

1 ejemplar
Bollo (335)
[Signature]



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

DONADO POR U.G.D. - B.C.

**"Psicología Aplicada a la
Odontopediatría"**

T E S I S

Que para obtener el título de:
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a :
María del Pilar Fragoso Picón

México, D. F.

1979

14716



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.

CONTENIDO

	Págs.
INTRODUCCION GENERAL	V
CAPITULO I	
DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD ..	1
a) Naturaleza del Hombre como un Todo	1
b) Tipos de Personalidad	4
c) Teorías Psicoanalíticas del - Desarrollo de la Personali-- dad	7
CAPITULO II	
MEDIO AMBIENTE	11
a) Ansiedad Materna	14
b) Preparación del Niño a su - primera visita con el Den-- tista	19
c) Factores Socio-Culturales ...	24
d) Relación con los Hermanos ...	28
e) Fuentes de Conducta no Coope- rativas	31
CAPITULO III	
MANEJO DE CONDUCTA	33
a) Persuasión	35
b) Control de Voz	43

Págs.

c) Técnica de Mano de sobre Boca y Nariz	45
d) Modelaje	49
e) Desensibilización (Desensitización)	51

CAPITULO IV

TERAPEUTICA FARMACOLOGICA ACONSEJADA EN EL MANEJO DE COMPORTAMIENTO	55
---	----

CAPITULO V

ANESTESIA GENERAL	72
a) Aspecto Psicológico	72
b) Tratamiento Odontopediátrico.	76
CONCLUSIONES	82
BIBLIOGRAFIA	84

INTRODUCCION GENERAL

Por circunstancias especiales, tuve la oportunidad de presenciar en muchas ocasiones los tratamientos dentales que se practicaban a los niños cuando me iniciaba en la carrera de Odontología, - pero no fué sino hasta cuando cursé la disciplina de Odontopediatría que recibí la teoría y práctica correspondientes que me permitieron atender a mis primeros pacientes. Dicha iniciación tuvo como es de suponerse, un sinnúmero de problemas en relación al comportamiento que experimentaban los niños al ser tratados. Esto motivó mi inquietud e interés por conocer algunos aspectos psicológicos que según me parece es necesario conocer y estudiar, para aprovecharlos y aplicarlos adecuadamente a fin de facilitarnos el manejo apropiado del paciente infantil en el consultorio.

Reconozco que al no tener los conocimientos básicos de psicología, tuve que realizar una serie de consultas, recopilar un buen número de referencias bibliográficas, así como de los libros de texto que me permitieron cubrir en parte aquello que me pareció tener completamente una relación con el ejercicio de la Odontopediatría, ya que muchos de los autores consultados practican esta rama de la Odontología.

Desde luego mi escasa experiencia es obvia, pero dentro de la práctica he presenciado diversas y muy variadas formas de conducta, a veces increíbles, que me motivaron para tomarlas como tema del presente trabajo.

Es lógico que esta tesis no abarque ni mucho menos profundice en todos los aspectos psicológicos tanto del niño como del adolescente, que tienen estrecha vinculación con la práctica dental, - por lo tanto señalaré los puntos básicos a tratar - que a mi juicio cubren el objetivo que me propongo, tal es el de comprensión de determinada conducta - en pacientes y sobre todo el control que podamos - conseguir para el desempeño eficaz en los tratamientos odontopediátricos.

1.- DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

a) Naturaleza del Hombre como un Todo

El concepto de que el hombre es un todo -- afirma que éste es una entidad, un organismo indivisible. El hombre no es un conjunto de partes sin relación entre sí o que funcionan de manera independiente, sino que cada una es parte esencial e integral de un todo, que contribuye e influye sobre el todo. Así, tanto los efectos de la enfermedad como los del tratamiento no quedan nunca limitados a la porción interesada, sino que afectan al enfermo en su totalidad.

Los cambios en una parte no sólo afectan al organismo entero, sino que éste ejerce una influencia recíproca y dinámica sobre todas sus porciones constituyentes. Las partes no son entidades distintas que se encuentran o funcionan en un espléndido aislamiento, fuera de la influencia o del control del todo; los procesos dinámicos que acontecen en el organismo lo afectan plenamente.

El "todo", empleado aquí, se refiere al "núcleo central" del hombre, o sea su personalidad -- es en ella que el hombre logra su integración final y su plenitud. En la personalidad se enlaza la vida y cobra dirección la actividad del hombre, se abarca la calidad total de un individuo, la estructura orgánica, la integración de su modo de ser y comportamiento. Sin personalidad, no existe

el ente humano - sólo su cuerpo como una organización refleja. La desintegración de la personalidad destruye al ser humano a pesar de que la vida misma puede persistir.

El punto de vista en el cual se destaca la "totalidad" del hombre en realidad subraya la importancia básica de la personalidad en donde existe esta totalidad. Cuando decimos que la enfermedad afecta al hombre, nos referimos a la personalidad. Es la personalidad la que determina la respuesta a la enfermedad y al tratamiento; una respuesta basada en el sentido y en el significado.

Por lo tanto, el buen odontopediatra ha de tomar muy en consideración la personalidad del paciente, su papel en la enfermedad, respuesta e influencia del tratamiento sobre ella.

"Toda personalidad es influida tanto genética como ambientalmente, si bien la herencia predispone, no condiciona de una manera obligatoria la conducta de los individuos". (43)

Las posibilidades de éxito o de fracaso están en parte contenidas en los genes de las células reproductoras. Cada niño posee un patrimonio hereditario, verdadero y biológico que le es propio.

El porvenir del hombre depende de la calidad de este patrimonio hereditario y su conservación tendrá para los médicos del mañana la misma importancia que tenía para los médicos de ayer la-

lucha contra la infección" (J. Rostand).(43)

Una parte importante del comportamiento y - del condicionamiento de los hombres, es la consecuencia directa de los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales, que han influido en las primeras etapas de su existencia, desde la concepción - hasta el fin de la pubertad. En cada una de éstas, existen necesidades y requerimientos especiales -- bien definidos en ese instante. Si estas necesidades no son satisfechas, se originan graves perturbaciones, en ocasiones irreversibles durante el - crecimiento y desarrollo del organismo.

A partir del nacimiento, el individuo necesita una interrelación muy estrecha con los adultos protectores y responsables a fin de poder llegar a alcanzar la madurez de la personalidad. Los sentimientos y actitudes que se muestran en relación al nacimiento del niño, son factores que influirán en su ambiente.

