió. Durante estas sesiones, el dentista fue muy amigable, continuamente forzando a las 2 niñas a su cooperación. Menos de 10 seg. de comportamiento emocional (lloriqueos) ocurrieron durante la 2a. sesión.

MODELANDO Y EL NIÑO PACIENTE TEMEROSO.

El miedo asociado con la odontología hace el examen y el tratamiento más difícil o imposible y puede tener consecuencias de larga duración, las experiencias dentales tempranas bien pueden influenciar actitudes posteriores.

Está asentada la gran importancia de la introducción de un niño al dentista. Mucho se ha escrito del tema. Las -

sugestiones incluyen uno o más de los siguientes puntos:

1. Un doctor paciente comprensivo y permisivo que es capaz de ocupar numerosas visitas con el niño hasta que el consultorio, equipo y varios procedimientos no sean nuevos y capaces de causar miedo al niño.

2. Una cita utilizada para decirle al niño lo que se va a hacer, demostrarle que se va a hacer, y luego llevarlo a cabo el tratamiento.

3. El uso de la medicación previa, de tal manera que el paciente llegue al consultorio en un estado más fácil de manejar.

Al buscar la técnica efectiva y práctica en el manejo del miedo del niño, tenemos que ir a la psicología, hasta la fecha los principios psicológicos se han empleado, -- principalmente, en un intento para atender el desarrollo emocional del niño. Algunas de las áreas que han sido discutidas en literatura son: patrones cambiantes de comportamiento, el desarrollo del lenguaje y la habilidad de aprender a diferentes edades. Sin embargo, poco trabajo se ha -- llevado a cabo por los dentistas para lograr la reducción -- de ansiedad en los niños.

Los estudios recientes en el campo de la psicología-clínica sobre "la modificación del comportamiento" nos dan técnicas que pueden ser útiles en la odontología. Además de las sugerencias antiguas respecto a las actividades gratas y la habituación gradual para eliminar los temores de los niños a algunos de los procedimientos recientes, incluyen-- el uso de la desensibilización sistemática, o sea, la presentación gradual del estímulo temido, mientras que la persona está relajada; las imágenes emotivas o sea, la presentación en imaginación de la situación temida, unida a una situación de modelado, o sea la observación de un niño no temeroso en el mismo tipo de situación. Es precisamente el último de estos procedimientos que se cree es el más útil para el manejo del niño aprehensivo.

Parte de la filosofía básica que fundamenta las técnicas de modelado es que la personalidad se desarrolla a través de aprendizaje social. Especialmente durante la niñez. Gran parte del desarrollo de aprendizaje que se lleva a cabo está basado en la imitación de otros. Observando un modelo, el niño es capaz de aprender patrones complejos de comportamiento, que de otra manera, requerirán llevarse a cabo muchas veces antes de ser aprendidas. El aprendizaje a través del modelado es particularmente efectivo cuando el observador está bien despierto, cuando el modelo tiene relativamente mas status y prestigio, o bien, cuando existen-

consecuencias positivas del comportamiento del modelado.

El modelado se ha probado efectivo para muchos usos. Dentro de estos se encuentran los cambios de comportamiento que se logran en el comportamiento cooperativo, desarrollo del lenguaje, juicios morales, reducción del temor. La aplicación más importante a la odontología parece ser la introducción del niño a un medio nuevo y en la reducción de la ansiedad.

CASO ESTUDIADO PARA LA DEMOSTRACION DEL USO DEL MODELADO.

Aun cuando la efectividad de los procedimientos de modelado en la influencia y modificación de comportamiento fueron reconocidos por el principal autor, la aplicación de modelina en el manejo de un niño aprensivo no fué implementada hasta que dos niños hicieron visitas simultáneas a la oficina para el examen. Los dos niños relacionados fueron A MY (4 años), PENNY (2 años 1/2) Amy era osada y amistosa, con una experiencia previa agradable con el dentista, aparentemente tenía poco miedo a las citas dentales. Penny nunca había estado con el dentista, era tímida e introvertida y obviamente preocupada por lo que sería el examen dental. Basados en experiencias previas un manejo problemático se anticipaba.

Se tomó la decisión de usar a Amuy como modelo y Penny se sentó en la parte de atrás del cuarto desde donde podía tener una buena visión del procedimiento del tratamiento. El examen clínico llevado a cabo con Amy incluyó el espejo dental y el explorador de examen visual, radiografías y examen con tela suave. Como esperábamos, Amuy estaba alegre y cooperadora durante todo el examen. Se le dijo que ya era tan cooperadora que iba a recibir un premio especial, un anillo que podría seleccionar del pequeño arpón de tesoros, al dejar la silla Amy se paró de puntas por un momento y luego brincó con ambos pies, así que aterrizó con un gran estruendo.

Amy dejó el cuarto y ahora el turno de Penny para -- ser examinada, aún cuando todavía resistente estaba, perfectamente dispuesta a subirse a la silla. Un procedimiento -- de examen idéntico se llevó a cabo con Penny. En contraste -- de lo que se hubiera esperado de una niña como Penny, no hubo ningún problema de manejo fué hasta que el examen terminó y que Penny recibió su recompensa que se manifestó cuantitativamente su comportamiento había sido influenciado por -- el modelo.

Penny realizó el mismo procedimiento al bajarse de -- la silla, pegando un brinco y haciendo el mismo chasquido.

Penny fue vista 6 meses después para una cita consis

tente en profilaxis unida a aplicación de fluor. Ella estuvo extremadamente cooperativa, es interesante notar que en esta posterior fecha se bajó de la silla exactamente en la misma forma.

Al analizar los diferentes componentes de esta situación, vemos que no solo fué la observadora en un alto estado de desenvolvimiento, (preocupada y aprensiva), sino que el modelo representaba a alguien con un alto status (un poco mayor, gregarina y socialmente confortable), y que las consecuencias fueron positivas a continuación del comportamiento (un anillo fué la recompensa del modelo).

DISCUSION Y CONCLUSIONES.

Como resultado de investigaciones previas a los casos de estudio aparece que el mayor valor de modelar sería para el practicante general, para introducir a los niños -- en sus prácticas. El niño ansioso y temeroso es menos susceptible a esas técnicas que han sido usados para disminuir -- miedos y para establecer confianza. El procedimiento de modelado constituye un acercamiento que requiere un mínimo de tiempo profesional y puede volverse parte de la rutina del consultorio dental.

El uso de técnicas de modelado deben ser particular-

mente efectivos en la clínica.

El dentista también actúa como modelo, y su comportamiento tendrá un gran efecto en el comportamiento de su paciente. El doctor que es calmado, relajado, que tiene confianza y es positivo, generalmente produce reacciones similares en su paciente. Por el otro lado, el dentista que está alterado ansioso y nervioso, exacervará el nerviosismo y ansiedad en su paciente.

CAPITULO III

MEDIO AMBIENTE DEL CONSULTORIO DENTAL.

- a) EL DENTISTA.
- b) LA ASISTENTE.

Es por demás sabido que los niños siempre están ávidos de movimientos y llenos de energía; un juguete sencillo puede servir de calmante, pues ofrece posibilidades de actividad. Aprovechando los minutos que tienen que esperar en la sala para jugar.

Ya que el niño llega al consultorio con temor, el primer objetivo del dentista debe ser el de procurar que el paciente infantil esté cómodo y que comprenda que su visita al consultorio no será una sorpresa desagradable. Un método eficaz para conducir el sentimiento del niño es el de hacerlo esperar en una sala que en muchos aspectos se asemeje al ambiente del hogar, que sea cómodo, pensando que los niños, la

suelen frecuentar, y por lo tanto no los extrañe y sus temores en gran parte desaparecerán.

Si no se dispone de una sala especial en su totalidad para los niños, entonces se puede acondicionar un lugar aparte en la sala con una buena distribución de los muebles, así como la forma y material de que estén hechos. Esto ayuda a establecer una separación de una sala para adultos y para niños que permite, en todo caso, mantener en orden la sala de espera.

La sala para los niños debe poseer sillas y mesas como para ellos, donde puedan sentarse y distraerse teniendo revistas para todas las edades y escogidas para uno y otro sexo, al igual que unas lámparas atrayentes que en la actualidad se destinan para los niños.

También, si fuese necesario, poner música elegida para sus edades; y es así como el encara el juego, la distracción con seriedad, porque allí su personalidad se mueve a gusto, no depende de ninguna autoridad que lo aventaje, porque el niño pone en el juego toda su vida, y el error de los padres u otras personas es creer que los niños pierden el tiempo jugando, y es aquí, en los juegos, donde aparece desde temprana edad las inclinaciones reveladoras del porvenir al que están llamados.

Pensamos que el juego o distracción de un niño es su trabajo, por el interés que pone en sus actividades es el niño que a través de sus juegos manifiesta siempre una voluntad y autonomía y una libre conducta que le libre de temores.

Así pues el cuadro o aspecto del consultorio dental es de capital importancia; así como sus alrededores y sus anexos agradables. La reacción del niño es en sumo grado notable, podemos tener también fuentes para beber con losetas de colores representando animales que se cepillan los dientes; piscinas, bonitos asientos, así se convierte al niño de animal asustadizo, en un animoso propicio y optimista pequeño paciente, que tiene interés por el profesional y en lo que éste va a realizar con él.

a) EL DENTISTA.

Hay que tener presentes que el dentista que desea tratar a pacientes infantiles debe, además de poseer conocimientos de psicología infantil, también determinar si es o no su verdadera vocación para tratar con ellos; porque el niño --- siempre considera una agresión el tratarle la boca y si no se le dan explicaciones anteriores, la considera aún mas agresión.

Nuestras actitudes y nuestra forma de ser serán un factor importante para llegar a conocer a los niños, porque

si el odontólogo los manejara incorrectamente, las probabilidades de obtener el éxito se verán disminuidas.

Al acercarse por primera vez a un niño, preguntarle su nombre y llamarlo tal como es; y la conversación que debe estar dirigida a él. En la historia clínica hacer que responda algunas preguntas que el pueda contestar; nuestro modo de ser el usado habitualmente, ser sincero y cortés y mostrar un aire de confianza en sí mismo. El control de la voz por parte del dentista, es un factor importante en el manejo del niño, el tono y el énfasis empleados al hablarle, producen reacciones favorables o desfavorables, tener una habilidad para el tratamiento dental en un tiempo razonable a fin de no agotar la paciencia del niño.

Ser cauto, tanto en la persona como en el consultorio. La vista de instrumentos, manos, batas o toallas manchadas de sangre, no son favorables para los niños ni para los adultos.

No ser entusiasta ni agobiante en exceso, estrechar su mano con suavidad y acercarse al niño con confianza, ya que es seguro que un poco de este sentimiento se transmitirá a él, reflejándose en el comportamiento. Es importante la hora del día y la duración de la cita, si es mas de media hora, los niños se inquietan y no hay una cooperación satisfacto--

ría; después de las clases no es el momento para tratar a -- los niños porque tienen deseos de distraerse.

b) LA ASISTENTE.

Es siempre importante que al niño le inspiren confianza en el consultorio; como la encargada de la recepción sea una higienista o asistente, pero en general la asistente es la que se encarga y, por lo consiguiente, debe tener entusiasmo, ser competente, amable, ya que es una persona indispensable en todo consultorio dental para niños.

Ella es quien regularmente recibe primero al niño y a la persona que lo acompaña; y las personas forman en la sala de recepción, su primera impresión, en el consultorio y en el dentista.

Ella es quien fija la próxima cita y la última persona que ve a los padres y al niño cuando dejan el consultorio. Y siempre será recordada satisfactoriamente cuando actuó con cierta amabilidad.

C A P I T U L O IV.

PRIMERA VISITA.

Todos los dentistas que tratan a los niños, ocasionalmente se encuentran ante un niño temeroso en su primera consulta con el dentista. Considerando la aparición del equipo dental, además de una nueva experiencia, no es de sorprenderse que el niño esté aprensivo, además no es extraño que el miedo del niño sea exagerado, debido a lo que le han platicado sus padres y hermanos, y por el propio miedo de los padres.

Es de gran importancia para un odontopediatra examinar a conciencia, diagnosticar ponderadamente y trazar un plan de tratamiento adecuado, (se logra el mejor servicio dental para niños). La manera en que el examen se lleve a cabo durante la primera visita del niño al consultorio dental, dará el tono de la relación que va a tener el dentista con el niño con los padres.

Si el acercamiento es cordial y amistoso por parte del dentista, rápidamente se hará amigo del paciente infantil y los padres se integrarán de sobremanera. La totalidad del examen rutinario deberá llevarse a cabo con movimientos lentos y fluidos, utilizando un mínimo de instrumentos para evitar alarmar al niño. Las preguntas del odontólogo y sus afirmaciones deberán adoptar la forma de conversación normal. De esta manera se ahorra tiempo y se prepara adecuadamente al niño y a los padres para seguir su cuidado dental. Una vez que el odontólogo asegura la cooperación amistosa y fácil, continuará por etapas el examen.

EQUIPO PARA DIAGNOSTICO.

El niño deberá estar sentado comodamente, en una silla dental diseñada para niños o en una silla para adultos, ajustada adecuadamente a su tamaño. Además del foco dental, y la jeringa de aire, únicamente se necesita un espejo de frente y un explorador de ángulo recto. Sólo estos instrumentos tendrán que estar en evidencia al comenzar el examen. Si el niño es curioso deberá explicarsele el nombre de cada instrumento.

HISTORIAL DEL PACIENTE.

El historial de un paciente de odontopediatría puede

dividirse en: estadísticas vitales, historia de los padres, historia prenatal y natal, e historia posnatal y de lactancia.

Las estadísticas vitales.- Son esenciales para el registro del consultorio. De esta información el odontólogo - obtiene una visión del nivel social de la familia. El médico del niño debe ser anotado para poder consultárséle en algún caso de urgencia futura, o para obtener información médica adicional cuando se necesite. Se registra la queja principal con las palabras de la madre o del niño. Esto puede ser un problema agudo o solo un deseo de atención rutinaria.

La historia de los padres.- Proporciona alguna indicación del desarrollo hereditario del paciente. Esta diseña da también para informar al dentista sobre el valor que los padres conceden a sus propios dientes, puesto que la actitud de los padres hacia la odontología puede reflejarse en el miedo del niño y en los deseos de los padres, con relación a los servicios dentales.

Las historias prenatal y natal a menudo proporcionan indicaciones sobre el origen del color, forma y estructura anormal de piezas caducas y permanentes. El odontopediatra observa los efectos de las drogas y trastornos metabólicos-

que ocurrieron durante las etapas formativas de las piezas.

El historial posnatal y de lactancia revisa los sistemas vitales del paciente. También registra información, - tal como tratamientos preventivos previos de caries dentales, trastornos del desarrollo con importancia dental, alergias, costumbres nerviosas y el comportamiento del niño y su actitud en relación con el medio.

La duración y enfoque de la historia dependen de las circunstancias que rodean a cada caso. En situaciones de urgencia, la historia se limita generalmente a puntos esenciales en relación con la lesión que se trata en el momento o del mal que aqueje al niño actualmente, y también a la presencia o ausencia de enfermedades generales que tengan importancia en el tratamiento inmediato. En la mayoría de los casos, puede ser de gran valor un cuestionario para historial que administra personalmente a cada paciente. En una situación ideal, los padres pueden completar este cuestionario en la sala de espera durante la primera visita.

El odontopediatra sólo necesita mirar por encima del cuestionario completado para detectar hallazgos de importancia. Se pueden elaborar respuestas afirmativas interrogando a los padres y al paciente sobre el punto que se desee aclarar. Se hacen anotaciones especiales con esta información -

adicional en el registro del paciente.

EXAMEN CLINICO.

Se hace el examen clínico del niño con una secuencia lógica y ordenada de observaciones y de procedimientos de examen, y de manera sonriente y amable. En la mayoría de los casos, un enfoque sistemático producirá mucha más información sobre alguna enfermedad no detectada y los procesos de ésta, que un método de examen desordenado.

En casos de urgencia, el examen dará énfasis al lugar de la queja y enumerará las ayudas para el diagnóstico (por ejemplo radiografías) que sean necesarias para llegar a un diagnóstico inmediato. En exámenes de este tipo no hay procedimientos rutinarios o modelos fijos; las circunstancias del momento y la cooperación del niño determinan el curso de acción a seguir. Sin embargo, deberá efectuarse un examen completo después de que se alivie la afección de urgencia.

Se debe tomar en cuenta lo siguiente:

ESTATURA.

Se hace una perspectiva general rápidamente, cuando-

el niño entra en la sala de recepción o en la sala de operaciones. La comprensión de la estatura requiere conocimientos prácticos de crecimientos lineales. Esto incluye las características de crecimiento en los varios períodos de edades, y efectos de herencia, medio, nutrición, enfermedad, anomalías del desarrollo y secreciones endócrinas.

ANDAR.