Se considera a la madre como una fuerza ambiental predominante, sin embargo, conforme el niño va creciendo, se produce un cambio en su comportamiento que afecta en su interior y que pudo haber sido observado al poner de manifiesto su individualidad a temprana edad, tendiendo a conservar durante la niñez las características de la personalidad que mostraba cuando era infante, o bien los rasgos de ésta, pueden atribuirse a la herencia o a los factores determinantes del medio ambiente en el que se desenvuelven.

El desarrollo emocional del niño depende de su disponibilidad para establecer lazos afectivos con personas tales como educadores, padres, dentistas, médicos, etc, que deben conjugar sus esfuerzos para satisfacer las necesidades fundamentales de un organismo en continuo movimiento. Estas necesidades son similares para todos los niños del mundo, desde un punto de vista cualitativo, pero se combinan y se asocian de diferente manera en el tiempo y en el espacio. Básicamente se pueden clasificar en necesidades afectivas, nutricionales, sanitarias, educativas y sociales.

Los impulsos agresivos de la vida emocional, son algunos de los aspectos que el niño tiene que afrontar por sí mismo. Muchas muestran su inadaptación, ya que se inquietan seriamente limitando así su forma de vida. Una característica que manifiesta el niño que sufre desajuste en su personalidad, se presenta cuando sus esfuerzos para resolver las dificultades del presente son parcialmente anulados por los efectos emocionales de los problemas no resueltos en el pasado.

b) Tipos de Personalidad

Conocer a una persona, significa conocer su personalidad, así mismo, entender a una persona significa entender su personalidad.

La personalidad es la caracterización o el patrón estructurado de la conducta, y el patrón particular de conducta que exhibe un enfermo dado-

sugiere a qué tipo de personalidad puede pertenecer.

Sin ser psicólogo, ni psiquiatra, el dentista puede clasificar a su paciente o identificar algunas características de su comportamiento. Sin embargo es preciso que su interés por el paciente no se limite únicamente al campo profesional, o sea, en el caso del Cirujano Dentista, a la cavidad bucal y dientes. El dentista debe observar al paciente en su totalidad, examinando sus acciones, comportamiento, lo que dice y cómo lo dice, su modo de vestir, aspecto personal, etc.

Existen diferentes tipos de personalidad, básicas e importantes que el clínico debe saber reconocer. El clínico también debe comprender la conducta y reacciones de los individuos que pertenecen a uno de los tipos básicos de la personalidad.

Personalidad Bucal

El individuo con este tipo de personalidad, confiere un valor emocional exagerado a la boca y a sus funciones. Para él siguen siendo una fuente importante de placer y el medio para aliviar su estado de tensión. Por lo tanto, para este tipo de personalidad las funciones de comer, beber, masticar y morder serán el objeto de grandes preocupaciones. Generalmente son personas obesas, impacientes que toleran mal cualquier frustración y, aunque parecen simpáticas y amigables, su humor puede cambiar rápidamente, volviéndose mordaces,

sarcásticos, exigentes e irracionales. Este tipo de enfermos toleran mal cualquier pérdida y cae fácilmente en un estado de depresión.

El paciente con personalidad bucal está inclinado a experimentar tensiones bucales exageradas que lo llevarán a presentar quejas injustificadas o a pedir cuidados que en realidad no son necesarios.

Personalidad Compulsiva

Las características dominantes de este tipo de personalidad son el perfeccionamiento y la rigidez.

El individuo clasificado en este grupo es formal, puntual, meticulado y preocupado por los detalles; su perfeccionismo e inflexibilidad hacen que sea reactivo a cualquier cambio. Las repetidas exigencias de estos pacientes para hacer modificaciones en la oclusión, en la prótesis parcial fija o removible, llegan, a veces a desorientar al dentista, aunque éste procura fijar, ajustar o equilibrar la oclusión, el paciente sigue descontento considerando que "algo" en su boca está todavía fuera de equilibrio. Si el dentista no reconoce con qué tipo de personalidad está tratando su trabajo se hará interminable, corrigiendo siempre problemas dentales aparentes, cuando en realidad se trata de un problema de personalidad. Este tipo de pacientes pueden incluso necesitar un tratamiento psiquiátrico.

Personalidad Histórica

El paciente suele ser emocionalmente inestable, inclinado al histrionismo y a dramatizar todas las situaciones, es sugestionable y posee con frecuencia una gran imaginación. La coquetería y la vanidad son rasgos habituales; la preocupación por la apariencia va unida a un exceso de adornos en el vestir. Las fobias y un estado de angustia consciente son también característicos. Los enfermos con personalidad histérica pueden ser hipnotizados con facilidad y responden perfectamente a una actitud firme y segura del dentista.

Personalidad Paranoide - Esquizoide

Las principales características de este tipo de personalidad son, comportamiento receloso, - desconfiado y emotivamente frío. Es difícil ganarse la confianza de estos pacientes o establecer relaciones amistosas con ellos. También son frecuentes las manifestaciones de ira sin causa, de crítica y de reprobación. El tratamiento de este tipo de personas debe realizarse con prudencia y sumo cuidado.

c) Teorías Psicoanalíticas del Desarrollo de la Personalidad

La estructura de la personalidad consta de tres partes: el Id (ello) que existe desde el momento del nacimiento; éste es el depósito inconsciente de los instintos que tienden a la satisfacción de los impulsos.

El recién nacido no se diferencia así mismo de su madre, ni de los objetos que lo rodean, conforme crece y se desenvuelve, constituye un núcleo primario o puro de un ego (yo) en torno del cual - sus experiencias son integradas y que va creciendo, extendiéndose y ganando mayor conciencia sobre el-ld.

El yo unifica nuestros actos, nuestras memorias y nuestros proyectos, es además el receptor - de los cinco sentidos, controla los movimientos voluntarios y se ocupa de la memoria y la reflexión. Una de sus principales funciones, es la formación de los mecanismos de defensa. Solo mediante el yo es posible que tratemos o logremos alcanzar metas definidas e insistamos en vencer los obstáculos - que se oponen a nuestros propósitos.

Entre el Id y el Ego se encuentran los límites de lo inconsciente y lo consciente. La división entre ambas no está bien definida en el niño, pero a medida que éste crece, el ego se desarrolla más estableciéndose una separación con el Id.

El Superego es la correcta distribución del Id y el Ego, actuando como censor de la aceptabilidad de pensamientos, sentimientos y conducta. Esta parte de la personalidad sirve a los padres del niño para normar su comportamiento en los primeros años de la vida.