Cuando el niño entra en el consultorio dental, el odontólogo o la persona que lo examine puede apreciar rápidamente su andar, y ver si este es normal o afectado. Probablemente, el andar anormal más común es el de un niño enfermo que camina con inseguridad debido a su debilidad.

LENGUAJE.

Algunas causas de retraso del lenguaje son las siguientes: pérdida de la audición, retraso intelectual, retraso de desarrollo general, enfermedades graves prolongadas, defectos sensoriales, falta de motivación y estimulación inadecuada del medio. Los niños demasiado dependientes de sus padres, y los que padecen una lesión neurológica también pueden ser muy lentos en el lenguaje. El tartamudeo puede ser efecto de aprensión excesiva, es más común en los niños que en las niñas. La tensión psicológica juega un papel

importante en el desarrollo y la persistencia de este problema.

Es importante para el dentista detectar estas afecciones, con el objeto de estar en condiciones de establecer comunicación con el niño.

EXAMEN DE LA CAVIDAD BUCAL.

La cavidad bucal es la meta del examen para diagnóstico. La apreciación general y diagnósticos sistemáticos de la cabeza y el cuello sirven de introducción a la cavidad bucal del niño. El odontólogo deberá evitar cualquier tendencia a enfocar su atención directamente en las piezas dentales, descuidando así otras áreas. Al concentrar sus esfuerzos en examinar los tejidos blandos de la boca y de la faringe bucal primero, el dentista protegerá su reputación de diagnosticador cuidadoso. Una buena regla es: "El odontólogo que realiza un buen diagnóstico cuenta las cavidades en último lugar, no primero".

SALIVA.

Los procedimientos de examen dentro de la cavidad bucal, generalmente estimulan salivación profusa en los niños. La calidad de la saliva puede ser muy delgada, normal o ex-

tremadamente viscosa. Parotiditis epidémica o paperas, se caracterizan por una inflamación muy sensible y algo dolorosa, unilateral o bilateral, de las glándulas salivales. Una secreción excesiva o purulenta del conducto de Stensen puede indicar otros trastornos de la glándula parótida. Las glándulas salivales sublinguales y submaxilares también pueden volverse hipersensibles, hinchadas y pueden tener secreciones alteradas cuando existen infecciones generales.

TRATAMIENTO SISTEMÁTICO.

Frecuentemente, es necesario premedicar a niños aprensivos, espásmicos o con problemas cariacos. Esta premedicación deberá hacerse solo después de consultar con el médico del niño.

TRATAMIENTO PREPARATORIO.

Después de que se establecen el estado médico y el régimen de premedicación del niño, deberán limpiarse sus dientes a fondo. Esto da al odontólogo espléndida oportunidad de enseñarle a cepillarse los dientes y otros elementos de cuidados básicos en casa. También se puede aprender mucho sobre el temperamento del paciente, su aprensión y su salud bucal durante la instrucción de cuidados caseros y profilaxia bucal. El tratamiento de afecciones inflamato---

rias agudas, tales como abscesos alveolares, úlceras traumáticas, gingivoestomatitis herpética y algún caso de gingivitis necrosante puede generalmente posponerse, esperando resultados favorables de drogas o tratamiento quirúrgico.

REVISION DE UN PLAN DE TRATAMIENTO.

Una vez que se aprueba el plan de tratamiento, cualquier revisión o alteración que sea necesaria, deberá ser explicada a los padres y anotada en los registros del niño.

EXAMEN Y DIAGNOSTICO.

Cuando se lleva a un niño al dentista para que sea examinado, éste debe hacer a los padres ciertas preguntas indispensables. Durante este período introductorio, el dentista hace también observaciones mentales y visuales. A fin de que el alcance de esas observaciones sea lo más completo posible. A continuación nos permitimos sugerir una secuencia general que ayudará al profesionista a establecer el diagnóstico.

En una tarjeta de registro, el dentista deberá anotar las siguientes observaciones, tomando en cuenta lo anterior se sugieren los siguientes datos, como necesarios para la historia clínica:

1. Nombre, domicilio, número de teléfono, nombre de la persona que recomendó al niño, donde trabaja el padre.

2. Edad y sexo. Esto tiene gran importancia para determinar el estado particular de crecimiento y desarrollo, de la erupción y caída de los dientes, así como la relación de otras funciones fisiológicas del organismo.

3. Aspecto general:

- a) Tipo racial y nacionalidad.
- b) Control facial.
- c) Color del cabello, condiciones de la piel y de los ojos.
- d) Condición de la ropa e higiene general.
- e) Crecimiento general y desarrollo: lento, rápido, normal, subnormal.
- f) Estatura y peso.
- g) Condición de la vista.
- h) Defectos del habla.
- i) Oído.
- j) Reacciones mentales: nervioso, tranquilo, dueño de sí mismo.

4. Comportamiento general y relación de padre a hijo:

- a) Relaciones hogareñas y familiares.
- b) Disciplinado, obediente, dócil: paciente deseable.
- c) Desobediente, indócil: paciente indeseable.
- d) Niño con tendencia a las rabietas: paciente imposible de tratar.

5. Condiciones patológicas generales o enfermedades orgánicas de tipo general.

- a) Corazón reumático.
- b) Alergias.
- c) Diabetes.
- d) Asma.

6. Motivo principal de la visita: La visita, naturalmente obedece a una afección dental del paciente, pero, por lo general, existe una razón concreta para ella.

- a) Las cavidades pueden encontrarse en los dientes ca-

cos o en los permanentes, y pueden ser del tipo de agujeros o de hendidura, del tipo interproximal o mixto.

- b) Cavidades abiertas sin exposición de la pulpa, ya sean grandes o pequeñas.
- c) Las cavidades con exposición de la pulpa están acompañadas, generalmente de dolor.
- d) Las cavidades que afectan a la pulpa pueden ser agudas - por presión de los gases o - crónicas por pulpa podrida, - o pueden existir diversos -- grados de ambas condiciones.
- e) Los dientes pueden estar levantados y flojos. Con las - encías hinchadas y complicaciones periapicales.
- f) Dolor de origen indefinido; - este tipo resulta con frecuencia difícil de diagnosticar - y puede requerir un periodo de espera hasta que la afección revele una fuente o causa definida.

- g) Irritación aguda o crónica-- de la encía o del alveolo; - flemones o sinusitis.
- h) Pruebas de vitalidad; reac-- ciones a la electricidad, al calor o al frío, etc. Estas pruebas se emplean más fre-- cuentemente en los dientes - permanentes.

7. Alivio temporal:

a) Puede empaquetarse un tapón- de algodón saturado con resina carbonizada de Fletcher en - una cavidad expuesta o abierta para aliviar el dolor. Nunca debe faltar la resina carbólicada en el gabinete de un den- tista que se dedique a atender a los niños. Es un calmante- casi universal del dolor, excepto en los casos debidos a la formación de gases y a infecciones periapicales.

b) Se necesita formocresol o -- formocreonota al 20% para neutralizar la formación de los - gases en las pulpas podridas.

8. Radiografías.- Se usan todos los tipos de pelícu- las, incluyendo las que se emplean para los estudios del in

dice carpal en el crecimiento y desarrollo.

9. Extracciones necesarias.- Creemos que a los niños pequeños debe aplicárseles la anestesia general por un especialista en extracciones. Dicha anestesia puede ser el óxido nítrico, el cloruro etílico u otro agente cualquiera.

10. Mantenimiento del espacio.- Después de las extracciones que se hagan a un niño, debe colocarse un mantenedor de espacio para evitar maloclusión.

11. Higiene general de la boca:

a) Aseo: ¿Se lava el niño los dientes con un cepillo del tipo y tamaño adecuados? Investigue cuales son los hábitos de aseo dental en el hogar del niño.

b) Falta de aseo y sus grados.

c) Color del esmalte.

d) Condición de las encías.

e) Afecciones que se advierten: Gingivitis, infección de Vincent, afecciones congénitas (paladar hendido), hipoplasia del esmalte, fluorosis, otras afecciones patológicas (flemones, úlceras, etc.).

12. Accidentes.- Muchos niños sufren caídas o reci--

ciben un golpe en los dientes anteriores, por lo que tienen dientes y encías fracturados y lastimados que requieren de inmediato tratamiento de emergencia. En los casos de accidentes graves que hayan producido heridas de grandes dimensiones, será necesario enviar al paciente a un cirujano dental o a un médico competente.

13. Maloclusión.- Con frecuencia es necesario hacer modelos de estudio a fin de llegar a una decisión. La colaboración de un ortodoncista puede ayudar en mucho al dentista general para reconocer la oclusión normal y la maloclusión en el niño en crecimiento.

14. Dientes sin brotar, faltantes y supernumerarios.

15. Dientes impactados, mal colocados y errantes.

16. Hábitos viciosos: respirar con la boca, morderse los labios.

17. Nutrición: El tema de la nutrición es tan importante, que el dentista deberá conocerlo a fondo.

18. Modelos, fotografías y otros registros. Los modelos descriptivos de las condiciones normales y anormales, así como las radiografías y fotografías, son de gran ayuda para el dentista al explicar y educar a sus pacientes. Debe continuar registrando sus casos, y su interés aumentará con el transcurso de los años.

Los efectos de 5 métodos preparatorios acerca de la conducta de un niño durante la primera visita dental.

Estudios recientes han centrado su atención en variables, que pueden influir en la conducta del niño en el consultorio. El resultado para tales estudios fue, que si se podrían identificar las causas de la conducta del niño, algún tipo de preparación se podía llevar a cabo manejando variables. Algunas de las variables pueden ser detectadas en la historia clínica, tales como: ansiedad materna, presencia de la mamá en el consultorio, duración de la cita, lugar en la familia, edad, si ha sido tratado anteriormente, calidad y cantidad de consultas, la clase socioeconómica, raza y sexo.

ADELSON, et al, usaron una película para reducir el miedo en los niños en el tratamiento dental. MACHEN Y JOHNSON hicieron pruebas para efectos posibles de desensibilización y el aprendizaje modelo en la conducta de niños pequeños en 3 citas consecutivas y comparar a estos niños con un grupo de control. KOHLENBERG, et al, al utilizar técnicas de modificación de la conducta con enfermos mentales de una institución para producir una conducta aceptable en el sillón dental, es decir, sentarse en el sillón hacia atrás, poniendo atención al dentista, abriendo la boca y manteniéndola abierta, aún después de introducir el instrumento den--

tal en la boca.

Parece que la primera cita de un niño al dentista es un evento significativo. Si la primera cita le ofrece una presentación agradable a la odontología, se puede establecer una base para crear una buena relación entre el dentista y el paciente. Por otro lado, una primera experiencia desagradable puede obstaculizar tal relación. El estudio descrito aquí fue diseñado para comparar los efectos de diferentes maneras de trato en la primera visita del niño. Los datos de investigación, modificación de la conducta, modelo simbólico, son descritos a continuación.

DESENSIBILIZACION.

Las propiedades terapéuticas de la desensibilización directa fueron demostradas por primera vez por JANES. Este eliminó las reacciones de temor en los niños pequeños, acoplando un objeto con temor "conejo" con un objeto placentero "comer". JANES encontró que las respuestas neuróticas -- pueden ser eliminadas por evocaciones simultáneas o repetidas de respuesta de mayor incompatibilidad.

MODIFICACION DE LA CONDUCTA.

La acepción básica que subraya la modificación de --

conducta es que el comportamiento se aprende y que los principios del aprendizaje pueden ser aplicables al cambio de conducta.

PETTERSON uso los métodos de modificación de conducta en cambiar exitosamente la fobia a la escuela en un niño de primer grado. Un sistema de reforzamiento fue establecido dando al niño los refuerzos apropiados a la respuesta de conducta adecuada, de acuerdo a los diferentes procedimientos introducidos.

Un requerimiento esencial en los métodos de modificación de conducta es el uso de un criterio operacional para señalar el comportamiento específico que debe ser modificado, comportamiento que es observable medible y reproducible. Tal definición de comportamiento permite que solo los comportamientos observables empíricamente, son sujetos a modificación y no los teóricamente ~~construidos~~ como son "ansiedad y temor" y los estados de ánimo del individuo.

MODELANDO EL SIMBOLO SUSTITUTIVO.

Siguiendo las demostraciones de un modelo, el alumno gradualmente reproduce más o menos el patrón completo de la respuesta, aún cuando no haya realizado una respuesta abierta.

BANDURA et al, presentaron un modelo actuando como - sustituto para el observador, en el estudio después de que un modelo de niño valiente jugó con un perro sin consecuencias adversas, los niños temerosos de la guardería, tuvieron menos miedo. En un segundo estudio, BANDURA Y MENLOVE - examinaron el factor determinante de la extinción sustituta para eludir el comportamiento a través de un modelo simbólico (filmado). Se corroboró como resultado mucho más favorable el del primer estudio con un modelo en vivo.

Los efectos del desenvolvimiento en el acondicionamiento de sustitución fué investigado por BANDURA Y ROSENTHAL. Los resultados de sus estudios sugieren que el acondicionamiento de sustitución esta positivamente relacionado con el grado de tensión psicológica.

Las investigaciones y literatura teórica en el área de desensibilización, modificación de conducta y modelo de sustitución simbólica, sugiere que cada uno de los tres métodos de tratamiento es de considerable utilidad en el cambio de conducta de los niños.

La desensibilización ha demostrado ser particularmente aplicable a niños expuestos a situaciones de temor, mientras que las técnicas de modificación de conducta ofrecen la posibilidad de enfocar sobre un punto específico de compor-

tamiento y proveen el refuerzo necesario para la modificación de estas conductas. El modelo de sustitución simbólica está sostenido por la extensa literatura que ilustra los poderosos efectos inherentes al comportamiento en aprendizaje de observación.

Cada uno de los métodos de estos tres tratamientos pueden ser adaptados al consultorio dental y ofrecer un modo práctico para los dentistas de como lograr un comportamiento cooperador por parte de los niños durante su primera visita al dentista.

ESTUDIO DE LOS METODOS CITADOS.

73 niños con experiencia dental previa fueron los sujetos para este estudio. Había 42 niñas y 31 niños que iban de los 27 a los 154 meses de edad y consistían en 50 blancos y 23 negros.

Las cifras se programaron para que sólo un niño y su madre estuvieran en la clínica durante el estudio.

Sólo una cita se utilizó para cada sujeto. Esta cita tenía dos partes: en la primera parte, el sujeto era expuesto a control preparatorio o método de tratamiento usado para modelar el comportamiento preciso (comportamiento coope-

perador). En la segunda parte la cantidad de objetivos de comportamiento fue grabada durante los diferentes estados del tratamiento dental.

Cuartos cerrados y separados fueron preparados en la clínica para cada fase del estudio, lo cual facilitaba el control de las condiciones. En el primer intento para controlar variables extrañas, los siguientes procedimientos estandarizados eran usados por todo el personal. Se llevaron a cabo sesiones de entrenamiento previas al inicio del estudio para estandarizar las instrucciones y procedimientos y frases estandarizadas para todos los sujetos dentro de cada grupo. Mientras se llevara a cabo, los mismos seis procedimientos dentales para cada sujeto, el dentista usaba ciertas frases, con regularidad y seguidas de guías uniformes. Ya que el sujeto variaba en su conducta, frases escritas no fueron posibles en todos los casos.

Un tiempo de 13 minutos fue dispuesto para todos, en el método preparatorio. Un standar de 5 minutos en la sala de espera, seguidos directamente de los 13 minutos de período preparatorio, eran requeridos antes de que el niño entrara al consultorio.

El diseño posterior del estudio de investigación -- fué el de "un examen posterior al único grupo de control"-

sugerido por CAMPBELL STANLEY. Los sujetos fueron asignados indistintamente a cinco grupos, fueron expuestos a los tratamientos respectivos y fueron medidos los cambios de control. El diseño de post examen para el único grupo de control" facilitaban el control de las fuerzas de variabilidad interna.

1. El tratamiento de desensibilización consistía en exponer gradualmente al sujeto a la variedad del equipo dental y sus procedimientos, arreglados de menor a mayor tensión, en una atmósfera de relajación sin ningún reforzamiento especial.

2. El tratamiento de modificación de conducta consistía en reforzamientos sociales de comportamiento cooperativo, previamente definidos por el criterio operacional. Con el uso de reforzamiento social aplicado consistente y contingentemente los comportamientos no cooperadores eran ignorados.

3. El tratamiento de modelo simbólico, consistió en mostrar al sujeto un video tape de doce minutos donde modelos no temerosos se sometían a los cinco procedimientos que posteriormente serían aplicados al sujeto en el consultorio.

4. Los sujetos seleccionados al azar para el grupo control pasaban el tiempo del tratamiento en la sala de conferencias en una plática que no tenía que ver con lo dental.

Los sujetos del grupo control permanecieron en la sala de espera y no fueron expuestos al equipo o procedimientos dentales, o a nadie del personal dental hasta que entraron directamente al consultorio para el examen inicial por el dentista.

Al personal se le pidió permanecer detrás de la puerta cerrada en el laboratorio desde el momento en que el sujeto se registraba hasta que el tratamiento estuviera completo.