La estructura del Superego no principia sino hasta la edad de tres y cuatro años, haciéndose cada vez más importante sobre acciones, pensamientos y sentimientos.

Los niños pasan por cinco fases de desarrollo psicosexual que a continuación se mencionan:

- a) Fase Oral.- En el lactante, los impulsos a succionar, son predominantes, la excitación de la boca y de los labios es en sí misma placentera; por lo tanto la principal fuente de placer es la boca. Posteriormente al iniciarse la dentición el placer en morder puede subordinar y reemplazar el de succionar.
- b) Fase Anal.- Durante esta fase, el niño siente interés hacia sus excrementos. Si las demandas de los padres con respecto a la limpieza y regularidad son exageradas durante la época en la que se enseña al niño a controlar sus esfínteres; desarrollará actitudes de obstinación y terquedad que representan sus esfuerzos para afirmar su anatomía. Por lo que uno de los rasgos de esta fase sea la resistencia a lo que se considera la intromisión de otras personas en la vida privada.
- c) Fase Genital o Fálica.- Cubre aproximadamente la edad comprendida entre los cuatro y seis años. El niño comienza a diferenciar la anatomía de sus sexos. En esta fase se puede presentar el complejo de Edipo, que es el encauzamiento semi-inconsciente de posesión hacia el sexo opuesto y rivalidad hacia el padre. Algunos niños no logran desarrollar sentimientos sociales si son capaces de descartar los impulsos primitivos, antagónicos al mundo exterior.

d) Fase de Latencia (Preadolescencia).- Freud la describe como una tregua entre el Id y el Ego, - que marca el final de la niñez y el inicio de - la adolescencia.

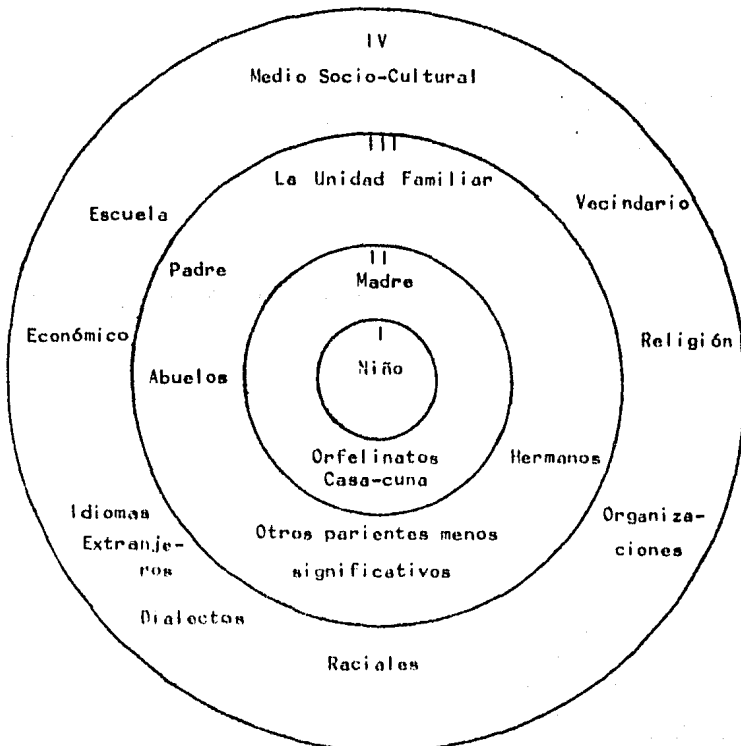
La situación del adolescente es difícil; - desligado de su pasado, inconforme con su presente o ignorante de su destino tiene que encontrarse - así mismo, así como su camino en la vida. Duda de su capacidad para proyectar su yo en el futuro. Necesita pues elaborar un nuevo concepto del mundo, - así como de los valores e ideas tradicionales - - aprendidas en la infancia ya que ahora se someterá a un juicio personal e independiente, que estará - en gran medida de acuerdo a su capacidad para desarollar procesos de pensamientos.

Los conflictos del adolescente con sus pa-- dres y con las personas que representan autoridad- son inevitables, pero se ven aumentados cuando - - aquellos pretenden conservar al hijo en una situa- ción de dependencia infantil o por lo menos de control exagerado (39).

Por lo que para vivir mejor, hay que vivir- aquí y ahora, sin que el pasado nos cause angustia, ni el futuro ansiedad, haciendo lo que nos guste, - siempre y cuando nos convenga y no nos perjudique- a nosotros, ni a los demás, sin dejar perder la - oportunidad de dar, ni de sentir lo que realmente- sea necesario.

II.- MEDIO AMBIENTE

Fuerzas significativas de la experiencia en
el desarrollo del niño.



Esfera I	Fuerzas primarias e inherentes
Esfera II	" " secundarias o de influencia materna
Esfera III	" " terciarias o intrafamiliares
Esfera IV	" " de periferia o extrafamiliares

En el anterior diagrama, se representa el ecosistema donde nace, crece y se desarrolla el niño; el ambiente, el medio social que por procesos permanentes de interacción sobre lo personal y genético, actúan modelando su personalidad, socializándolo a través de la familia, de la escuela y de otras instituciones sociales. La miseria, desnutrición, el abandono, etc., actúan como fuerzas negativas que cuando no producen la muerte, afectan su salud física y mental, produciendo toda clase de desajustes físicos y psíquicos planteando graves problemas para su desarrollo.

Según Karen Horney, el niño carente de asistencia y protección del adulto, normalmente representada por la familia, iniciará en esta fase el conflicto "ansiedad básica", esto es, la sensación que el niño tiene de estar solo e indefenso en un mundo potencialmente hostil. Diversos factores ambientales, pueden generarle esa inseguridad; dominación directa o indirecta, indiferencia, comportamiento caprichoso, falta de orientación afectiva, responsabilidades excesivas, sobreprotección, discriminación, promesas no cumplidas, etc. y así sucesivamente. (44).

Los resultados de observaciones clínicas sugieren que el medio ambiente desempeña un papel importante en la actitud del niño (1) hacia el tratamiento odontológico, por ello el manejo acertado de la conducta infantil es uno de los principales objetivos de la Odontopediatría para su correcto ejercicio.

A continuación se enumeran algunos factores psicosociales relacionados con la familia que influirán en el comportamiento del niño:

- 1.- Ansiedad Materna
- 2.- Preparación del Niño a su Primera Cita con el Dentista
- 3.- Factores Socio - Culturales
- 4.- Relación con los Hermanos
- 5.- Fuentes de Conducta no Cooperativa.

a) Ansiedad Materna

Es un tema de interés para el investigador-clínico para poder establecer la relación existente entre el comportamiento del paciente niño.

El miedo y la ansiedad son reacciones emocionales elaboradas por la personalidad, basadas en el sentido y el significado. Una situación puede suscitar miedo o ansiedad porque significa peligro o amenaza para la persona, aunque en realidad no exista tal. Lo importante es saber cómo la percibe el hombre y de qué manera le afecta. Sin embargo en la vida hay ciertas situaciones básicas que tienden a provocar ansiedad en la mayoría de las personas, una de estas situaciones es la visita al médico o al dentista generalmente.

El miedo, es una respuesta emocional realista, es la reacción a una situación que constituye un peligro o una amenaza real. La ansiedad es una respuesta a situaciones que son peligrosas sólo simbólicamente. La ansiedad es intangible, mientras que el miedo, por lo contrario, es concreto y sirve por lo general para poner al organismo en alerta contra posibles peligros que no están todavía claramente definidos.

La angustia estimula las reacciones de defensa y de evitación, como, por ejemplo acudir al consultorio dental, surgiendo la angustia que provoca un estado de tensión y cambios emocionales aunque el dentista no le haga daño, ni la lastime. La ansiedad exagera cualquier experiencia dolorosa

real, llegando a disminuir el umbral del dolor y a aumentar la tolerancia a los medicamentos, por lo tanto es preciso saber reconocer y tratar estos aspectos de angustia y anticipación que presenta el dolor.

Los factores que llegan a influir en un momento dado en la conducta del niño en el consultorio dental, frecuentemente se deben a experiencias obtenidas por los padres, ya sean agradables o desagradables a través de sus tratamientos odontológicos que son transmitidos a los hijos; por lo que la situación ideal es aquella en la que los padres se encuentran libres de aprensión en relación a la primera cita de su hijo con el dentista, debido a que sus antecedentes de historia dental fueron aceptables, (37).

La ansiedad materna, es decir, el temor o angustia que la madre demuestra ante el tratamiento dental influye determinadamente en la conducta del niño antes y durante la primer consulta, así como la aceptación o rechazo que éste manifieste en lo futuro.

Según Wright y Alpern, han encontrado una gran relación entre la ansiedad materna y el comportamiento no cooperativo del niño en el consultorio dental, sobre todo en niños entre 3 y 4 años de edad. (32).

En el trabajo de Bailey se sugiere una preparación de los padres previa a la cita. Comparando los niveles de ansiedad de la madre y el niño, observó que un niño pequeño adquiere una actitud,

más positiva cuando sus padres han sido preparados para la primera cita con el odontopediatra. Por lo tanto los elementos de sorpresa y la falta de información deben ser eliminados para obtener un mejor comportamiento y disposición del niño hacia el tratamiento.

Por otra parte, si se sobre satura a los pa dres con correspondencia informativa, que incluye desde una simple bienvenida hasta cuestionarios - complejos, volantes, etc, puede provocar confusión y ansiedad en el ánimo de éstos.

Recomiendan, a veces, el envío de una carta a los padres previa a la cita del niño, evitando toda clase de terminología dental incomprensible, - en donde se explique la importancia que significa para todos, el resultado de esta primera consulta, de mantenerse tranquilos mientras se encuentren en la sala de espera (que se recomienda en un lapso breve) ya que de lo contrario puede provocar confu sión y ansiedad en el ánimo del niño.

Se debe insistir sobre las ventajas que representa el conservar un buen cuidado de la salud dental y visitar periódicamente al dentista.

Las madres que recibieron la carta, reconocieron y apreciaron la atención del dentista, comprendiendo y valorando lo que representa para el - comportamiento de su hijo.

Cuando se han practicado de una manera conveniente en el niño todos estos procedimientos, se obtuvieron como resultados un mejor comportamiento

en la toma de radiografías, examen bucal, profilaxis, etc.

Roberstson y Robertson resume en su artículo los factores que influyen en la separación madre - hijo:

- a) Factores que provocan tensión: ambiente-
extraño al niño, acompañante inadecuado,
empleo de lenguaje poco familiar, dolor
y enfermedad.
- b) Factores que pueden reducir la tensión:-
acompañante adecuado (familiar), restrin-
gir movimientos corporales.
- c) Factores que muestran el estado psicoló-
gico del niño: su ego, calidad de la re-
lación madre e hijo, fantasías acerca -
del dolor y enfermedad.

Se ha discutido mucho sobre la conveniencia o desventaja de la presencia o no de la madre du-
rante el tratamiento dental.

Schwartz se dió cuenta de que los padres --
transmiten una mayor ansiedad y miedo a sus hijos,
por lo que se establece una mejor relación, pacien-
te - dentista cuando éstos no se encuentran, ade-
más considera que la asistente deberá de transmi-
tirle confianza al niño ya que llega a sustituir -
a la madre en un momento dado, durante la visita -
dental.

Chamber permite a la madre acompañar al ni-

ño durante el tratamiento, pero únicamente como es tricto observador y no enfrente de su hijo, ya que si siente ansiedad, se la transmitirá, produciendo un efecto contrario al deseado, debiendo entonces retirarse (9).

También se ha llegado a la conclusión de - que si la madre es motivada e instruida adecuadamente puede llegar a ser de gran ayuda para lograr establecer una corriente de simpatía entre el niño y el dentista, teniendo siempre en cuenta la edad del paciente.

Massler, opina que la decisión de dejar entrar o no a la madre durante el tratamiento dependerá de lo que sea mejor para ambos. No debemos - atenernos a recomendaciones o reglas estrictas como normas generales para todos los casos.

La presencia de los padres dependerá de cirunstancias muy especiales tales como edad, idioma, dependencia del niño hacia la madre, incapacidad - física, mental, información personal etc., pero será el profesional que hará la evaluación según el caso particular.

b) Preparación del Niño a su Primera Visita con el Dentista.

La visita al odontólogo es para el niño una nueva experiencia que generalmente desencadena, - tanto nerviosismo como dolor. Esto se debe en la mayoría de los casos a que acuden a consulta, cuando la salud bucal es deficiente e incluso existe dolor en un porcentaje elevado.

El odontopediatra nunca debe de perder su control, ni agotar su paciencia y capacidad de comprensión, hacia la situación en que se encuentra el paciente. Debe así mismo detectar en forma breve y precisa los factores de angustia, para eliminarlos enseguida.