Al momento de completar la fase preparatoria, el sujeto regresaba a la sala de espera, después se le pedía que acompañara a la asistente dental al consultorio. La respuesta de los sujetos hacia la separación paterna era medida. El intervalo de tiempo desde que se le pedía que entrara hasta que estaba sentado era registrado.

Después de que el sujeto entraba al consultorio y se sentaba en la silla dental, el dentista le aplicaba los siguientes cinco procedimientos dentales estandarizados de acuerdo al orden en que se numeran:

1. Movimiento de silla; con el sujeto sentado en la silla dental, la silla era movida por treinta segundos en cuatro posiciones: Arriba, abajo, arriba y atrás.

2. Examen oral, intra oral y extra oral; los dientes eran contados con el espejo y el explorador y anotadas sus condiciones.

3. Profilaxis, los dientes eran limpiados con pasta y dique.

4. Aplicación tópica de fluor; los dientes serán -- aislados, secados y restregados con un líquido acidulce de la solución de fluor.

5. Rayos X, el último procedimiento dental que se llevaría a cabo era tomar tres radiografías, pidiendo mover la cabeza al paciente.

Una vez terminada la entrevista, se baja al niño de la silla y se le permite escoger un premio del arcón de -- los tesoros y acompañar al dentista a la sala de espera para encontrarse con sus padres. La primera respuesta del niño al encontrarse con su madre era grabada.

La asistente dental entrevistaba a los padres para-

determinar el estatus socio-económico de la familia y las reacciones del sujeto en anteriores tratamientos médicos.

El principal instrumento de recolección de datos -- fue una hoja de frecuencia donde se registraba la ocurrencia de comportamientos específicos en cada 10 segundos de intervalo.

Seis tipos de respuesta fueron definidos operativamente y usados como el criterio para determinar la presencia de comportamientos cooperativos y no cooperativos. El comportamiento no cooperativo era definido si ocurría una o más de los seis tipos de respuesta de comportamiento. Comportamiento cooperativo era definido recíprocamente con la ausencia de este mismo tipo de comportamiento.

Los seis tipos de procedimientos dentales: la entrada, el movimiento de la silla, examen oral, profilaxis, aplicación de fluor y rayos X. Cada procedimiento requería un diferente tiempo de excepción del movimiento de la silla que estaba fijado en 30 segundos.

RESULTADOS.

La principal hipótesis de este estudio manifiesta - que existen significativas diferencias entre los 5 métodos

preparatorios en relación con los cambios de conducta de los niños durante su primera visita al dentista, presenta la frecuencia de ocurrencia de comportamiento no cooperativo para cada grupo de tratamiento de cada uno de los procedimientos dentales. La principal escala indica que el procedimiento de entrada y el procedimiento de rayos X tiene las más altas escalas de comportamiento no cooperativo en los 5 grupos preparatorios y el tratamiento de profilaxis tiene la tasa más baja de la escala de comportamiento no cooperativo durante el procedimiento de entrada en cada grupo -- grupo mostró que el grupo de control era más del doble que lo del grupo de desensibilización placebo.

Además la principal escala para el grupo de desensibilización y el grupo de modificación de conducta era igual, mientras que la escala para el grupo de modelo simbólico era segundo a lo del grupo de desensibilización.

El resultado indica que el grupo de control tuvo el más alto nivel de comportamiento no cooperativo de los cinco grupos. El grupo de modificación de conducta fue el segundo, el de desensibilización marcó tercero, mientras que el modelo simbólico fue cuarto en relación al más alto comportamiento no cooperativo. El análisis estadístico, sin embargo, no reveló diferencias significativas.

El tiempo requerido por cada sujeto para completar cada uno de los cinco procedimientos puede ser parcialmente el resultado de la cantidad de comportamiento no cooperativo, como evidencia de la ejecución de los procedimientos por el sujeto. Por lo tanto se puede llegar a la conclusión de que a mayor cantidad de comportamiento no cooperativo manifestado por el sujeto, "mayor cantidad de tiempo requerido para completar los procedimientos. El procedimiento de movimiento de silla fue omitido del criterio tiempo, ya que se utilizó un tiempo estandar de 30 segundos.

Por lo tanto, sólo cinco procedimientos se utilizaron en esta fase de estudio.

El grupo control requirió de un mayor tiempo para completar los cinco procedimientos comparado con los cuatro grupos. El grupo que requirió menos cantidad de tiempo fue el grupo de placebo, mientras que el grupo modelo simbólico, el grupo de desensibilización y el grupo de modificación de conducta están intermedios.

El análisis de las variables no revela estadísticamente diferencias significantes entre estos medios.

DISCUSION.

Tal vez uno de los descubrimientos más interesantes de este estudio fue la ausencia de efectos significativos en la escala de ocurrencia de conductas no cooperativas. En varios estudios previos, los métodos de desensibilización, modificación de conducta y modelo simbólico, probaron tener efectos significativos entre los grupos preparatorios comparados con el grupo de control.

A pesar de la ausencia de efectos significativos, hubieron varios resultados interesantes.

En relación a la escala de conducta no cooperativa, el grupo placebo manifestó la escala más baja y el grupo control la más alta.

Aún cuando la diferencia no fue significativa puede sugerir posibles vías para próximos estudios, así como para metodología del propio tratamiento. Si los métodos preparatorios del grupo placebo son reproducidos hasta un nivel aceptable de aceptación en algún otro estudio, las implicaciones de esa investigación serían interesantes. No solo se necesitará menos al utilizar métodos más complicados como la desensibilización modificación de conducta o modelo simbólico para preparar a los niños para aceptar el

tratamiento dental, sino que traería los beneficios prácticos para el dentista de ahorrar tiempo, equipo y dinero.

La teoría del procedimiento preparatorio del placebo que envuelve estrictamente un medio ambiente no amenazante, puede dar la pauta tentativamente de su posible efectividad. Es posible que los tres métodos de tratamiento, desensibilización, modificación de conducta y modelo simbólico, pueden tender a sensibilizar al sujeto al equipo y -- los procedimientos dentales más que a desensibilizarlos. -- Los niños que llegan al consultorio dental por primera vez a menudo temerosos de lo que les puede pasar. Si un niño temeroso es introducido de inmediato a procedimientos temibles, su miedo inicial puede aumentar más tarde y generalizarse para incluir el equipo de operaciones y sus procedimientos. Sin embargo si un niño temeroso es inmediatamente introducido a una situación no amenazante (placebo), donde la persona médica es amigable y ningún procedimiento dental es introducido, su miedo inicial puede reducirse y generalizarse a una actitud positiva en la sala de operaciones.

Por supuesto, tales especulaciones esperan la respuesta en estudios controlados de comportamiento en el ambiente dental. Parecería que los resultados de la sensibilización dependen grandemente de la persona a cargo de los procedimientos preparatorios para establecer y mantener un buen rapport con el paciente.

miento y basándose en un estudio científico.

La mayoría de los practicantes concuerdan que el niño debe hacerse sentir importante en la primera visita y - excluyendo emergencias solo los procedimientos no-amenazadores intentados.

Gilster, Brauer, Mc Donald, Way y Olsen consideran la primera visita como una mutua sesión de evaluación.

Una higienista dental, por naturaleza de su preparación puede ser un gran valor al dentista, el cual trata -- niños.... Ella puede entrevistar al padre, recordando su - historia preliminar, introduciendo al niño al armamento -- dental. Llevándose a cabo un examen bucal inicial, profilaxis oral, radiografías en toda la boca. La higienista tal vez juegue un importante papel en el manejo primario del - niño porque ella es mujer. Mc Donald nota que "una enfermera sensitiva" como asistente dental puede infundir o transmitir ansiedad sustituyendo su apoyo y confort por la tensión y aprensión de la madre en la sala de espera.

Jean Arsenian investigó la eficacia de seguridad e inseguridad en el comportamiento de niños de edades de 1, - 1 1/2 y 2 años que fueron divididos en dos grupos, un grupo solos y otro con sus madres. Arsenian observó las reac-

ciones de estos niños cuando fueron introducidos en un extraño cuarto de juegos con o sin un adulto familiar.

Cuando madres o sustitutas de ellas fueron introducidos, los niños generalmente se sentían seguros, no obstante la inseguridad de la situación.

MÉTODOS Y MATERIALES.

95 niños fueron estudiados para obtener los informes concernientes a los efectos del tratamiento inicial -- con el mismo dentista o higienista, así como en las visitas subsecuentes.

Los niños que incluidos tienen de los 34 meses hasta 70 meses y no han tenido previa experiencia dental.

El grupo 1, consistía de 54 niños tratados inicialmente por el dentista, y el segundo grupo de 41 niños, tratado inicialmente por la higienista.

La primera visita consistió en examinar, sacar radiografías, profilaxis oral y una aplicación tópica de fluor. La segunda visita consistió en un proceso operativo, requiriendo anestesia local, aplicación del dique de hule, y restauraciones de los dientes. El comportamiento

del niño fue juzgado por dos observadores y el clínico, se usó para medir el promedio de comportamiento la escala desarrollada por Frankl.

Esta escala de promedio es la siguiente:

- PROMEDIO 1. Definitivamente negativo.
 Negativa del tratamiento, lloriqueo, temor y otras.
 Evidencias de extremo negativo.
- PROMEDIO 2. Negativo.
 Mal dispuesto a aceptar el tratamiento, no cooperativo.
 Algunas evidencias de actitud negativa pero no pronunciada - que es arisco y rehuye.
- PROMEDIO 3. Positivo.
 Acepta el tratamiento, algunas veces es precavido, muchas veces de buena gana coopera con el clínico, algunas veces es reservado, pero el paciente sigue la dirección cooperativa del clínico.

PROMEDIO 4.

Definitivamente positivo.

Buen raport con el clínico, in
 teresado en el procedimiento -
 dental, se rie y le divierte -
 la situación.

Esta escala de promedios fue usada porque era conve
 niente una observación mental, y la constancia de datos ob
 tenidos en el estudio de Frankl y sus colaboradores, pues
 facilita la medición.

Los pasos a seguir en cada visita fueron evaluados.

1a. Visita:

- a) Comportamiento a la entrada del consultorio.
- b) Comportamiento durante el examen.
- c) Comportamiento durante la profilaxis.
- d) Comportamiento durante las radiografías.
- e) Comportamiento en la salida del consultorio.

2a. Visita:

- a) Comportamiento durante la entrada al consultorio.
- b) Comportamiento en la administración de anestesia
 local.

- c) Comportamiento en la aplicación del dique de hule.
- d) Comportamiento durante la preparación de la cavidad y la restauración.
- e) Comportamiento en la salida del consultorio.

Esto se realizó en el pueblo de Brookline, Massachusetts, la preparación de la visita inicial fue captada por la minoría. La asistente guió al niño dentro del consultorio en ambas visitas y ayudó al dentista o higienista en el cuidado del niño.

RESULTADOS Y DISCUSION.

El criterio final de la tabulación de la contraria que existe de lo negativo y lo positivo fue el record de la evaluación en la 2a. visita. En este estudio de 95 niños preescolares sometidos, 80 demostraron un comportamiento positivo en la 2a. visita dental.

Esta cifra compara favorablemente los hallazgos de Frankl, donde el 12% fueron pacientes cooperativos bajo condiciones similares.

De los 54 niños vistos por el higienista, 10 reaccionaron negativamente y de los 41 niños vistos exclusiva-

mente por el dentista, 5 reaccionaron negativamente.

Los efectos vistos por el dentista o la higienista en el niño en la 1a. visita, con influencia sobre la 2a. cita en la evaluación no se mostró diferencia significativa entre los grupos. En la primera visita parece ser que no es importante el sexo, pero existe una tendencia de Haggley que encuentra que las niñas están 6 meses por arriba de los niños en todos los aspectos de maduración.

En la primera visita se sacan las respuestas positivas y negativas, y en el análisis en el cuadro de niños de 7.07 indicó una probabilidad de 1% y que este podría ocurrir por casualidad, esto sugiere una diferencia en la reacción por el niño a la figura masculina.

En todas las instancias una figura femenina se presenta pero la introducción del dentista mejora el comportamiento significativamente. Tal vez esto puede atribuirse al cambio del hombre como una figura de autoridad en casa. Tal vez se concluye que la higienista con apropiada preparación puede tener un buen diagnóstico radiográfico del niño muy pequeño. La salida en la primera visita representó un feliz término del tratamiento con el higienista y el dentista. La recompensa de un pequeño regalo fue suficiente para desbaratar la situación negativa del comportamiento.

to del niño, a este no se le habló de su regalo durante el procedimiento.

La segunda visita fue favorable.

En estudios efectuados por Sherley corroborado por Krankl y además soportado por esta investigación fue encontrado que los niños de 48 a 38 meses era más probable que presentaran dificultades en la adaptación de la nueva situación, en estudios presentes, disminuyen las respuestas negativas después de 40 meses y casi nada después de 49 meses.

Estadísticamente este dato ha demostrado que un niño preescolar puede ser bien manejado en la primera cita ya sea por el dentista o el higienista. Sobre bases de este estudio, eso parecería sin embargo la decisión de quien debería tratar a los niños preescolares en su visita inicial al consultorio dental. Un bien entrenado higienista o dentista debería estar capacitado para ejecutar los procedimientos técnicos como sean necesarios, pero en el análisis final es todavía el dentista quién debe aguantar o soportar la responsabilidad del total manejo del paciente. Este estudio requirió de la experiencia de autores que mucho pueden transpirar en la primera cita y dar al dentista una valuable penetración en las emociones del pequeño pa--

ciente con facilidad para el dentista. La decisión entonces de ver al niño en la primera visita no debe ser empujado a una expedición dentro de las manos del higienista.

El dato de desarrollo resulta en las siguientes condiciones.

- El 82 % de los niños preescolares son buenos pacientes en su primera visita al consultorio dental, en el tratamiento iniciado por el dentista o el higienista.

- Sexo y edad tienen muy poco que ver con la diferencia del comportamiento en la comparación de los dos grupos de prueba, en el examen de la primera visita por el dentista y la otra por el higienista.

- El niño más pequeño (34 ó 40 meses) en ambos grupos tienen una reacción negativa mayor al odontólogo, que el niño más grande (41 a 70 meses).

- El higienista puede realizar el proceso técnico necesario en la visita inicial del niño preescolar al dentista.

C A P I T U L O . V .

ACTITUD DEL CIRUJANO DENTISTA PARA EL NIÑO Y LOS PADRES.

Parece ser opinión bastante generalizada entre dentistas, que se necesita mucho esfuerzo para tratar profesionalmente a los niños siendo el resultado una molestia - para ellos.

El dentista ha de tener paciencia y respeto para la personalidad del niño. La asistente dental tiene que ser amable y comprensiva. Hay que establecer amistad y cordialidad entre dentista y niño. En la silla, la persuasión crea mejores relaciones que la admonición; la conducta del niño se modifica mejor con sugerencias que con exigencias. Una conversación sobre cosas interesantes para el niño y que - no haga alusión a lo que el dentista hace o tiene que hacer permite, a veces realizar fácilmente operaciones dolorosas.

La personalidad del niño se modela por la educación

y el ambiente doméstico. A menudo, el niño de un hogar modesto es mejor paciente que el malcriado y altanero, amo del mundo, de una casa rica. En defensa de los niños, recordemos que, entre los adultos, hay pacientes tan molestos como aquellos, si no más. Dejamos sentado un hecho; las bocas de los niños son, generalmente, más limpias que las de los adultos y es posible obtener mejores resultados.

El éxito en cualquier terreno, depende en cierto grado, de la capacidad para enseñar. El dentista no ha de limitarse a su labor reparativa, sino que ha de enseñar celosamente tanto a los niños como a los padres, a observar hábitos sanitarios.

No solamente ha de aprender el operador a manejar al niño, sino también a sí mismo.

Una vez que el dentista ha aprendido a conducirse a sí mismo, a ser paciente y hábil en hallar recursos, habrá conseguido interés y tendrá ventaja respecto a la psicología del niño.

Hay que tener muy en cuenta las siguientes reglas:

REGLA 1. Conozca y consiga la confianza del niño -- Esto conviene también respecto de los adultos.

A los niños no se les puede argumentar, pues estos muestran por instinto el gusto o disgusto por un extraño.- Por lo tanto hay que proceder con prudencia, desde el principio. Tranquila aunque completamente, hágase todo lo que haya de hacer en la silla, manteniéndolo a los padres tan apartados como sea posible. Lo mejor es no darles acceso al gabinete después de la primera visita.

El mejor modo de atraer la atención del niño, es hacerle un tratamiento profiláctico, de primera entrada, con tazas de goma blanda. Esto le dará confianza y disminuirá sus temores. El tiempo empleado en la primera sesión debe ser breve.

REGLA 2. No se tenga al niño en la silla más de media hora a tres cuartos de hora.