La mayor parte de los niños reciben información referente al dentista y ambiente del consultorio, aún antes de vivir su propia experiencia. Las más de las veces ese conocimiento es vago y no totalmente apegado a la realidad, ya que en general las personas sienten aversión hacia el tratamiento odontológico. De manera que una vez que se enfrenta a su primera consulta se siente angustiado y -- atemorizado, por lo que ésta representa en cuanto al dolor físico. En ocasiones el niño se avergüenza de su propio temor, exagerando los dolores soportados para disculparse así mismo, por lo que se enfatiza que la función y objetivo del buen odontólogo es evitar el dolor y no producirlo hasta donde sea posible.

Se recomienda a los padres no utilizar al - dentista como un medio de amenaza o castigo para -

los niños, ni llevarlos sorpresivamente al consultorio. Deberán de asistir a las citas con regularidad, ya que el nerviosismo de sus hijos aumenta -- mientras más se retrase el tratamiento. Por otra parte, deben de pensar que para la buena conservación de los dientes, los niños deben de soportar ciertas molestias, tampoco hacerlos sentir que tienen o que padecen de un problema grave en su boca, ya que esto les provocará una mayor ansiedad y temor. En todo caso, si esto fuera realidad, es recomendable no hacer comentarios negativos al respecto, aunque tampoco engañarlos.

Resumiendo, los factores determinantes de la actitud del niño ante el tratamiento, son los siguientes:

1.- Factores favorables:

- a) Medios educativos sobre la salud
- b) Influencias positivas de los padres u otras personas
- c) Experiencias agradables en el consultorio, sin dolores, ni molestias.

2.- Factores desfavorables:

- a) Escuchar experiencias desagradables (artículos programas de radio, dibujos, televisión, negativamente empleados)
- b) Manifestaciones de abierto rechazo hacia la odontología.

- c) Experiencias personales desfavorables en el consultorio.

La educación de los niños acerca del tratamiento dental, debe de contener las siguientes enseñanzas, que serán explicadas, de acuerdo a la edad y entendimiento del niño.

- 1.- La higiene de la boca es importante para la conservación de sus dientes y de la salud en general.
- 2.- Dientes sanos y bien conservados, forman parte de la belleza de la cara.
- 3.- Es necesario visitar al dentista para que examine los dientes y los cure, en caso de que estén enfermos; pero lo importante es que los conserve sanos, si aún no se encuentran lesionados.

El niño debe observar por sí mismo, un consultorio dental, para que le resulte una visita atractiva y de impresiones agradables, motivando así su interés en sus próximas citas, ya que el aspecto agradable de un lugar causa una impresión bien determinada que puede ser intensa y perdurable.

El primer contacto que el niño obtenga de su primera experiencia, se recomienda sea positiva, agradable e interesante ya que en cada cita se irá mejorando, pues un sólo fracaso en este sentido, puede cambiar su buena disposición.

De estas primeras impresiones que el niño obtenga tanto del dentista, como de su personal, -

dependerá en gran parte su futuro comportamiento - frente al tratamiento y cuidado de sus dientes es decir que de la experiencia que obtenga de la primera cita resultará el mejor o peor paciente generalmente.

En lo que respecta al aspecto propiamente - psicológico de esta primera visita, deseo hacer -- hincapié en la necesidad para los odontólogos que - por primera vez van a conocer a su paciente, que - se proceda a realizar el examen médico, que además de brindarnos una seguridad, es un motivo de toma- de contacto con el niño, pero además intentar ha- cer el examen y estudio psicológico.

El niño es visto primero en compañía de sus padres, para dejarles exponer los motivos de la - consulta. Después de este primer contacto, convie- ne escuchar por separado a cada uno de ellos, siem- pre y cuando la separación no provoque reacciones- importantes de pánico o de oposición.

Con el estudio de los antecedentes familia- res, podemos ayudarnos a precisar la naturaleza de los lazos familiares y las condiciones de vida del niño, suponiendo así un primer acercamiento psico- lógico de las personalidades tanto maternas como - paternas, tampoco debemos de olvidar las reaccio- nes personales del dentista, de simpatía y antipa- tía.

Se puede hacer una observación objetiva del comportamiento del niño, juzgando su aspecto: ines- tabilidad de ciertos niños que nunca están quietos tocando todo en el consultorio, o por lo contrario,

la pasividad o astenia de otros, demasiados replegados sobre sí mismos, e inclusive hostiles frente al adulto.

El odontólogo debe estar advertido de la -- existencia de los "mecanismos de proyección". Frente a las dificultades psicológicas de los pacientes, todo médico tiene tendencia a "proyectarse" - con su personalidad y sus propios problemas de la infancia. Para evitar reacciones instintivas e in-- conscientes, el dentista debe olvidar su "apego" - habitual al paciente, tratando de ser neutral frente al niño y sus padres al máximo. Sin hostigar - al paciente con preguntas debe permitirle expresarse espontáneamente, ya sea por el lenguaje o para los más pequeños, por medio del dibujo o los juegos.

Progresivamente, y luego de cierto tiempo - de adaptación, al tomar confianza, el niño se vuelve capaz de expresar sus dificultades delante de - un adulto que ya no aparece sistemáticamente como un juez.

Estos primeros contactos, no son en general suficientes para apreciar la personalidad del niño, que necesita, a menudo observaciones mucho más prolongados y profundas. Este estudio psicológico es, en efecto demasiado subjetivo, y pone en juego la personalidad del dentista, de los padres, del niño y sus interacciones. (46)

c) Factores Socio - Culturales

Cada cultura tiene sus propias cualidades - o rasgos así como diferentes religiones, creencias, origen étnico, número de integrantes en la familia, etc. Estos factores difieren de acuerdo al sexo, - clase social, cultura, edad, etc., más sin embargo proporcionan puntos de referencia a partir de los cuales es posible comparar las aportaciones psicosociales de un individuo en relación con otro cuyo desarrollo y ambiente son similares.

Estudios realizados en niños educados en diferentes partes del mundo bajo una gran variedad - de circunstancias sociales físicas, indican que -- que los seres humanos tienen la capacidad de adaptarse dentro de ciertos límites a variantes que - permiten que el niño se desarrolle y funcione de - modo saludable (41).

Wright y Alpern, al investigar la influencia de las clases sociales de los padres con respecto a la conducta de sus hijos confirman haber - obtenido una mejor cooperación por parte de los niños procedentes de clases sociales media o baja, - así mismo la contribución de los padres con respecto a la conducta cooperativa no debe ser generalizada, por lo que debemos relacionar al paciente individualmente.