REGLA 3. No se engañe al niño: inspíresele confianza y trátesele como si fuera un adulto. Si es de esperar que se le lastime algo, no se le engañe, dígasele la verdad, una vez engañado, es muy difícil recuperar su confianza.

REGLA 4. Nunca se violente a un niño, ni se quebrante su valor. Esta regla no puede ser violada, sino en caso de absoluta necesidad.

REGLA 5. No permita la entrada de los padres al gabinete propiamente dicho, después de la primera entrevista en que se hizo el examen y una vez que se ha llegado a un acuerdo sobre los trabajos dentales que deban hacerse.

RECONOCIMIENTO DE LA EXPERIENCIA DEL NIÑO.

No discuta con su experiencia, no desoiga su sentimiento. Específicamente no trates de censurarlo de que lo que él ve, oye o sienta no lo es.

Muy importante es el aproximamiento de nuestros pacientes, especialmente los preescolares, es para requerir con variables grados de firmeza, comportamiento compatible con lo que nuestra examinación o tratamiento necesita. Estos requerimientos los podemos enfrentar con explicaciones del porqué el procedimiento es necesario o el porqué la buena salud es deseable.

El preescolar o adolescente promedio, probablemente tiene poco interés en la buena salud dental. Frecuentemente es temeroso o aprensivo. Usualmente hay en su mente la incertidumbre a cerca de lo que será requerido de él. Y -- hasta que grado esos requerimientos serán desagradables.

Si el niño aparece contento, es fácil decir: "pare-

ces contento de estar aquí hoy, nosotros estamos contentos de que estés aquí". Más frecuentemente el niño tendrá una actitud negativa o escéptica si acaso. A este niño podemos decirle:

"Te ves infeliz, enojado al estar aquí hoy" te apuesto que no querías venir, te apuesto que quieres ir a casa ahorita mismo". Si el niño ha estado llorando podemos determinar en este punto o si aparece la asistente y se resiste puede empezar a hacerle preguntas y tratar de interesarlo en cualquier cosa que diga el dentista, ya no es necesario para él llorar, para canalizar sus sentimientos, porque se le ha dado a entender que nosotros comprendemos como se siente. "Probablemente tu piensas que nosotros te vamos a contar tus dientes y a tomarles algunas fotografías y entonces te puedes ir a casa" No solo le hemos dicho que nosotros entendemos como se siente y acerca de lo que él se preocupa, sino que también hemos aliviado sus temores.

Aclarados nuestros requerimientos, regularmente caerán en oídos más receptivos. Al momento que llegamos a la "sala de operaciones", esperamos tener un paciente suficientemente preparado y confiable que vendrá a cooperar en lugar de rebelarse.

LE OFRECEN A EL EN FANTASIA (ILUSION) LO QUE NO PUEDEN DAR
LE EN REALIDAD.

Para el niño que ha hecho obvio por medio de su comportamiento de que no siente el deseo de ser un paciente dental, o para cooperar, podríamos decir: "Me gustaría o deseo que no estuvieran aquí hoy" o "Me gustaría que estuvieran en casa jugando con tus amigos, me gustaría que no tuviéramos que contarte tus dientes o tomar fotos de ellos y que no tuviéramos que hacer cosas que no queremos hacer".

El hecho que el niño pueda comenzar con una oración, con: "Yo no quiero, no me gusta" no debe ser interpretado como que él no lo hará.

Esto es necesario para proceder a un reconocimiento de sus sentimientos y podemos emplear palabras como:

"No te gusta que te limpien los dientes, o no te gusta que te tomen fotos" seguido de nuestro deseo verbal de que no es necesario que limpien sus dientes, o que se les tomen fotos. Hay que dejarles saber que nosotros entendemos como se siente, y que somos realmente sus amigos.

Hay que tratar que todos nuestros requerimientos -- sean pedidos con palabras como: "Por favor" y después res-

ponder gracias". Podemos extender la mano para ayudar al niño a subir o bajar de la silla dental. Básicamente, queremos que ellos sientan que están siendo tratados como adultos. El aprecia el respeto que se le ha mostrado, y él no quiere hacer nada que amenace la relación.

Nuestros comentarios deben ser tan elaborados que el niño obtiene de ellos una influencia positiva acerca de su personalidad.

Hay que tener cuidado en la manera que nos expresemos con él, pues debemos tener como ejemplo, un niño que en su casa se le trate de estúpido y malo. Y si nosotros le decimos que es listo, bueno, obviamente según su juicio estaremos en un error. Un método de evitar este dilema es describir el comportamiento del niño de determinada manera que le permita llegar a sus propias conclusiones.

Ejemplo:

Juan, me hiciste fácil el cuidado de tus dientes, hoy quiero agradecerte que me hayas ayudado a completar tu tratamiento. A partir de esto Juan puede lograr sus propias conclusiones a cerca de su comportamiento.

Algunas veces parecería que si sus padres no agrade

cieran a sus niños con tantos despliegues de emoción al -- término de una visita dental, junto con cumplidos tales como:

"Fuiste tan buen niño (beso, beso, beso) el niño podría comportarse mejor durante la siguiente visita. Si él va a ser recibido como si hubiera estado en el infierno y regresara. Como es imposible alterar el comportamiento del padre, podemos reducir el impacto de la reunión padre hijo al llamar al papá en el consultorio, justo antes que el niño es "despedido".

DALE A LOS NIÑOS A ESCOGER, OFRECELES OPCIONES.

Cuando un niño viene a sus sesiones de terapia, éste se enfrenta a miles de opciones. Como resultado, desarrolla una más grande fe en su habilidad para enfrentarse.

Nosotros escogemos nuestra forma de darle al niño - opciones. "Te gustaría que te contáramos tus dientes de arriba primero, o los de abajo?. "Trataremos el lado derecho primero o el segundo?". Te gustaría que descansáramos por un momento o quieres que continuemos?" Existen sólo algunas oportunidades donde los sentimientos del niño pueden ser considerados y al hacerlo le están diciendo que -- sus sentimientos son suficientemente importantes para noso

tros para ser tomados en consideración.

Sus pensamientos y sentimientos son significativos.

CORRECCIONES DE RECONOCIMIENTO.

Busca una forma de darle crédito.

Hay que señalarle al niño sus equivocaciones. Depende de de los padres y de los maestros usar cualquier oportunidad para hacer concientes a los niños de sus aciertos.

Reconocimiento de aciertos toma un rol muy importante por la misma razón básica de que ayuda a desarrollar -- más la imagen propia del niño. Al niño se le puede preguntar que adivine el número de dientes que tiene, el propósito de la luz dental, los botones de la silla, etc., cual-- quier respuesta incluso parcialmente correcta es rápidamente recompensada con el reconocimiento de la percepción del niño y con apreciación de su cooperación.

LOS NIÑOS NECESITAN SER AMADOS (O QUERIDOS).

En las relaciones humanas, los agentes de ayuda nunca son las técnicas únicamente, sino la persona que las emplea, sin compasión y autenticidad, las técnicas fallan.

Los niños necesitan ser amados y necesitan saberlo.

Uno debe ser generalmente sincero en sus sentimientos porque los niños pueden más fácilmente que los adultos, percibir nuestros verdaderos sentimientos. Toma muy poco esfuerzo decirle a un niño: "Te quiero muchísimo, me facilitaste tratar tus dientes hoy, muchísimas gracias" El esfuerzo es pequeño y las respuestas en términos de cooperación del paciente puede ser formidable. Aunque estos principios del Dr. Ginott fueron presentados individualmente para hacerlos obvios, en la práctica fueron empleados en forma continua, dependiendo de las necesidades de la situación. Casi todos los pacientes responden favorablemente en algún grado.

Para algunos significa que la visita dental sea una experiencia que buscar más adelante y para otros significa convertir una situación completamente intolerable en una tolerable.

Para el niño difícil de manejar esto puede representar una diferencia significativa de lo que de otra forma podría ser encontrado.

El mejoramiento del comportamiento del paciente y el incremento de cooperación que le sigue hace el rol del dentista más placentero y satisfactorio.

Recordemos muchos niños cuyas actitudes fueron dramáticamente mejoradas al usar las técnicas de Ginott. Cuando a una niña de 4 años le preguntó su madre porque ella - podía cooperar también cuando anteriormente ella era tan - renuente (no cooperativo) ella respondió "Ojalá tuviera otra cavidad para poder regresar". La "Childrenesse" no es presentada aquí como una panacea para los problemas de comportamiento pedodóntico porque ciertamente no lo es. La -- técnica "Dilo, enséñalo, hazlo" del Dr. Adelman es usada en conjunción con ella, y hay ocasiones en que las dos son complementadas con alguna forma de premedicación o nitrato de óxido o ambas. La Pedodoncia ha sido y es practicada -- exitosamente por aquellos que han estado empleando estas - técnicas sin tener un nombre formal para ellas, y para a-- quellas cuya técnica es totalmente diferente. Nuestra in-- tención es hacer que los dentistas que tratan niños conozcan la "Childrenesse" (niñería) y su uso potencial en mane-- jo de pacientes y por lo tanto mejorar las oportunidades - de recibir una cooperación satisfactoria del paciente.

LA PSICOLOGIA GINOTT APLICADA A LOS PEDODONCISTAS.

"He llegado a la alarmante conclusión de que soy el elemento decisivo en el salón de clases, es un contacto -- personal el que crea el ambiente. Es mi humor diario el -- que crea temperatura. Como maestro pongo una tremenda ---

fuerza que hace la vida de un niño miserable o alegre. Puedo ser una herramienta de tortura o un instrumento de inspiración. Puedo humillar, herir o amar. En todas las situaciones es mi respuesta la que decide si una crisis debe -- ser escalada o no escalada o si un niño es humanizado o -- deshumanizado".

Durante años los principios de Ginott han sido aplicados a la práctica pedodóntica para proveer servicios dentales a un niño de una manera tan agradable y graciosa como sea posible.

Inicialmente se requiere un esfuerzo consciente de parte del dentista para incorporar estos principios en una conversación de rutina, porque como lo sugiere Ginott la aplicación de estos principios o " CHILDRENESSE " como lo llama, es como aprender un segundo lenguaje. Eventualmente uno llega a usar este nuevo lenguaje de una manera natural y espontánea. Los principios de CHILDRENESSE lo que diera una gran relevancia a los pedodoncistas junto con el gran ejemplo de su uso en el consultorio dental, serán descritos, en espera de que más practicantes que tratan niños, apreciarán los beneficios de este acercamiento y aparte, incapaces de atemorizar sino es que horrorizar, los jóvenes se enfrentarán a un tratamiento dental de una manera más digna.

LA INFLUENCIA MATERNAL EN LOS PATRONES DE COMPORTAMIENTO.

La significación de la influencia materna en el desarrollo psico-emocional del niño, está perfectamente documentado, el conocimiento del papel que juega la madre para determinar la actitud del niño hacia el tratamiento dental, es de obvia importancia para el clínico.

- Un examen de la relación entre la ansiedad materna y el comportamiento del niño.

- El efecto y la ansiedad en relación al comportamiento en el consultorio dental con la presencia de la madre y en ausencia de ella.

- Recomendaciones de como aplicar los descubrimientos sobre el tema, la manera de manejar a los niños clínicamente.

LA ANSIEDAD MATERNA Y EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO.

El patrón de conducta del niño es altamente determinado por como ha sido condicionado por los diferentes elementos de su medio ambiente. Una fuerza condicionadora de gran significancia es la familia del niño. Los señores SHO

BEN Y BORLAND entrevistaron un grupo de pacientes dentales generosos y no temerosos y encontraron que un factor significante en la etiología en el miedo al dentista son las actitudes de las familias de los pacientes por lo que se concluyó que el miedo al dentista es adquirido más que innato.

A causa de que la relación madre - hijo es muy im--portante en el primer desarrollo, la madre puede ser deter--minante en las reacciones de ansiedad en el niño. Se hicie--ron 350 estudios mecánicos de pares de madres e hijos, en un intento de correlacionar la influencia materna en las - actitudes saludables y comportamiento del niño.

El demostró que el papel de la madre es importante-- para ayudar que el niño desarrolle los patrones de compor--tamiento esperado.

Ya que la experiencia del dentista es una nueva ex--periencia para el niño, las actitudes emocionales de los - miembros de la familia especialmente la madre, hacia las - situaciones dentales, posiblemente son comunicadas al niño JOHNSON Y BALDWIN se enfocaron en la ansiedad maternal en-- general como afecta a los niños "desde la edad de 3 años, - hasta 7 años" que padecen la extracción dentaria. Cuando - un promedio de la escala de comportamiento adaptada por -- FRANKL et al, dos observadores entrenados juzgaron que el-

comportamiento de un niño en el consultorio como la mamá - completó la escala de ansiedad manifestada de TAYLOR en la sala de espera. Los resultados confirmaron que las madres de alta ansiedad en la escala de TAYLOR tenían hijos que - demostraban comportamiento más negativo que los niños que - tenían madres con menos ansiedad. Para determinar si la re - lación de la ansiedad de la madre y el comportamiento del - niño se debía a la atención natural por el proceso quirúr - gico, JOHNSON Y BALDWIN hicieron un estudio a seguir en ni - ños que recibían un simple examen dental. Utilizando un -- procedimiento similar a lo usado en investigaciones ante - riores, una alta relación entre el nivel de ansiedad de la - madre, medida en la escala de TAYLOR y el comportamiento - del niño, registrado en la escala del comportamiento fue - demostrado.

Llegaron a la conclusión de que el procedimiento -- normal del dentista no determinaba la relación entre la an - siedad de la madre y el comportamiento del niño.

WRIGHT Y ALPERN al estudiar niños entre 3 y 6 años, también encontraron la relación entre la ansiedad materna - y la conducta negativa del niño en el consultorio dental. - Además el niño que cree tener un problema dental tuvo un - aumento en el comportamiento negativo. Se ha razonado que - la aprensión materna transmitida al niño puede iniciar un -

nivel mayor de ansiedad.

Estos descubrimientos, por lo tanto, afirman la posición que las actitudes maternas básicas y los niveles de ansiedad están asociadas con el comportamiento del niño.

"La respuesta del comportamiento del niño a la separación de la madre, contra la presencia de la madre en el consultorio dental".

La presencia o ausencia de la madre en el consultorio dental durante el tratamiento es un estudio altamente discutido y numerosos reportes médicos y psicológicos se han publicado en la literatura dental.

ARSENION estudió los grados del comportamiento seguro o inseguro en preescolares en la guardería del reformatorio para mujeres de Mass., en relación a su adaptación a un cuarto extraño. Comparando un "grupo solo" a un "grupo con mamá", la evidencia indica que la seguridad del niño frecuentemente depende de la seguridad de la madre. Aún cuando los niños que se dejaban solos en cuarto extraño manifestaban un comportamiento inseguro, la inseguridad disminuía conforme la situación se volvía más familiar. ARSENIAN concluyó que la seguridad del niño depende grandemente en "la presencia de un familiar adulto cuyo poder de --

protección es conocido".

Una investigación relacionada con la "necesidad intrínseca afiliativa" fue realizada por HARRY MARLOW, quién utilizó monos rhesus como sujetos de exploración. En su estudio con madres sustitutas de trapo, los bebés monos que demostrarían signos de ansiedad ante la presencia de un objeto de temor. Los bebés se abrazarían al sustituto de trapo ganando seguridad de tal forma. Los bebés monos exploraban el extraño y amenazante medio ambiente, sólo después de ganar seguridad con la presencia de la madre sustituta.

Hay muchos estudios en la literatura de psicología describiendo los efectos de la depravación paterna y los fenómenos de la ansiedad de separación, así como sus efectos en la respuesta y desarrollo en el comportamiento emocional del niño. Aún cuando la separación permanente, así como por un término largo de los padres, se ha demostrado en muchas investigaciones que deja marcas en el niño, la evidencia en relación a las separaciones cortas, no está tan claramente expuesta. "WEININGER concluyó que las separaciones cortas afectan mayormente a niños entre los 7 y 37 meses de edad, y que el término de la separación es un factor determinante.

ROBERTSON Y ROBERTSON sintetizaron tres factores --

fundamentales de influencia en la respuesta del niño hacia separaciones maternas breves. Una de las causas incluye aquellos factores que además de la pérdida de la madre son causa de temor:

- Un medio ambiente extraño.
- Cuidadores sustitutos inadecuados.
- Claves de lenguaje no familiares.
- Rutinas y comida no familiar.
- Exigencias y disciplinas no usuales.
- Restricción corporal.

El segundo grupo de factores propuestos por ROBERTSON Y ROBERTSON es más bien lo que reduce la ansiedad del niño.

- Un cuidador sustituto familiar.
- Comida y rutinas conocidas.
- Exigencias de limpieza sin alteración.
- Posesión de pertenencias.
- Movimientos corporales sin restricción.
- Medio ambiente familiar.
- Seguridad de una reunión eventual con la madre.

El tercer grupo de factores se relaciona con el status psicológico del niño que puede aumentar o disminuir la

ansiedad durante la separación.

- El ego del niño.
- El nivel del niño sobre la constancia de objeto.
- La calidad de la relación madre - niño.
- Las fantasías acerca de los dolores, enfermedades, desaparición de la madre y otros.
- Experiencia de separación previa.

Varios estudios que exploran los efectos de la separación debida a la hospitalización o las amenazas de exámenes físicos de todo el día, han reportado subsecuentes cambios de comportamiento. SHIRLEY Y POYNTZ estudiaron 199 niños de 2 a 8 años de edad, enfocados en la separación madre e hijos a causa de un examen físico de todo el día. El resultado indicó que el comportamiento del niño se relacionaba completamente al comportamiento y actitudes de la madre. Muchas de las separaciones por lo tanto se hicieron más difíciles por el inadecuado manejo de la madre a esta situación. Los autores concluyeron que la ansiedad de la separación del niño es probablemente atribuida al temor del niño de que su madre realmente no lo ama y lo está abandonando en el centro de salud.

VERNON et al, estudiaron cambios en el comportamiento de 357 niños posteriores a la hospitalización y confir-

maron la hipótesis de que los niños entre 6 meses y 4 años de edad son muy fácilmente afectados posteriormente a la hospitalización. La gran ansiedad de separación manifestada en este estudio demuestra la importancia de la separación padres-hijos. En un estudio posterior VERNON et al, estudiaron la reacción de 32 niños entre los 2 y los 6 años de edad en relación a 2 presiones de hospital: el procedimiento de admisión y la reacción a la anestesia. Ellos concluyeron que las necesidades afiliativas son mayores en relación a una mayor presión.

Aun cuando pacientes pedodónticos son admitidos ocasionalmente en el hospital para una rehabilitación oral completa bajo anestesia general, esta práctica es la excepción y no la regla que las citas de consultorio con un niño generalmente son de menos de 1 hora y la ansiedad resultante de la separación de la madre sera similarmente breve. Varios estudios que se avocan a la presencia o ausencia de la madre, durante el tratamiento bucal, han sido reportados. La esencia de este estudio es el siguiente:

Avogados de una tendencia de pensamiento creen que la madre rara vez debe acompañar al niño a la sala de operaciones. WAY encontró imposible mantener la atención del niño y mantener su trabajo cuando "la madre me está respirando en mi cuello". SCHWARTZ, pensando en que el niño ad-

quiere el miedo de sus padres establece el rapport mucho más rápidamente cuando los padres no están presentes. El manifiesta que "todo el curso del tratamiento es menos traumático para el niño sin la presencia de la madre, sin provocar el miedo de abandono". El considera al asistente dental como el sustituto de la madre, establece la importancia de la transferencia, de la confianza de la madre al asistente dental durante la visita dental. CHANSBERS manifiesta que cuando el niño está ansioso, la madre está ansiosa, por lo tanto permite a la madre que acompañe al niño al área de tratamiento "solo sostiene la presencia de un modelo de ansiedad".

CROXTON estudió los efectos psicológicos de la experiencia del tratamiento dental en 28 niños entre los 3 y los 8 años, en términos del ajuste general. El concluyó -- que la experiencia del tratamiento dental no constituye una experiencia del tratamiento dental, no constituye una experiencia traumática en el desarrollo psicológico normal del niño. El sugiere todavía que cuando una madre permisiva se le permite estar presente, el niño aumenta sus esfuerzos para probar los límites de su pervisidad. El dentista preferentemente debe de poner los límites de control en el comportamiento de forma no permitiva sin la presencia de la madre.

EICHENBAURE Y DUNN sugieren que una parte significativa del miedo del niño es el miedo al abandono. TRIEGER, manifiesta que "la presencia de los padres con todo el miedo y ansiedad que se intercambia, le dan al niño una subliminal estructura de apoyo" que puede ser usada para disminuir la aprensión. El recomienda por lo tanto, que la madre esté presente con el dentista, MACDERMONTT señala que los niños se pueden ajustar mejor a experiencias de presión "trayendo posesiones familiares al consultorio como signo de su propia identidad y sus lazos con el hogar". Esta técnica para ganar seguridad es especialmente relevante con niños pequeños donde el miedo de la separación de la madre es mayor.

FRANKL y co-participes estudiaron 112 niños de 3 a 1 1/2 años y observaron las reacciones de los niños al tratamiento dental, tanto con la presencia de la madre que actuaba como un observador pasivo durante el tratamiento les aseguraba que el paciente fuera más manejable, especialmente si el niño era menor de 5 años, niños preescolares entre los 42 y 49 meses de edad aparentemente derivaban el mayor beneficio con la presencia de la madre. Se decidió que la madre que es adecuadamente instruida y motivada puede ser una ayuda valiosa para establecer el rapport entre el niño y el dentista.

LEWIS Y LAW estudiaron las reacciones emocionales - del niño hacia la madre, cuando esta última estaba presente en el consultorio durante el tratamiento, midiendo " -- respuestas psicofisiológicas: la respuesta galvánica de la piel, la temperatura de la piel, temperatura de las manos- y los latidos del corazón. 18 niños entre 5 1/2 a 7 años - fueron examinados durante la cita dental para profilaxis.- En solo un caso el ritmo cardiaco fue mayor cuando la ma-- dre estuvo fuera que cuando estuvo dentro. En todos los o-- tros aspectos la ausencia o presencia de la madre, aparente-- mente no provocaron diferencias significantes en las --- reacciones psicofisiológicas de estos niños y se debe de - tomar en cuenta, sin embargo, que los pacientes se selec-- cionaron sobre la premisa de que no había problemas de ma-- nejo y que eran suficientemente maduros para cooperar.

Hasta aquí este estudio se ha relacionado con la -- presencia de la madre en el niño durante el tratamiento -- dental. RODER, LEWIS Y LAW estudiaron los afectos de la -- presencia o ausencia de la madre en el ritmo cardiaco del- dentista. No hubo ningun efecto significativo en los 6 den-- tistas observados. Es interesante notar que en los resulta-- dos a una encuesta a 910 dentistas indican que el 60% pre-- fieren la ausencia de la madre en el consultorio durante - el tratamiento. Un 27% de los dentistas involucrados no -- les importa la presencia o ausencia de la madre y solo el-

48 prefieren la presencia de la madre. Uno puede concluir que la personalidad y comportamiento del dentista pueden realmente afectar el comportamiento del niño.

RECOMENDACIONES BASADAS EN UNA PERSPECTIVA DESARROLLADA Y MADURA.

Reportes conflictivos relacionados al efecto de la ansiedad materna así como los efectos de la separación temporal madre-hijo en el comportamiento del niño en el consultorio dental se han presentado en este escrito. Es difícil para el dentista tomar una decisión objetiva en base a las investigaciones reportadas aquí. Ya que el comportamiento a cualquier edad depende grandemente en la relación madre-hijo y en la interacción a esa edad, recomendaciones para la implementación de técnicas de manejo de comportamiento así como consejo a los padres pueden ser mejor hechas por un acercamiento de desarrollo.

MASSLER reconoce la relación íntima entre la madurez física, mental y emocional desde la infancia a través de la niñez, "las decisiones, si permitir o no a la madre en el consultorio, deben de estar basadas en la observación de que es mejor para el niño y no en reglas rígidas y recomendaciones". Como una guía general, sin embargo el establece que "la mamá es una ayuda en el manejo del niño me--

nor de 4 años de edad o con un niño emocionalmente dependiente e inseguro. Si tanto la madre que permanezca para que el dentista puede proveer la seguridad" para el niño y como refuerzo para la madre con su presencia en el tratamiento o dominar la visita se recomienda se separe del niño. Si el padre de un niño más grande está presente en el consultorio debe asumir el rol de observación pasivo. Como tal, debe conversar con el personal del dentista o con el niño, a menos que se le pida que participe, o debe expresar aceptación o simpatía por medio de sus expresiones faciales. Lo último puede llevar la desconfianza del niño hacia el dentista así como a miedo de lo que en otra forma sería un procedimiento inocuo.

En conclusión se ha demostrado que la madre influye en el comportamiento del niño en relación de la situación del tratamiento dental, si los sentimientos de la madre no causan un efecto negativo en el comportamiento de su hijo, su presencia facilitará el tratamiento a sumiendo un supuesto, que el dentista se sienta cómodo con su presencia en el consultorio. FINN sugiere que una preparación inteligente hacia los padres en especial a (la madre), antes de traer al niño al dentista por primera vez disminuirán grandemente las influencias externas que pueda recibir el niño.

Los dentistas gastan mucho tiempo tratando de preve

nir las enfermedades dentales en los pacientes infantiles. Por lo que se ha examinado en este estudio, uno puede concluir que, tal vez, más tiempo se debe invertir en aliviar y tratar de eliminar los miedos maternos al dentista, para que se vuelva una fuerza vital que genere una actitud positiva del niño hacia la experiencia del tratamiento dental. El parodontista debe entender la naturaleza dinámica de la liga emocional madre-hijo en las diferentes etapas de desarrollo particularmente si afecta los patrones de comportamiento del niño en las situaciones de tratamiento dental - para que efectivamente pueda controlar el comportamiento del niño.

EXTREMOS DE COMPORTAMIENTO EN LOS PADRES.

Entre los extremos de comportamiento que los padres muestran hacia sus hijos, podemos mencionar los siguientes:

PROTECCION EXCESIVA.

Todo niño necesita amor y afecto. Sin embargo, a -- causa de ciertos factores emocionales, relacionados con experiencias o dificultades presentes, el impulso protector de los padres puede volverse exclusivo e interferir en la educación normal del niño. Generalmente, el niño ue está excesivamente portegido, no puede utilizar iniciativa pro-

pia o tomar decisiones por si mismo. Se ven restringidos por medio a daños físico, enfermedades o adquisición de -- costumbres indeseables de sus compañeros de juego.

Este exceso de protección maternal se puede manifestar por dominio extremo o indulgencia excesiva.

Los padres dominantes presentan niños muy tímidos, delicados, sumisos y temerosos. Estos niños no son agresivos y carecen de presunción y empuje social. Son humildes, con sentimientos de inferioridad, atemorizados y con ansiedades profundas. Como puede imaginarse, estos niños constituyen pacientes ideales, si no son excesivos en su actitud, porque son obedientes educados y reaccionan bien a la disciplina. Sin embargo, frecuentemente a causa de la timidez del niño el dentista, tiene que romper la "barrera de timidez. haciendo que el niño confíe en su capacidad para ser un buen paciente dental.

Los padres que son demasiado indulgentes, o que dan demasiados lujos a sus hijos, presentan niños que tienen dificultades para adaptarse al medio social que les rodea. A estos niños no se les pide que se enfrenten a realidades morales, de manera que demandan gran atención, afecto y -- servicio. Como les hacen creer que son superiores a los demás, se vuelven desconsiderados, egoístas, y tiránicos.-

Sino se les da lo que piden, se impacientan, tienen ataques de mal genio e incluso tratan de golpear a las personas que no acceden a sus deseos. Con un dentista extraño pueden -- tratar de usar encanto y persuasión e incluso forzarles para evitar el tratamiento y hacer lo que quieren; y si esto falla, hacen alarde de ira extremada y pueden resistirse, - incluso con fuerza física, a los intentos de manejo del dentista. Son niños muy mimados, y aunque no incorregibles, - son muy difíciles de manejar en el consultorio dental.

Es conveniente que el dentista tenga en cuenta, al aconsejar a los padres de niños mimados, que estos consideran a sus hijos mucho mejor educados de lo que en realidad están, por lo que habrá que usar mucho tacto.

RECHAZO.-

Existen varios grados de rechazo, desde ligera indiferencia a causa de trabajo u otros intereses, hasta rechazo completo a causa de problemas emocionales. El padre que es algo indiferente tiene hijos que se sienten inferiores y olvidados. No están seguros de si mismos y de su lugar en la sociedad. Desarrollan resentimientos, se vuelven poco cooperadores, se retraen en si mismos sin amar ni interesarse por nadie.

No es de extrañar que estos niños desarrollen carencias de estimación propia y sentimientos de incapacidad que los lleven a ansiedades profundas puesto que el niño no tiene seguridad en casa, se vuelve suspicaz, agresivo negativo, combativo, desobediente, poco popular, nervioso y demasiado activo.

En el consultorio odontológico, este niño puede ser difícil de manejar. Está claro que habrá de tratarse cualquier desobediencia manifestada por el niño, no con rechazo, sino esforzándose en ser amigable y en comprenderlo. Estos niños generalmente demandan mucho, y deberán respetarse sus peticiones en lo posible, porque están necesitados de atención y bondad. Debe enseñársele que cuando se porta bien el tratamiento dental es mucho más agradable.

ANSIEDAD EXCESIVA.-

Esta actitud se caracteriza por preocupación excesiva, por parte de los padres por el niño. Se asocia generalmente tímidos, huraños y temerosos, son generalmente buenos pacientes si se le incluye para que lo sean. Sin embargo, es posible que el dentista tenga algo de dificultad en vencer sus temores. Pero si se alienta y asegura al niño, este generalmente reaccionará de manera satisfactoria.

DOMINACION.-

Los padres que son dominantes exigen de sus hijos responsabilidad excesiva que son incompatibles con su edad -- cronológica. No aceptan al niño como es. Puede ser común el negativismo. Puesto que tienen miedo a resistirse ---- abiertamente, obedecerán las ordenes despacio y con el mayor retraso posible. Si se les trata amable y consideradamente, estos niños generalmente llegan a ser buenos pacientes odontológicos.

IDENTIDAD.-

En ciertos casos, los padres tratan de revivir sus - propias vidas en los hijos. Si el niño no reacciona favorablemente, los padres muestran abiertamente su decepción. El niño observador siente esta desaprobación paterna y tiene sentimientos de culpa que se reflejan en timidez, inseguridad y retraimiento. Lloro con facilidad y no tiene -- confianza en sí mismo, ~~trata~~ trata de hacer poco por miedo al fracaso. Estos niños reaccionan en el consultorio dental de - la misma manera que los niños de padres dominantes, y deberán ser manejados analógicamente.

Si la dominación de los padres es justa y se adminis

tra adecuadamente el niño tenderá a ser un buen paciente -- dental y encajará en un mundo en el que los ajustes son -- siempre necesarios. A causa del miedo que pueda experi-- mentar, ningún niño muy joven debefa venir al consultorio-- odontológico sin compañía. El consultorio es una experien-- cia nueva para el niño. Por lo tanto, necesita la confian-- za y seguridad que solo un padre o una madre pueden dar.

A los niños les gusta dramatizar situaciones, espe-- cialmente si los hace mas heróicos a los ojos de los otros niños. Exageran los dolores de una extracción o de opera-- ciones dentales, lo que producirá efectos negativos en el-- niño que está escuchando y que aún no ha ido al dentista - para su primera visita.

COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES EN EL CONSULTORIO ODN-- TOLOGICO.-

Se puede hacer que los padres comprendan que, una -- vez en el consultorio, el odontólogo sabe mejor como prepa-- rar emocionalmente al niño para el tratamiento necesario.- 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 nin-- gún gesto como para seguirlo o para llevar al niño, a me-- nos que el odontólogo les invite a hacerlo. 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 mirarlo con -- simpatía y expresión asustada.

INSTRUCCIONES A LOS PADRES.-

Es muy raro encontrar una madre que lleve a su hijo al consultorio dental sin aprensiones ni desconfianza sobre cual será su reacción al tratamiento. El dentista puede hacer mucho en la educación de los padres, para que estos se aseguren de que su hijo no llegue al consultorio -- con dudas y miedo. Para los padres, será de gran consuelo saber que no serán necesarias medidas extremadas de disciplina y que el niño participará gustoso en la nueva experiencia. La madre se tornará mas entusiasta sobre el bienestar dental del niño, y tendrá cada vez menos a esperar hasta que le duelan los dientes para traerlo al consultorio dental. De esta manera existirá una relación mas satisfactoria entre el dentista y la familia. Si se informa a los padres de ciertas reglas sencillas a seguir antes de traer al niño al dentista por primera vez, será de gran ayuda para ellos y para su hijo. La guía a los padres sobre el tratamiento dental deberá empezar de preferencia an

tes de que el niño tenga la edad suficiente para ser impresionado adversamente por influencias extornas. Se puede - facilitar esta guía a gran escala por varios medios, o individualmente.

1.- Pida a los padres que no expresen sus miedos personales enfrente del niño. La causa primaria del miedo en los niños es oír a sus padres quejarse de sus experiencias personales en el dentista. Además de no mencionar sus propias experiencias desagradables, pueden evitar el miedo -- explicarlo de manera agradable, y sin darle mucha importancia, que es la odontología y el amable que va a ser el dentista. Para los padres que aún temen los servicios dentales, se les puede explicar que hay anestesia moderna, la mejor comprensión del manejo del niño y técnicas operatorias mejoradas, no hay necesidad de que el niño tema al tratamiento dental. Se ha avanzado enormemente en el alivio del dolor en odontología. El padre que educa a su hijo para que sea receptivo al tratamiento dental, encontrará que paga dividendos, ya que el niño apreciará más la odontología. - Generalmente, se encuentran dificultades cuando los padres u otras personas han inculcado temores profundos en el niño. Los padres también deben ocultar sentimientos de ansiedad, especialmente en expresiones faciales, cuando llevan a su hijo al odontólogo.