La observación directa de los efectos contraproducentes que influyen en los niños de corta edad, la privación absoluta del cuidado materno ha

sido estudiada por gran número de pediatras, psicólogos y especialistas en pediatría infantil, comprobando que el desarrollo del niño puede ser afectado física, intelectual, emotiva y socialmente - por dicha privación, también pueden aparecer síntomas de enfermedades mentales y físicas (40).

El sentimiento de angustia más precoz y más arraigado del hombre se encuentra asociado con la imagen de los padres que educan y castigan.

Los padres tienden a emplear su propia educación como un modelo para educar a sus hijos, este modelo es favorable siempre y cuando sean sensatos y se ocupen de su cuidado, por lo contrario será desfavorable si se desarrollan en medio de privaciones, falta de cariño, dirección o se encuentran expuestos a rechazos, abusos físicos o comentarios que le causen daño y le provoquen lesiones psicosociales.

Sin embargo "Los problemas son necesarios - para el desarrollo y las inseguridades son no sólo inevitables sino valiosas para el progreso humano" (39).

En algunas ocasiones, los padres ridiculizan al niño como una técnica de control, por lo que debemos de considerar si el niño ha sido acostumbrado a obedecer, al regaño o a la restricción. Los adultos deben de aceptar al niño como es. Esto significa que sus intereses son tan importantes en su nivel, como aquellos de los adultos en el pro--

pio, siendo por lo tanto dignos de respeto y comprensión.

Sería deseable que los adultos no descargaran parcial o totalmente sus tensiones sobre los niños, para que éstos tuvieran un mejor y más saludable desarrollo mental emocional, sin embargo esto sucede la mayor parte de los casos.

Si la relación niño - adulto es positiva, - contribuirá a un óptimo desarrollo integral del - primero, preparándolo para hacer frente a los problemas afectivos de su vida.

El niño relativamente pequeño y desamparado, teme al padre, relativamente grande y poderoso. El niño siente que su destino y su vida están en las manos de esta figura poderosa y a merced de los caprichos de esta autoridad. Generalmente los años no logran borrar esta primera percepción de los padres y la angustia asociada con ella.

Estas situaciones u otras similares, producen un estado de angustia y malestar agudo que la realidad del acontecimiento no justifica de ninguna manera.

El dentista y el médico también son símbolos de autoridad y representan en la memoria inconsciente del enfermo una figura familiar del pasado que podrá hacer daño o herir. Es casi inevitable, por lo tanto importante que el dentista reconozca que cuando se encuentra en su consultorio vestido de blanco, con su instrumento en la mano -

casi siempre despertará en el paciente un sentimiento de ansiedad, basado en parte en su significado simbólico como figura de autoridad.

El hecho incontrovertible de la pequeñez y debilidad del niño en un mundo de adultos poderosos, es la causa más frecuente de angustia en la infancia. Este sentimiento puede dominarse mediante mecanismos de compensación como el logro de la independencia y el dominio. (45).

Para ayudar a los niños a descubrirse así mismos, los adultos también deben de estar involucrados en este problema, por lo que ningún conocimiento es más importante para la vida, que el conocimiento de sí mismo.

d) Relación con los Hermanos

La ciencia social ha considerado a los hermanos como posible fuente potencial de ansiedad y miedo. La mala conducta del niño pequeño en el consultorio puede ser el resultado directo de la influencia del hermano mayor. A este proceso se le conoce como "transmisión de conducta".

Al proceso de reproducir el comportamiento exhibido por un modelo, se le llama "identificación". Como consecuencia del modelaje o imitación, el niño piensa, siente y se comporta como su modelo. Esto no sucede sin un conocimiento consciente por parte del niño más pequeño (Generalmente entre ellos se comunican sus experiencias con el dentista).

La actitud desarrollada por el hermano mayor, es un sistema prefabricado para que el hermano menor aprenda de él. Esto es verdadero, siempre y cuando el hermano más pequeño no haya tenido experiencia previa con el odontólogo.

El niño que nace primero adquiere la conducta de sus padres como modelo, a diferencia de los pequeños que además de tener la de los padres, tienen a sus hermanos mayores.

En el momento en que el niño observa el comportamiento de sus hermanos durante el tratamiento dental, no deberán atemorizarse por la contemplación de éstos; los movimientos que ejecute el espe

cialista deberán de ser lentos y la instrucción mínima, debemos recordar también que los ruidos fuertes son desconcertantes para el niño pequeño (6, - 23).

El dentista deberá decidir sobre la conveniencia o inconveniencia de permitirle al niño observar a su hermano, así como también considerar en ese momento el estado en que se encuentran tanto el niño que observa como al que se está practicando el tratamiento.

Se realizaron estudios como los de Ghose -- (13) en los cuales se comprobó el efecto del modelaje en 75 pares de hermanos, los más pequeños tenían una edad de 3 a 5 años y los grandes de 11 - años.

En el grupo experimental (modelaje), los hermanos más pequeños observaron varios procedimientos que se realizaron con los hermanos mayores durante dos citas. Durante la primera se efectuó únicamente una exploración de sus dientes, pero en la segunda se realizó un tratamiento restaurativo. Inmediatamente después, estos mismos procedimientos se practicaron con los hermanos menores.

El grupo control estaba constituido por todos aquellos niños a los cuales no se les permitió la observación de sus hermanos, ni la estancia en el operatorio al mismo tiempo. Únicamente en el grupo experimental, los hermanos más pequeños observaron los procedimientos del tratamiento y la -

conducta paciente dentista antes de ser tratados.

Ghose y Col (13) concluyeron que la conducta entre el grupo experimental y el grupo control resultó bastante significativa, ya que indicó la influencia benéfica de los hermanos mayores sobre la conducta de los pacientes más pequeños. Los niños en el grupo experimental mostraron una actitud más positiva durante la preparación de cavidades, obturación de dientes, etc. Una variación en la conducta, podría ser atribuida a la diversidad de edades, 3 a 11 años, así como a la diferencia de sexos entre los hermanos.

La presencia de los hermanos mayores parece mejorar la conducta del hermano menor durante las visitas dentales subsecuentes, aunque esto no puede ni debe generalizarse.

e) Fuentes de Conducta no Cooperativas

La falta de cooperación del niño en el consultorio dental puede atribuirse a determinados factores, se mencionarán aquellos en que la familia se encuentra involucrada:

- 1.- Conducta adquirida
- 2.- Emplear la visita del dentista como un castigo para el niño.
- 3.- Ansiedad del niño, tanto interna como externa
- 4.- Discusiones de experiencias odontológicas desagradables frente al niño.