2.- Incluya a los padres para que nunca utilicen la odontología como amenaza de castigo. En la mente del niño se asocia castigo con dolor y cosas desagradables.

3.- Pida a los padres que familiaricen a su hijo con la odontología llevándolo al odontólogo para que se acostumbre al consultorio y para que empiece a conocerlo. El odontólogo deberá cooperar plenamente, saludando al niño con cordialidad y llevándole a recorrer el consultorio, explicando y haciendo demostraciones con el equipo. Algún pequeño regalo al final del recorrido, hará que el niño sienta que acaba de hacer un amigo.

4.- Exlique a los padres que si muestran valor en asuntos odontológicos esto ayudará a dar valor a su hijo. Existe una correlación entre los temores de los niños y los de sus padres.

5.- Aconseje a los padres sobre el ambiente en casa y la importancia de actitudes moderadas por su parte para llegar a formar niños bien centrados. Un niño bien centrado es generalmente un paciente dental bueno.

6.- Recalque el valor de obtener servicios dentales regulares, no tan solo para preservar la dentadura, sino para formar buenos pacientes dentales, desde el punto de -

vista psicológico, el peor momento para traer a un niño al consultorio es cuando sufre un dolor de dientes.

7.- Pida a los padres que no sobornen a sus hijos para que vayan al dentista. Este método significa para el niño que puede tener que enfrentarse a algún peligro.

8.- Debe instruirse a los padres para que nunca traten de vencer el miedo al tratamiento de sus hijos por medio de burlas, o ridiculizando los servicios dentales. En el mejor de los casos tan sólo crea resentimiento hacia el dentista y dificulta sus esfuerzos.

9.- Los padres deberán estar informados de la necesidad que existe de combatir todas las impresiones perjudiciales sobre odontología que pueden llegar de fuera.

10.- El padre no debe prometer al niño lo que va a hacer ó no el odontólogo. El dentista no debe ser colocado en una situación comprometida donde se limita lo que puede hacer para el niño. Tampoco deberán prometer los padres al niño que el odontólogo no les va a hacer daño. -- Las mentiras solo llevan a decepción y desconfianza.

11.- Varios días antes de la cita, debe instruirse a los padres, que comuniquen al niño de manera natural que -

han sido invitados a visitar al dentista. Los padres nunca deberán forzar las cosas mostrar al niño exceso de simpatía, miedo o desconfianza.

12.- Los padres deberán encomendar el niño a los cuidados del dentista al llegar al consultorio, y no deberán entrar a la sala de tratamiento a menos que el odontólogo así lo especifique. Cuando lleguen a la sala de tratamiento, deberán actuar tan solo como espectadores invitados.

MANEJO DEL NIÑO EN EL 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.

Es interesante observar que el comportamiento del niño puede fluctuar en períodos, de tiempo muy pequeños. Puede que a los dos años el niño coopere y sea bien educado, muestras que a los dos años y medio se vuelva difícil y -- contradictorio. A los tres años es amigable y tiene buen dominio de si mismo, mientras que a los 4 ó 4 1/2 puede ---

volver atrás en su comportamiento y ser dogmático y difícil de controlar,

El comportamiento poco cooperativo de un niño en el consultorio odontológico está generalmente motivado por deseos de evitar lo desagradable y doloroso, y lo que el pueda interpretar como una amenaza para su bienestar. Puesto que los niños actúan por impulso, al miedo al dolor puede manifestarse en conducta desagradable, sin que esto tenga relación con la razón o con saber que existen pocas razones para asustarse. El condicionamiento total del niño regirá su comportamiento emocional en el consultorio dental.

Si se hace que no le resulten sus ataques emocionales, cambiará su comportamiento. Cuando el niño aprenda que en el consultorio no va a lograr nada con mala conducta, perderá motivación para seguir comportándose así. No se pueden hacer tratos con un niño de corta edad acerca de su comportamiento. En estas situaciones, es mejor ser autoridad benévola que darle al niño a elegir sobre la acción.

Cuando el niño llega para que se haga alguna corrección dental, su comportamiento anterior, sino también de la capacidad que tiene el dentista de manejarlo. Si se maneja al niño adecuadamente, es muy raro que no se pueda --

obtener cooperación. Mucho depende de como impresiona el odontólogo al niño y como va a ganar su confianza.

Si se esta tratando con un niño asustado y temeroso, deberá primero eliminarse el miedo y substituirlo por sensaciones agradables y afecto al dentista. Incluso si sólo puede usted eliminar el miedo hasta un punto en que queda algo de escepticismo y reservas, puede que sienta suficiente afecto por usted como para confiar.

Si es posible, el odontólogo debería establecer buenas relaciones con el paciente antes de separar al niño de su madre, porque de otra manera el niño puede sentir que lo están forzando a abandonarla. En un niño de corta edad el miedo al abandono es crítico.

No se debe dejar el tratamiento para después, ya que esto no ayuda en absoluto a eliminar el miedo.

Cuando existen dientes dolorosos el dolor puede causar que se creen auténticas fobias a la odontología.

Cualquier razón no explicada inspira miedo a los niños. No espere que un niño venza actitudes inadecuadas -- con la edad; puede tardar años. Es bueno que el niño venga de visita al consultorio antes del día en que va a empu

zar el tratamiento.

Puesto que los niños temen excesivamente a lo desconocido y se sienten mal preparados y aprensivos para afrontar nuevas situaciones, visitar al odontólogo antes del -- tratamiento puede hacer que lo desconocido se vuelva mas - familiar y tal vez mitigue temores o necesidades futuras - de huir.

Mostrar actitudes sarcásticas y desdeñosas con el niño para que por vergüenza se porte bien en el consultorio - no es conveniente.

Observar a un hermano mayor o a uno de sus padres en la silla dental le dará mas confianza que observar a un extraño, pero, como Ghose y sus asociados declaran, puede -- ser poco eficaz para niños de menos de 3 años. Si el niño ve que se realiza el trabajo sin dolor evidente, frecuente mente querrá, e incluso deseará intensamente que realicen en él los mismos procedimientos.

Si el procedimiento tiene que producir dolores, aunque sean mínimos, es mejor prevenir al niño y conservar su confianza que dejarle creer que ha sido engañado.

Tratar de convencer verbalmente al niño para que ---

pierda su miedo sin darle evidencias concretas de por que, no es muy eficaz. Puesto que los temores se desarrollan a nivel emocional. En situaciones atemorizantes, el deseo de huir domina a la razón. No gaste energía diciendo al paciente que no debe tener miedo sin darle primero razones para creerle.

Cuando pierde su miedo a la odontología, porque ---- aprende que lo desconocido no representa un peligro para su seguridad.

Técnicas de reacondicionamiento.-

El primer paso en el reacondicionamiento es saber si el niño teme excesivamente la odontología, y por qué. Cuando ya se conoce la causa del miedo, controlarlo se vuelve un procedimiento mucho mas sencillo.

El siguiente paso es familiarizar al niño con la sala de tratamiento dental y con todo su equipo sin que produzca alarma excesiva. Por este medio se gana confianza del niño y el miedo se trunca en curiosidad y cooperación. Puede uno acercarse a la mayoría de los niños si se des---pierta su curiosidad. A todos les encantan los instrumentos nuevo. Cualquier equipo o mecanismo les interesa y -- los llena de gozo. El dentista deberá explicar como funcio

nan, de manera que el niño se familiarice con los sonidos y acciones de cada accesorio. Se hace rodar el motor sobre sus uñas, para que pueda sentir la inofensividad. Se hace demostración con la jeringa de aire y después, como por descuido, se deja en el regazo del niño para que la pruebe. Se explica el control a pie del motor, de manera que el niño sepa que la fresa no esta descontrolada, sino que, cuando sea necesario, puede ser detenida en cualquier momento.

Después de familiarizar al paciente con el equipo, la siguiente meta del dentista debe ser transmitido al niño que simpatiza con sus problemas y los conoce. El odontólogo tiene que humanizar sus relaciones con los niños.

El odontólogo puede observar cuando era niño, que tuvo que ir al dentista porque era necesario "componer" los dientes.

En la primera visita deberán realizarse solo procedimientos menores e indoloros.

Se obtiene la historia. Se instruye sobre el cepillado de dientes. Se pueden tomar radiografías. Se puede explicar la unidad de rayos X como una enorme cámara fotográfica, y la película como el lugar por donde aparecerá -

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

Es buena táctica pasar de operaciones más sencillas a las más complejas a menos que sea necesario tratamiento de urgencias. Generalmente, se invita a los padres en la primera visita a que pasen a la sala de operaciones para comprender el papel tan importante que tiene en la adquisición de hábitos de higiene de su hijo y de conocimientos de control dietético para prevenir enfermedades dentarias.

Desafortunadamente, los niños llegan con frecuencia al consultorio dental para su primera visita sufriendo dolores y con necesidad de tratamiento más extenso. En esta situación, como en todas las demás, la veracidad del dentista es esencial. Franqueza y honestidad será rentables con los niños. Al niño deberá decirse de manera natural, que a veces lo que hay que realizar produce algo de dolor. También puede explicársele que si avisa cuando le duele demasiado, el dentista parará, o lo arreglará de manera que no duela tanto, o lo hará con más suavidad. Esta sinceridad deberá permanecer constante a través de todas las visitas dentales futuras, y deberá recordarse esto al niño antes de cada operación dental.

Hable con voz agradable y natural. También muestre-

actitud natural y comprensiva. Sin embargo, es posible -- que tenga que trabajar con el niño llorando.

A veces, los niños de edad preescolar gritan con --- fuerza y largamente en la silla dental. Es muy difícil ha cerse comprender cuando el niño grita continuamente. La - amenaza de sacar a los padres fuera de la sala puede ser - suficiente para que se calle. Hay momentos en los que hay que usar medios físicos para calmar al paciente lo sufi--- ciente para que pueda escuchar lo que usted tiene que de-- cirle.

La manera más sencilla de hacer esto es colocar sua- vemente la mano sobre la boca del niño, indicando que esto no es un castigo, sino un medio para que el niño oiga lo - que usted va a decir. No debe intentarse bloquear la res- piración bucal. Mientras que el niño llora, hablele al -- oído con voz normal y suave, diciéndole que quitará la ma- no cuando pare de gritar. No deberá de haber malicia en - su voz. . Puede que la admonición surta efecto, aunque crea que el paciente no le oye. Cuando ha dejado de llorar, -- quite la mano y hable con el niño sobre alguna experiencia sin relación alguna con la odontología. Es sorprendente lo eficaz que esto puede ser y como estos niños se vuelven pa- cientes ideales. No guardan resentimiento y se dan cuenta de que lo que se hizo fue para su propio bien. Colocar la

mano sobre la boca del paciente es medida extrema y solo deberá usarse como último recurso en un paciente ya histérico, cuando hayan fallado todos los demás medios. Puede ser necesario usar esta técnica con niños demasiado mimados. Como explica Craig, esta técnica requiere considerable habilidad.

TECNICAS DE LA MANO SOBRE LA BOCA.

Varias técnicas han sido usadas para manejar a los pacientes paradónticos no cooperadores y uno de los más controvertibles es la técnica mano sobre la boca. En este procedimiento el dentista pone su mano (o una toalla) sobre la boca del niño para callarlo. El propósito de este trabajo es revisar algo de la literatura sobre este tema para discutir los resultados de la reciente opinión del foro de 40 periodonsistas de Indiana sobre este tópico y sugerir alguna guía para su uso.

Lo siguiente es la interpretación del autor sobre la aceptación general del procedimiento. Después de valuar el comportamiento del niño y de determinar que la técnica está determinada, el dentista pone su mano dulce, pero firmemente sobre la boca del niño. Con el ruido suspendido se le dice al niño que cuando se obtenga su cooperación se le quitará la mano de encima. Se quita la mano y el paciente-

es reevaluado. Si el problema persiste se le pone la mano sobre la boca nuevamente y además se le puede tapar la nariz por unos segundos, el dentista nuevamente requiere su cooperación. En algunos casos esta rutina puede ser repetida varias veces hasta que se obtiene la suficiente cooperación para un tratamiento seguro. Esta es una situación sobre, la que el niño tiene control. Cuando el niño cooperar debe de ser estimulado y las razones del procedimiento de la mano sobre la boca debe de ser explicado. Se le debe ---be decir que el tratamiento dental se llevará a cabo con ---tan pocas molestias como sea posible.

REVISION DE LA LITERATURA.

Mc GREGOR está en desacuerdo con el uso de esta técnica y la describe como no científica. DAVIES Y KING sugirieron que "un tratamiento tan drástico puede causar un --trauma psíquico resultando en terrores nocturnos y profundo resentimiento del niño". SWEET sintió, que es acepta---ble el mantener juntos los labios del niño, pero establece que con los métodos modernos de sedación, esta técnica ya no se necesita. LAUTERSTEIN sintió que la oposición reconcebida de ésta técnica era injustificada hasta que uno pudiera observar la destreza del dentista para usarla. Finn establece que era una medida extrema y que debería usarse como último recurso. Sin embargo, el piensa que no se pro-

duce ningún trauma psicológico con este método y que no afectará adversamente las actitudes del niño en relación a las siguientes citas con el dentista. WILSON, señala que -- muy de vez en cuando la nariz del paciente puede ser cerrada hasta el momento que realmente necesite aire como lo indica su color; el está de acuerdo en que esto puede parecer extremo, pero siente que este acercamiento puede ser justificable en casos severos. MACBRIDE cree que ésta técnica es drástica, pero que el espíritu puede ser conquistado antes que la carne sujeta.

LAMPHIRE se refiere a esta técnica como una terapia de sorpresa y piensa que no causa ningún trauma psicológico mayor que cualquier otro tipo de experiencias traumáticas. El afirma que tal tipo de control y restricción generalmente fortalecen la personalidad del niño. CHAMBERS afirma que "además de proteger al paciente, al dentista y a su asistente de posibles daños físicos, al restringir físicamente al niño se le puede hacer consciente del hecho que su indeseable estrategia no es necesaria, ni útil". BRAUER piensa que hay circunstancias en las cuales el consentimiento paterno y si el niño está física y mental dentro de la escala normal, hay justificación para el uso de la técnica de la mano sobre la boca, bajo ciertas circunstancias. MILLON señala que bien fundamentadas investigaciones psicológicas faltan en este campo. El sugiere que sin control es-

imposible determinar si este evento traumático bajo investigación puede ser significativo.

RESPUESTA A DOS CUESTIONARIOS.

En 1967 la asociación diplomática de parodoncia circuló un cuestionario dentro de sus miembros en relación -- del control físico. Una síntesis de los resultados revelan una respuesta positiva del 95% de los que respondieron el cuestionario, "hay ocasiones en que la restricción física debe ser usada para el manejo del comportamiento del paciente" Para la pregunta "cree usted que está indicado el poner una toalla o la mano en la boca del niño con el propósito de ganar su atención y establecer comunicación con el particular patrón de comportamiento del niño?" 75% dieron una respuesta afirmativa.

En 1969 un cuestionario sobre el tema de la técnica fue enviado por el autor a 40 parodontistas practicantes - en el estado de Indiana., 35 fueron regresadas. Aquellos que usaron la técnica se les pidió que explicaran sus razones, el cuestionario incluía preguntas relacionadas con la edad del grupo de niños que más respondía a la técnica los tipos de mal comportamiento que indicaban su uso, los efectos en el niño, y si los padres eran o deberían ser informados en este uso.

De los tres parodontistas que regresaron el cuestionario, 28 usaban la técnica y 7 no. Estas cifras se comparan favorablemente con aquellas obtenidas en el cuestionario de la Asociación Diplomática de Parodontistas. 3 individuos usaban la técnica frecuentemente y 18 menos y 7 más o menos, lo mismo que cuando empezaron su práctica. 19 dentistas creen que es permisible completamente cerrar las posibilidades de aire del niño en circunstancias especiales, sin embargo, 9 se oponen a esta modificación. Sin embargo, las respuestas afirmativas de cerrar el aire fueron calificadas con comentarios como "no recomendadas como un procedimiento de rutina" y "por no más de unos cuantos segundos", o "raramente indicadas".

La técnica fue reportada como muy efectiva en el grupo de 3 a 6 años de edad. Los tipos de mal comportamiento que indicaban el uso de esta técnica fueron descritos con las siguientes palabras:

HISTERIA, BELIGERANCIA, DESAFIO.

Se hizo mención consistente y enfática de que el procedimiento nunca debería ser usado como castigo y nunca con coraje. A pesar de que éste no es un tema cubierto en el cuestionario debe de ser señalado que ésta técnica está -- contraindicada para niños retardados mentales o para pa---

cientes muy pequeños que no estén capacitados para entender el propósito de la técnica. Se llegó a un acuerdo que cuando la técnica se encontró necesaria y cuando el niño respondió favorablemente debe ser estimulado. La mayoría de los parodontistas que usan ésta técnica indican que el respeto del niño hacia el dentista aumenta y que el niño se vuelve un mejor paciente. En relación a informar a los padres sobre el uso de la técnica muchos indican que depende de la situación. Los siguientes comentarios del cuestionario son significativos de la controversia que envuelve el uso de la técnica: yo renunciaría a practicar la parodontía si no pudiera usar este control, yo creo que éste método es una simple intimidación y significa un fracaso por parte del dentista.

Aquellos que no utilizan la técnica expresan las siguientes razones: El uso de premedicación; el uso de analgesia relativa poco deseo de establecer miedo en el niño; objeción de los padres, sentimiento de que el uso de esta técnica indica poca habilidad para manejar a los niños.

CONCLUSIONES.

Después de analizar las razones dadas en la literatura y los resultados de sobresalientes para no usar la técnica, el autor tiene los siguientes comentarios:

- Definitivamente hay lugar para premedicación en parodoncia, pero la premedicación no siempre es lo más seguro, ni el medio más apropiado para manejar a un niño histérico, beligerante o desafiante que posee una amenaza para el mismo. Algunos pacientes necesitan premedicación para ajustarse al tratamiento dental, pero las drogas no deben de ser sustituidas por comprensión y manejo cuidadoso del paciente.

- Analgesia relativa (óxido nitroso) tiene su lugar en parodoncia pero requiere un grado de cooperación del paciente. No es una alternativa para la técnica de la mano sobre la boca.

- La técnica de la mano sobre la boca puede establecer algunos miedos en el niño, pero como señala CHAMBER -- "el papel del dentista para educar a sus pacientes pequeños debe de ser una ayuda para que el niño maneje su ansiedad y la ajuste, para el nivel que es apropiado para cada niño en cada situación".

- Cuando el consentimiento se ha logrado para tratar al niño, la objeción de los padres sobre cualquier otro -- procedimiento usado en el consultorio. Una vez que la técnica se ha encontrado necesaria, una explicación a los padres sería apropiada, especialmente si no se ha estableci-

do un buen raport con el niño.

- En relación al sentimiento de que el uso de la -- técnica indica una menor habilidad en el manejo del niño, - el autor piensa que lo que trabaja bien para un dentista, - puede no ser bueno para otro, y que en realidad, la técnica de la mano sobre la boca requiere de considerable habilidad.

El propósito de la técnica es ganar la atención del niño, para que la comunicación pueda ser establecida y obtener su cooperación para llevar a cabo un tratamiento seguro.

Es una técnica aceptable, pero debe de ser usada dentro de lineamientos definidos.

ASPECTO DEL CONSULTORIO DENTAL.

Paciencia y consideración ayudan a establecer un consultorio.

Como es probable que el niño entre al consultorio -- con miedo, el primer objetivo que deberá alcanzar el odontólogo será infundir confianza al niño y hacer que se cuenta de que no es el único que pasa por esa experiencia.

Si la práctica no está limitada a los niños, una manera eficaz de inspirar esta sensación es hacer que la sala de espera sea similar en varios aspectos al medio familiar. - Hágala cómoda y cálida y que de la sensación de que los niños frecuentan el lugar, y no les resulta desconocido. Al hacer esto, superará gran parte de las sospechas que siente cada niño. Una de las maneras más sencillas de lograr esto, es apartar un rincón de la sala de espera, especialmente para ellos.

Cuando se traten a los padres, hay que recalcar la necesidad de que haya contacto temprano con el dentista, y el valor que tienen los servicios dentales para preservar los dientes del niño.

La sala de operaciones puede hacerse más atractiva al niño si algunos dibujos en las paredes muestran niños jugando.

Tratar de evitar que los niños pacientes vean sangre o a adultos con dolores. Las personas con ojos enrojecidos de llorar o perturbadas emocionalmente, enervarán a los niños. Evite que los niños vean estos pacientes, haciendo -- que salgan por otra puerta o programando todas las visitas infantiles para el mismo horario diariamente.

Es muy importante que el niño sienta que todas las-- personas del consultorio le infunden confianza. Los niños-- son muy sensibles a emociones ocultas, e identificarán rá-- pidamente cualquier falta de entusiasmo hacia pacientes in fantiles, y esto les desalentará aún más. Que el dentista-- reciba al niño en la sala de espera el día de la primera -- visita es de gran ayuda.

Cuando trate usted por primera vez a un paciente in-- fantil, siempre llámelo por su nombre de pila. Si no lo sa be, pregúnteselo. Nunca le llame "muchachito" u otro nom-- bre poco familiar. Cuando sea posible, debe dirigir la con versación hacia el niño. Cuando tome el historial, pregun-- te de cuando en cuando algo para que el niño le conteste.-- El trato con el niño deberá hacerse de manera normal y fa-- miliar.

No demuestre nunca exceso de entusiasmo ni sea dema-- siado insistente.

Trate al niño con confianza en la voz en los actos -- pero de manera natural y cálida. Actitudes y voces amisto-- sas y naturales, dan mucha seguridad porque no sugieren na da desagradable en el futuro.

Si no lo podemos convencer con palabras, el odontólo

go deberá acercarse al niño de manera amistosa y rodearlo con los brazos como si fuera a abrazarlo. De esta manera se tiene control del niño y se le puede recoger y llevar a la sala de tratamiento sin temor a que sus pies o manos dañen a nadie.

Si el dentista tiene confianza en sí mismo, es seguro que algo de éste sentimiento se transmite a su paciente. Si el dentista no tiene seguridad se reflejará en el comportamiento del niño. No existen en el manejo del niño fórmulas misteriosas o secretos para entablar contacto. El manejo correcto se basa en conocimientos, sentido común y experiencia.

Cuando se trata de niños, son importantes la hora y duración de la visita. Ambas pueden afectar el comportamiento del niño. Cuando sea posible, los niños no deben permanecer en la silla más de media hora. Si la visita tarda -- más, los niños pueden ser muy cooperativos, si se cansan con visitas demasiado largas, pueden llegar a un punto de saturación en el que empiecen a llorar.

También la hora de la visita del niño tiene relación con su comportamiento. No debe darse horas de visita a los niños que todavía no van a la escuela durante el período normalmente dedicado a la siesta. Los niños que vienen a --

la hora de la siesta están generalmente adormilados. irri-
tables y son difíciles de dominar. Lloran con facilidad y-
tienen reducidas sus capacidades de soportar molestias.

Los niños no deberían ser traídos al dentista poco -
después de una experiencia emocional seria, como puede ser
el nacimiento de un hermano o hermana, o la muerte de al-
guien cercano a ellos.

Cuando hable a los niños, el dentista deberá de po--
nerse al mismo nivel en posición y conversación, en pala--
bras e ideas.

Siempre que se esté tratando con un niño, no le ha--
ga preguntas que requieran respuesta, si tiene ambas manos
y algunos instrumentos en su boca. Los niños tienden a uti-
lizar su pregunta como una excusa para interrumpir por u--
nos cuantos minutos el tratamiento.

Si los niños hacen preguntas, trate de responderlas-
con la mayor exactitud posible.

Es buena política conocer al paciente infantil antes
de que llegue a la silla dental.

Cuando los padres llaman por primera vez para pedir-

cita, puede obtenerse información sobre el niño. Pregunte a los padres cuando sabe el niño sobre dentistas y procedimientos dentales. Se puede aprender mucho sobre el comportamiento emocional del niño observándolo en la sala de recepción. Si está sentado en el regazo de su madre o abrazado a ella, se puede anticipar dificultades en el primer encuentro. Sin embargo, si el niño se sienta solo y lee un libro o juega alejado de su madre, se puede suponer que es emocionalmente maduro y está bien centrado para recibir tratamiento odontológico.

Cada niño deberá recibir la atención completa del dentista. Siempre trate al niño como si fuera el único paciente que ve usted ese día. Nunca deje a un paciente muy pequeño sentado solo en la silla, ya que sus temores, aún no disipados por completo, pueden agrandarse. Si tiene que abandonar la sala de operaciones, aunque sea por un minuto, asegúrese de que está presente su ayudante. Sin embargo, si el niño está claramente atemorizado, es mejor que el odontólogo no abandone en absoluto la sala.

El odontólogo deberá realizar sus deberes con destreza, rapidez y mínimo de dolor. La ayudante es muy conveniente cuando se trabaja con niños. Puede ser muy valiosa para ayudar a controlar al niño, y para facilitar los procedimientos operatorios al dentista. Cuando se hacen trabajos-

operatorios, la manera correcta es generalmente la mas sencilla y facil. Si se arreglan los instrumentos adecuadamente, no será necesario buscarlos y perder tiempo cuando ya ha empezado la operación. Trabaje suave y cuidadosamente y no pierda tiempo o movimientos. El niño puede soportar molestias si sabe que pronto acabarán.

El odontólogo deberá evitar utilizar palabras que inspiren miedo al niño. Muchos de los temores sugestivos no los producen el procedimiento en sí, sino el significado -- atemorizante de alguna palabra. Algunos niños se estremecerán de miedo al oír palabras como "aguja" ó "fresa", y -- sin embargo, no se oponen demasiado a la experiencia si se llama de otra manera al procedimiento. Cuando se trate con niños deberán evitarse engaños, pero cuando sea posible, deberán usarse palabras que no despierten miedo, palabras que ellos conocen y usan diariamente. La substitución exacta de palabras deberá guiarse por la edad del paciente. En vez de palabras como "inyección", "aguja", "pincho" podríamos decir: "Vamos a poner algo en tus encías que se sentirá como el piquete de un mosquito". En vez de la palabra "fresa". que para un niño significa hacer hoyos en un diente, dígame que va a cepillar los insectos malos y sacarlos de sus dientes. Al mismo tiempo, haga correr sobre la uña del niño una broca grande de cono invertido, explicando que la broca es llana, y no puede penetrar en el diente. Cuan-

do se trata de niños, es siempre buena política informarles de lo que se va a hacer, pero evite asustarlos utilizando - palabras mal seleccionadas que le sugieran dolor.

USO DE ADMIRACION, HALAGOS SUTILES, ALABANZA Y RECOM-- PENSA.-

En procesos de aprendizaje, el castigo y la recompensa son básicos. Existen muchos tipos de recompensas para los pacientes que se portan bien. Una de las recompensas que -- mas busca el niño es la aprobación del dentista. Por lo -- tanto, que el dentista reconozca la conducta ejemplar del - niño influye para que se te porte bien. Cuando el niño sea buen paciente, dígasele esto, impondrá una meta a su comportamiento futuro. Hará todo lo posible por conservar el nivel que él mismo estableció. Cuando alabe al niño, alabe - mejor el comportamiento, que al individuo.

Los regalos son muy buenas recompensas. Darle al niño- algún regalo cuando se ha portado bien forma parte de un ma nejo adecuado. Lo que impresiona favorablemente al niño, - mas que el regalo, es que se reconozca su mérito.

SOBORNOS Y EL PACIENTE.-

Podemos decir categóricamente: Nunca soborné a un ni-

ño. Raras veces da resultados positivos el soborno. El resultado será sencillamente que el niño seguirá portándose mal para obtener mas sobornos y concesiones. Sobornar es admitir que el dentista no puede manejar la situación. Es conveniente distinguir entre soborno y recompensa. Una recompensa después de la visita puede servir de soborno para que el niño vuelva la próxima vez. Sin embargo, en general se promete o da el soborno para inducir buen comportamiento después que se terminó la operación sin que anteriormente se hubiera prometido. Los sobornos no tienen lugar en la odontología.

ORDENES CONTRA SUGERENCIAS.-

En el curso del tratamiento dental es necesario asegurarse de la cooperación del paciente. Para producir las reacciones deseadas, nunca se pide al niño que se someta a una petición. Al pedirle que haga algo, el odontólogo en realidad le está dando a elegir entre aceptar o rechazar. Si le da elección al niño, no puede considerar mal comportamiento el que rechace. Si se le dice que obedezca una orden, no hay mas elección que aceptar. Cuando ordene a un niño que cumpla sus deseos declárelos de manera agradable, pero decidida. No dude en sonreír y gozar con su paciente; sin embargo, sea firme si la situación lo requiere.

EL ODONTOLOGO Y LO RAZONABLE.-

Cuando trate con niños, sea realista y razonable. No condene a un niño porque está asustado. Respete sus emociones, pero si no están de acuerdo con el patrón deseado para trabajos dentales, trate de alterarlas. El ego del niño le permitirá ajustarse a la tensión. Dele al niño oportunidad de participar en los procedimientos. Trátemo como individuo con sentimientos y emociones, y no como objeto inanimado en la silla.

El odontólogo nunca deberá perder su dominio y enfadarse. La ira, como el miedo, es una reacción emocional primitiva e inmadura. Es señal de derrota e indica al niño que ha tenido éxito y ha disminuido su dignidad. Si el dentista pierde su control y eleva la voz, solo asustará más al niño y se le dificultará más aún su cooperación. Si el dentista ha tratado lo mejor posible, y no puede entablar relación con el niño, es mejor admitir la derrota que arruinar al niño para tratamientos dentales futuros.

Es conveniente recordar, al llevar a cabo procedimientos dentales 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 mostrar suavidad y gracia. Movimientos rápidos y bruscos tienden a

atemorizar a los muy pequeños. Si hubiera que definir los requisitos de un buen odontopediatra serían: Gracia, habilidad, conocimientos e inteligencia.

Cuando se someta a los niños a tratamientos odontológicos; hay que comparar la posibilidad del trauma psicológico con la necesidad de tratamiento. Entre todos los problemas asociados a la odontopediatría, el manejo es sin duda el --mas importante, ya que si no existe cooperación adecuada --del paciente, los procedimientos dentales se vuelven muy difíciles y a veces imposibles. Existen varios métodos para-aumentar la cooperación de paciente y disminuir las molc--tias, tales como dedación, analgésicos, hipnosis, tranquilizantes y anestesia general.

CAPITULO VI

NIÑOS CON PROBLEMAS MENTALES.

En el caso de niños con problemas mentales, cada niño deberá ser estudiado individualmente; es por lo tanto pertinente hacer una clasificación de la capacidad mental.

Niño Normal.- No existe problema y la forma de proceder no es desconocida.

Niño Tímido, Asustadizo, Aterrorizado o Vergonzoso.- Hay muchas razones por las cuales el niño puede ser tímido, asustadizo o vergonzoso, como por ejemplo, la falta de oportunidad para alternar con personas fuera del ambiente hogareño, poco afecto y la excesiva autoridad de los padres; puede tratarse de un niño psicológica y emocionalmente inmaduro, y -- por lo tanto insubordinado.

Es difícil descubrir al niño corriente asustado, pues

tratará de esconder su cara detrás de la falda de su madre, o mirar al suelo, o a otra parte, cuando se le dirija la palabra. Responde a pocas preguntas o comentarios, si es que responde, y no coopera mientras esté rodeado de esta capa razón. Esta reacción es común en el niño preescolar, especialmente en quien no ha concurrido a un jardín de infantes. Los niños de zonas rurales, son mas afectados que los de las zonas urbanas. El niño o la niña de la ciudad han tenido, por lo general, mas experiencia con otras personas que el niño rural, con el resultado que las reacciones pueden ser diferentes.

La asistente y el profesional deben hacer toda clase de esfuerzos para que el niño y la madre se sientan cómodos lo mas pronto posible. En estos casos puede frecuentemente llegarse al niño a través de la madre.

Lo antes posible debe aprenderse su nombre de pila o el nombre familiar con el que lo designen y también su juego o entretenimiento favorito, esto es muy importante que el odontólogo lo conozca. Esos niños responderán favorablemente, si se les demuestra un interés sincero. Los pequeños que viven en una granja, concurrirán a una escuela rural y sus experiencias, sus juegos y sus potenciales para la conversación están limitados con frecuencia al ambiente hogareño.

Por ejemplo, un niño de 5 años que venía a la ciudad una vez por mes con su padre; este chico entró al consultorio teniendo a su madre de la mano, mirando al piso y negándose a contestar. Se preguntó a la madre sobre las cosas que interesaban, especialmente a Enrique en su casa y se supo -- que tenía un chanchito predilecto. Poco después Enrique contaba todo lo referente al chanco, alimentación y planes futuros. Además, sabía las cosas que su padre estaba haciendo en el campo y las tareas domésticas que le requerían cada -- día.

A Enrique se le extrajeron varios dientes, se le realizaron 3 pulpotomías, se le colocaron 2 mantenedores de espacio y se le obturaron las piezas con caries. Enrique es un paciente ideal ahora, a quien realmente le agradan las visitas al dentista. No pierde ahora oportunidad para dar la última información respecto a su trabajo y cada año ha encontrado nuevos intereses, todos los cuales han sido concentrados en la granja. Sus padres, si bien granjeros con educación limitada, están muy orgullosos de Enrique y comprenden ahora plenamente los valores de la salud dental y las necesidades dentales de los niños.