Cuando el niño se siente incapaz de sobrellevar y afrontar los problemas que se presentan en su medio ambiente, tales como actitudes negativas de los padres, vida familiar insatisfactoria, etc., se producirán cambios durante el desarrollo de su salud emocional y su conducta.

Se ha demostrado que el medio ambiente en el cual se desarrolla el niño va a tener repercusión sobre su comportamiento. Así tenemos que la preocupación por problemas tales como pobreza, trabajo inadecuado, relaciones familiares infelices, fricción matrimonial, fatiga, enfermedad, etc. son factores que pueden agotar la capacidad tanto del-

padre como de la madre de dar algo a los demás (41).

Por lo contrario, si el niño vive en un ambiente en donde hay buena alimentación, alojamiento confortable, cariño, atención y protección de los padres, son factores que van a contribuir en su formación de carácter y convivencia con otras personas. (6, 23, 26)

III.- MANEJO DE CONDUCTA

Dentro de los factores que pueden llegar a modificar la conducta, se consideran el empleo o no de reforzamientos mismos que pueden llegar a aumentar en un momento dado la frecuencia de la conducta deseada. Estos se van a clasificar en diferentes clases como:

- a) Positivos.- Dentro de este grupo se encuentran las siguientes acciones: caricias, palabras de elogio y sobre todo - prestarle atención así como mostrar interés por lo que está haciendo el niño.
- b) Reforzadores simbólicos.- Se encuentran representados por objetos materiales con los cuales el niño fortalece su comportamiento adecuado.

El castigo es ocasionalmente necesario y - por definición podría ser una causa que disminuirá o eliminará la conducta original (4).

Rosenberg da su punto de vista con respecto a los reforzadores y castigos. Nos dice que podemos aprender a emplear los instrumentos de la psicología, particularmente aquellos concernientes a la modificación de la conducta humana. En este estudio concuerda con el punto de vista de Berenice y Ripa respecto a la definición de reforzador y castigo, sin embargo concluye diciendo que un reforzador no es necesariamente un premio, así como un -

castigo no es necesariamente doloroso (26).

El reforzamiento inmediato identifica la - conducta deseada. Debido a la complejidad de la - misma y al nivel de capacidad del niño. No es -- real el esperar un comportamiento satisfactorio in - mediato. Tanto las críticas como el regaño pueden - llegar a emplearse como reforzadores para llamar - la atención del paciente.

Se recomienda que la recompensa material - sea dada al final de su visita.

a) Persuasión

Uno de los aspectos básicos de la terapéutica de sostén es la importancia de la actitud y de los modelos del dentista. "Es posible evitar un gran número de aberraciones de la percepción, si el dentista demuestra calor, amistad y tranquilidad en el trato de su paciente" (45).

La persuasión, es un procedimiento activo - que nos es de mucha utilidad en el manejo del niño ya que nos ayuda a lograr un mutuo entendimiento - entre dentista y paciente sobre lo que se está hablando, o sea el establecimiento de la comunicación, que es uno de los principales objetivos que se pretende obtener. Para lograr la comunicación verbal nos podemos valer de preguntas con respecto a su persona o medio ambiente, sin embargo la comunicación, no solamente significa conversación sino efectuar acciones como acariciarle la mejilla, el cabello, etc, que pueden conducir al niño a dar su aprobación y aceptación.

Los componentes verbales y no verbales de la comunicación deben de ser todo el tiempo específicos y simples, teniendo en cuenta el nivel de comprensión del niño, ya que no es lo mismo como se expresan las ideas, a lo que realmente se dice. El escuchar y ver influye en la persuasión de su propio lenguaje, por lo que si el mensaje no concuerda, se distorsionará lo que se ve y oye, cambiando el significado de éste.

Tanto la actitud, como los sentimientos son importantes para llegar a establecer la comunicación. El odontólogo deberá de aceptar al paciente no solamente cuando demuestra buen comportamiento, sino también cuando es rebelde y agresivo, pondrá atención a sus palabras y sentimientos, contestando a sus preguntas de la mejor manera posible sin dar rodeos, empleando un lenguaje y conceptos al nivel de su entendimiento (30).

"El dentista puede ser infinitamente útil - cuando dedica el tiempo suficiente para conquistar la confianza de su paciente para ello ha de acercarse con consideración y una seguridad hábil, - - (45).

Addels ha descrito la técnica de "decir, - mostrar y hacer" cuyo procedimiento es el siguiente:

Se deberá de explicar al niño cómo y porqué se van a emplear los aparatos con los cuales va a tener contacto, como el aparato de rayos X, la lám para dental, algunos instrumentos, etc. Se le darán a entender los procedimientos que se realizarán como son la profilaxis, toma de radiografías, - examinación oral, etc, en un lenguaje claro, de -- acuerdo a la edad y tan lento como sea necesario, - hasta que el niño quede enterado de lo que será el procedimiento, evitando cualquier comentario que - pudiera ser mal interpretado o que alarme al pa- - ciente, provocándole temor y desconfianza. El den tista se puede ayudar demostrándolo sobre él mismo y por último sin desviarse de la explicación y de-

mostración del tratamiento, se llevará a la práctica. Los materiales que se empleen dentro de la boca tales como restauraciones con amalgama de plata, coronas de acero cromo, policarbonato, sellador de fisuras, toma de impresiones con alginato, etc., - deberán de ser explicadas detalladamente evitando el empleo de palabras completamente desconocidas - para él. (1,2,3).

Es muy importante evitar ruidos innecesarios, así como gestos o alguna otra manifestación - ya que se podría perder la relación o simpatía lograda entre el dentista y el niño, por lo que los instrumentos que producen ruido deberán de ser mostrados a cierta distancia de manera que el niño no pueda ser sorprendido. En el caso de la pieza de mano, sólo se le permitirá sentir la vibración, - sin presión tratando que logre llegar a diferenciar entre ruido, vibración y dolor. Esta técnica deberá de ser empleada desde que el niño entra al consultorio, hasta el final del tratamiento.

Tanto el dentista como su asistente, deben de tener cuidado de escuchar lo que el niño está - diciendo, así como preguntas o comentarios que nos hagan ya que pueden ser fácilmente mal interpretados o entendidos. Se le deberá de mostrar absoluta confianza para que nos pregunta sobre aquello - que le cause miedo, como sería el equipo dental o el tratamiento que se esté realizando y no intentar callarlo o interrumpirlo puesto que perderíamos su confianza.