Deberá procurarse hacerle el trabajo lo mas rápido posible sin producirle molestia ni dolor.

Niño Temperamental o Histérico.- El dentista deberá - tomar actitud firme y enérgica para introducirle al gabinete sin la compañía de sus padres. El trabajo que le hagamos no debe producirle dolor; desaparecerán así sus temores, se vuelve dócil; es recomendable la premedicación.

Niño Incorregible o Consentido.- Es el resultado de la excesiva indulgencia o en ocasiones del rechazo de los padres. Este niño puede lloriquear, golpear, patear, tirarse al suelo para desplegar arranques de mal humor, o hacer cualquier cosa, intentando por esos medios persuadir al padre para que lo saque del consultorio. Los padres generalmente en este momento comienzan a hacerle promesas, pero al chiquillo no le interesan, porque está familiarizado con el hecho de que casi todas las cosas son suyas con solo pedir las.

Al odontólogo no le conviene mostrarse enojado o irritado o mostrar antipatía por 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, puede percibir también cualquier signo de enojo, y esta reacción conducirá a muchos inconvenientes. Además el odontólogo enojado no puede en realidad, operar con eficiencia y muy probablemente resultará malo el procedimiento intentado.

El acercamiento a estos problemas de manejo del niño,

es importante en la determinación del éxito o el fracaso en esta rama de la odontología. Una aventura desafortunada con un niño puede significar la pérdida como paciente, de la familia entera y aún de sus amigos. Muchas actuaciones profesionales se han visto limitadas porque el odontólogo admitió su fracaso diciendo " démosle a María otra cita y veremos como reacciona la próxima vez ", generalmente no es diferente, y nada se ha ganado con esperar.

Es inadecuado ridiculizar o avergonzar a un niño, además es una pérdida de tiempo colocar al niño o a la niña en el sillón dental con el propósito de subirlos y bajarlos durante un periodo largo de tiempo.

Pocos padres, salvo que se hayan hecho arreglos especiales, tendrán deseos de pagar por un período de entrenamiento en el consultorio dental.

Los padres llevan a sus hijos al consultorio, porque existe un problema inmediato o porque estiman importante y aconsejable que los dientes sean examinados.

Algunos niños pasan por la entrevista inicial y el examen sin ninguna objeción seria, pero cuando se inicia la limpieza o el tratamiento se oye el siguiente comentario:---
" esa cosa no me gusta (señalando a la pieza de mano y la --

fresa), y no quiero que me la ponga ", o el chico comienza a retorcerse, resistirse y gritar.

En este momento debe hacerse todo lo posible, despacio y con calma, para explicar al niño las razones para el procedimiento y, además que se tomarán todas las precauciones para completar el tratamiento con la menor incomodidad posible.

En caso que el niño decida poner obstáculos por un tiempo o desatender cualquier acercamiento o comentario razonable del odontólogo, se conversa entonces con los padres para determinar el procedimiento a seguir en el caso particular.

Si continúa llorando, y se niega a responder a comentarios amables, entonces, como último recurso, se sostienen firmemente sus manos y sus pies. La mano del operador se coloca sobre la boca y nariz, durante unos cinco y diez segundos. Entonces se le dice: "no me gusta tenerte, Juan, pero debo hacerlo hasta que dejes de llorar y patallar".

Este solo tratamiento es, por lo general, suficiente, a pesar que ocasionalmente es necesario repetirlo varias veces, pero en todos los casos, el odontólogo debe ser el dueño absoluto de la situación. Este método es definitivo, rúpi

do y práctico y ahorra horas de tiempo. Algunos pacientes -- prometerán portarse bien después de la primera aplicación, - pero se oponen fuertemente a cualquier intento de examinar-- les la boca o iniciarse cualquier procedimiento operatorio, - en cuyo caso deberá procederse otra vez como antes.

El operador, ya controlado el paciente, debe felicitarle sinceramente y, cuando sea posible pedirle que sostenga - los rollos de algodón o ayude algo en la operación. Cuando - el axamen o la cavidad se ha terminado, se dice al niño: --- "Juan estoy orgulloso de ti". Ahora si puedes sonreírte, voy a hacer entrar a mamá y decirle que has sido uno de mis mejores pacientes y que deseo mostrarle lo que tu y yo hemos realizado.

Se invita entonces a la madre, quien con gran sorpresa, encuentra un niño contento y entusiasta. La cita que comenzó en la atmósfera mas desagradable, ha terminado en forma grata.

Es raro que el tratamiento que se ha mencionado, deba repetirse en la cita siguiente. El paciente gana mas confianza en cada nueva visita y se convertirá en uno de los mas -- grandes amigos del odontólogo, a medida que el trabajo dental adelanta. El padre, generalmente, no tarda en expresar - su satisfacción y relatar el asunto a los amigos cuando se -

ha demostrado éxito en su hijo.

Deberá el dentista de tomar una actitud enérgica haciéndole comprender la necesidad de tratarle su boca y deberá de decirsele que si no coopera se le amarrarán las manos.

Niño de mente deficiente. - Son tardíos en responder, por lo que se deberá tener paciencia y darles mas tiempo; -- asi responden a las órdenes que se les da. No debe de oír nada que pudiera asustarlo mientras se encuentra en el consultorio.

El oír a otros pacientes gritar o salir del consultorio llorando produce en los demás niños que se encuentran en espera de su turno una impresión desagradable; esto puede -- evitarse llamando a los padres para que permanezcan junto a él hasta que se haya calmado, para que salga sin causar impresión a los demas.

Se deberá tener en cuenta que un niño sano, normal de inteligencia puede manifestar mal humor y nerviosidad -- después de una o dos noches de insomnio a causa del dolor -- producido por alguna pieza dental enferma; el dentista deberá de tener paciencia en estos casos.

Una vez sentado en el sillón deberá despertar su --

interés contándole si alguna anécdota, así se distraerá su atención haciéndole menos pesada la curación, eso casi siempre resulta con niños hasta de tres años ya que en ellos no cabe razonamiento; en cambio a mayores de esa edad se les puede explicar con palabras sencillas el trabajo que se les va a hacer y su conveniencia al contarles un cuento se les sostiene su atención y a la vez se retiene la salivación que casi siempre es abundante. De 5 a 6 años es mejor apelar a su amor propio o estimular su orgullo por ejemplo, el pedirle su opinión, o comparando su comportamiento con el de otro niño menor que se haya portado en mejor forma que él da buen resultado.

El dentista deberá hablarle con voz suave y dulce --- pues el alma infantil es muy sensible; por eso casi siempre que se quiera reprimir un desorden infantil con gritos y voces airadas se fracasa. Si las palabras persuasivas se acompañan de una mirada firme que expresa cierta autoridad el resultado será halagador.

El niño enfermo.- En el cual su estado físico no justifica un esfuerzo adicional deben recibir el tratamiento mínimo necesario para calmar el dolor y la eliminación de cualquier fuente importante de infección si esto es aconsejable. A niños se les debe hacer un servicio de emergencia, hasta que este lo suficientemente bien como para completarles su ---

tratamiento dental.

El niño que ha estado enfermo.- Generalmente durante el período de enfermedad ha recibido privilegios y atenciones especiales de sus padres, quienes están obligados a brindarlas dadas las circunstancias. Algunos niños se acostumbran a pasarlo a su manera durante el período de enfermedad y, por lo tanto, despliegan todos los síntomas característicos de la protección, indulgencias y afecto excesivo, cada vez que la ocasión lo requiere. Es el padre sensato quien puede reconocer estos potenciales y brindar una guía racional a su hijo durante el interín de la enfermedad y en los períodos que siguen.

Los niños que han sido hospitalizados y mantenidos en las salas con otros niños durante mucho tiempo son, casi siempre, buenos pacientes dentales. Se acostumbran pronto a las maneras corteses de los asistentes de hospitales y ven a los otros muchos niños en tratamiento. El espíritu del "Yo también puedo tomarlo" es común en casi todos los niños que han estado en una institución durante algunas semanas o más.

Nutrición.- Las variadas deficiencias vitamínicas y minerales, conducen a muchos problemas complejos, inclusive -

de conducta. Irritabilidad, fatiga e inquietud, con mas algunos de los síntomas relacionados con la mala nutrición y pueden afectar la visita dental y la oportunidad para completar una determinada preparación de cavidad.

Fatiga física y mental.- La falta de sueño, al margen de la causa, produce un estado de fatiga física y mental, incompatible con una buena conducta en el consultorio dental. Los niños pueden también estar muchas veces cansados después de un día de arduo trabajo intelectual y físico, por esta razón, es preferible la cita durante las horas de la mañana. Evidentemente algunos pacientitos deben ser vistos bien entrada la tarde, pero en todas las circunstancias, debe tenerse en cuenta la posible fatiga durante estas horas avanzadas.

El niño desafiante.- Algunos chicos demasiados protegidos por sus padres en particular los varones desafían al dentista a que intente cualquier trabajo.

Esos niños no lloran y raramente dicen mucho. Una de sus expresiones comunes es: "No abriré la boca". Algunos agregan: "No quiero que me haga ningún trabajo y no me importa si mis dientes tienen caries.

Una capa exterior arrogante rodea a ese niño y si se consigue alguna cooperación, hay que apelar a su fanfarronería.

Cuando se ha obtenido la confianza y consentimiento del padre para ver al niño a solas, el problema está resuelto, aplicando el mismo tratamiento anterior; convencerá rápidamente al chiquillo de quien manda en el consultorio. Estos niños llegan a ser excelentes pacientes y verdaderos amigos en tiempo muy corto.

Parálisis cerebral.- la parálisis cerebral es el problema de impedimento más grave que afecta a recién nacidos. Aproximadamente, 50% de los niños que sufren esta enfermedad durante la infancia o sufren lesiones tan graves que hacen necesario su internamiento en una institución.

Esta enfermedad es un trastorno del sistema nervioso que se manifiesta en varios tipos de disfunciones neuromusculares, como espasticidad, atetosis ataxia, rigidez o temblores.

Como cada caso representa un reto algo diferente, el odontólogo deberá familiarizarse con los principales aspectos de los diversos trastornos neuromusculares y asegurarse

de cual de ellos sufre su paciente antes de pensar en planear algun tratamiento. Los tipos mas comunes de disfunciones neuromusculares son espasticidad, atetosis y ataxia.

La espasticidad, observada en aproximadamente 40% de los niños con parálisis cerebral, se caracteriza por hipercontractilidad de los musculos, y rigidez general en las secciones afectadas. Esta rigidez puede ser tan pronunciada como para impedir el movimiento pasivo de la extremidad.

La atetosis se caracteriza por contracciones musculares involuntarias y desordenadas, y se observa aproximadamente en 45 de cada 100 niños que sufren parálisis cerebral

La ataxia, o perdida de coordinación muscular, es característica de aproximadamente 10 de cada 100 niños con parálisis cerebral. Esta pérdida de coordinación muscular produce falta de equilibrio y marcha insegura.

La principal preocupación del odontólogo responsable de su salud dental es lograr ajustar sus procedimientos a las condiciones físicas y mentales del paciente individual. El odontólogo podrá lograr éxito siempre que obtenga una historia personal minuciosa del niño antes de la primera visita de este al consultorio dental. Debe conseguirse esta -

información de los padres o tutores, así como del médico que normalmente atiende a ese paciente.

Retardado mental.- Los términos retardo mental o subnormalidad mental se refieren a características intelectuales por debajo de la normalidad en niños con defectos del desarrollo, como debilidad mental, idiotez, inbecilidad, -- mongolismo, hipo u oligofrenia, y morronismo. Todos estos niños tienen generalmente cociente de inteligencia menor de 70.

La organización Mundial de la Salud aconseja la división de niños mentales subnormales en las siguientes tres categorías principales:

1. Subnormalidad leve- con cociente de inteligencia de 50 a 69 y edad mental en el adulto de 8 a 12 años.
2. Subnormalidad moderada - con cociente de inteligencia de 20 a 49 y edad mental en el adulto de 3 a 7 años.
3. Subnormalidad grave- con cociente de inteligencia de 0 a 19 y edad mental en el adulto de 0 a 2 años.

Antes de formular un plan racional para tratar a pacientes mentales retardados, el odontólogo debe conocer la-

edad mental del niño para saber que grado de cooperación - puede esperar de él y hacer los ajustes necesarios en los - procedimientos de tratamiento.

La mayoría de los pacientes retardados mentalmente - que llegan al consultorio entran en la categoría denominada Subnormalidad leve, y puede tratarse a la mayoría de estos niños con algo mas de firmeza y comprensión que las requeridas para tratar a pacientes de 8 a 10 años. Haciendo alarde de comprensión y paciencia, el odontólogo puede generalmente ganar la confianza de estos niños. Si no se lograra el nivel de cooperación necesario para poder realizar trabajos restaurativos ordinarios o si el niño retardado necesita tratamiento dental extenso y de habilitación, la única - esperanza de tratar con éxito al paciente es recurrir al empleo de anestesia general.

CONCLUSIONES

Los datos estudiados en esta tesis nos arrojan las siguientes conclusiones.-

- Es necesario conocer los antecedentes familiar del niño para estar en condiciones de tratarlo adecuadamente en la primera visita dental.
- La primera visita al consultorio dental va a marcar la conducta de aceptación o rechazo para las siguientes visitas, por lo que es conveniente planearla de acuerdo a los datos familiares obtenidos
- La influencia de la madre en relación a provocar miedo al tratamiento dental esta perfectamente probado por lo que es indispensable tranquilizarla para evitar, transmita al niño su propio miedo.
- La realización de una adecuada historia clínica --

proporcionará los datos necesarios sobre la salud física del niño con lo que se podrá establecer la técnica mas adecuada de acercamiento para las primeras visitas al consultorio dental.

- Los miedos y fantasías propios de la edad del niño, pueden provocar angustia por la posibilidad de sentir dolor. Por lo que a su vez es aconsejable dejar que el niño se familiarice con los aparatos dentales, previo al iniciar el tratamiento dental-indicado.

- Es de gran importancia que la personalidad del Doctor que se dedique a la atención de niños sea tranquila y paciente, porque de lo contrario provocará angustia y miedo en el niño.

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

1. Dr. Sidney B. Finn.
ODONTOLOGIA PEDIATRICA.
Traducido al español por: Dra. Carmen Muñoz Seca.
Editorial Interamericana.
4a. Edición.
2. Ralph E. Mc. Donald.
ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE.
Traducción del Dr. Horacio Martínez.
Editorial Mundi. 1975.
3. John C. Brauer.
DENTISTRY FOR CHILDREN.
5th. Edition,
Mc. Graw Hill Book Co.
1964. U. S. A.
4. M. Michael Cohen.
PEDIATRIC DENTISTRY.
Second Edition.
The C.V. Mosby Co.
U.S.A.
5. Dr. Hogeboom.
ODONTOLOGIA INFANTIL E HIGIENE ODONTOLOGICA.
6. Dr. Gesell.
EL NIÑO DE 5 A 10 AÑOS.
7. Jean Piaget.
LA REPRESENTACION DEL MUNDO EN EL NIÑO.
8. Gordon, Terdal and Sterling.
THE USE OF MODELING AND DESENSITIZATION IN THE TREAT
MENT OF A PHOBIC CHILD PATIENT.
Journal of Dentistry for children,
March, April, 74.

9. Gerald H. Kreincoen DMD,
GINOTT PSYCHOLOGY APPLIED TO PEDODONTICS,
Journal of Dentistry for Children,
March - April,
1975.
10. William C. White. Jr. Ph.D. John Akers,
Joseph Green, Davis Yates,
USE OF IMITATION IN THE TREATMENT OF DENTAL PHOBIA-
IN EARLY CHILDHOOD
Journal of Dentistry for Children,
March - April,
1974.
11. Jay A. Gershen, DDS.
MATERNAL INFLUENCE ON THE BEHAVIOR PATTERNS OF CHILDREN IN THE DENTAL SITUATION
Journal of Dentistry for Children,
January - February,
1976.
12. William Craig, DDS,
HAND OVER MOUTH TECHNIQUE,
Journal of Dentistry for Children,
November - December,
1971.
13. Rodney O. Sawtell, John F. Simon Jr. Rume J. Simeonson,
THE EFFECTS OF FIVE PREPARATORY METHODS UPON CHILD BEHAVIOR DURING THE FIRST DENTAL VISIT,
Journal of Dentistry for Children,
September - October,
1974.
14. Richard Adelson, Maring R. Goldfried,
MODELING AND THE FEARFUL CHILD PATIENT,
Journal of Dentistry for Children,
November - December,
1976.
15. Helen C. Gift, Karen A. Schaid,
PARENTS IN ORAL HYGIENE EDUCATION: AN OPINION SURVEY
Journal of Dentistry for Children,
November - December,
1974.