La administración del anestésico local jue-

ga un papel muy importante en la práctica diaria, - por lo que debemos de tener en cuenta los siguientes detalles: Quien trabaje con niños, deberá tratarlos individualmente según edad y mentalidad, recordando que muchos no tienen el suficiente dominio de sí mismos y expresan sus sentimientos desagradables en diversas formas y tonos.

El odontólogo deberá de tener una conversación con el niño para enterarse si ha tenido una experiencia previa desagradable o no, se le dará una explicación del empleo de la anestesia y de los efectos que ésta le va a producir, nunca se le mentirá acerca de la molestia o dolor, ni alejarlo de ello. Para aquellos niños que nunca han experimentado una anestesia local, se le explicará la sensación de adormecimiento sobre sus tejidos, e inclusive se recomienda darle un espejo al niño, inmediatamente después de aplicarla, para que observe que nada ha modificado la estructura original de su boca y de su cara. El dentista deberá mostrar seguridad, con una actitud positiva, cuando se aproxime al niño, debe de confiar en su habilidad, no manifestando gestos de preocupación o susto ya que afectaría inmediatamente el comportamiento del niño, si éste se encuentra observándolo al igual que el odontólogo, la asistente le mostrará también seguridad al niño, prodigándole verdade ra sensación de confianza.

Es importante el empleo antes del anestésico tópico en el sitio donde se haga la punción, - por lo menos 1 minuto antes de su aplicación, para lograr un mínimo de dolor y angustia (25).

En el momento de la aplicación del anestésico, se deberán de evitar manipulaciones bruscas - del dentista, así como evitar la interferencia del paciente, por lo que la asistente deberá encontrar se cerca del niño, en caso de que esto pudiera ocurrir.

Es primordial evitar que el niño observe como prepara la asistente la jeringa y en qué forma y cómo nos la entrega, para que sea apropiadamente llevada a la boca, es muy importante que se distraiga su atención en esos precisos momentos, con pláticas sobre temas completamente ajenos a la odontología, por lo que debemos de evitar el silencio.

Existen dos tipos de caricias:

- a) Las positivas, que se dan verbalmente, - por medio de frases, palabras de aceptación, de estímulo, sonrisas, o caricias físicas por el contacto y la proximidad.
- b) Las negativas, como amenazas con acciones físicas, gestos, etc. En caso de que el dentista emplee constantemente las caricias negativas para adquirir un comportamiento determinado, deberá de considerar el precio o consecuencias que esto puede ocasionar (35).

Se deberá de establecer ante todo una mutua simpatía antes de iniciar el tratamiento para que de este modo, muchas órdenes sean más tarde efectivas.

El odontopediatra hará entender al niño de que se encuentra completamente capacitado tanto en conocimiento como en habilidad, así como de que es capaz de ayudarlo sin hacerle ningún daño innecesario.

Debemos de tener en cuenta que los niños de dos y medio y tres años de edad, son generalmente incapaces de entender expresiones directas así como súplicas respecto a objetos presentes; como "sé un niño bueno", "compórtate bien", etc, son palabras poco probables de ser comprendidas, ya que el niño desconoce el significado de ser bueno.

Los niños de tres, cinco y siete años de edad tienen mayor desarrollo intelectual, además de que las fantasías son muy notables. Los niños de cinco, siete y nueve años de edad, son capaces de actuar socialmente, aunque algunos no entiendan las consecuencias de sus acciones.

Existen tres elementos importantes para lograr la comunicación en el consultorio dental y serán representados de la siguiente manera:

El dentista será el transmisor

El consultorio, el medio

El paciente, el receptor

El transmisor preparará la información para ser transmitida, después el mensaje será recibido y descifrado; el transmisor espera que el receptor lo acepte y lo interprete sin distorsionarlo.

Ya que el consultorio es el medio en el - -

cual proyectamos nuestra comunicación, éste deberá de ser tranquilo, para que el niño nos preste atención. La sala de espera deberá de ser agradable - luminosa, con muebles que sean atractivos al niño - así como juguetes, flores, etc, manteniendo todo - en buen estado, recordando que un lugar decorado - de esta manera causa una impresión bien determina- da, que puede ser muy intensa y perdurable (38).

El odontólogo deberá asegurarse de que su - transmisión sea interesante, informativa, amigable, confidencial y sincera debe de tener paciencia, pero hacer sentir su autoridad, tener suficiente ha- bilidad para trabajar rápido y suavemente, debe de comprender el carácter del niño y conocer su temperamento para adaptarse a sus procedimientos. Esta- postura, unida a la habilidad técnica, asegura al- paciente un cuidado excelente de la boca y procura al dentista el éxito, además de la satisfacción de haber atendido a las necesidades del paciente (45).

Kreinces da los principios de Gino, los - cuales son aplicados a la situación dental:

- 1.- Reconocer la experiencia del niño de lo que ha visto u oído.
- 2.- Otorgar elogios únicamente por los es- fuerzos que realiza y no por su carác- ter o personalidad.
- 3.- Ofrecer opciones y alternativas a los - niños de lo que será su tratamiento dental. Hay que tener en consideración, - que todas estas alternativas deben ser-

favorables al dentista.

- 4.- Los niños necesitan ser complacidos, en las relaciones humanas, no sólomente -- las técnicas nos ayudan, sino también -- las personas que las emplean, los niños necesitan ser complacidos y saber que -- son complacidos, debemos de recordar -- que son susceptibles a captar nuestros verdaderos sentimientos (21).

Las recompensas otorgadas tanto por el dentista como por sus padres no deben de darse como soborno para que el niño deje tratarse, ni tampoco como un premio por los sufrimientos padecidos. Debemos estar siempre seguros de que la recompensa -- es oportunamente otorgada y que el niño también lo entienda de este modo (38).

b) Control de Voz

Se ha reconocido y valorado la importancia que tiene el tono de voz que el dentista emplea al dirigirse a sus pacientes; por lo que un cambio en el volumen, firmeza y suavidad de ésta nos ayudará a obtener la atención del niño, que es el objetivo primordial tanto del control de voz como de todas las técnicas que se emplean en el consultorio.

Debemos de tener muy en cuenta el evitar - las conversaciones monótonas, así como un tono de voz muy suave, ya que no es tan importante lo que se dice, sino cómo se dice, puesto que se pretende influenciar directamente en el comportamiento sin que medie el entendimiento. El control de voz es más efectivo cuando se emplea en conjunción con la comunicación (7), que es un intercambio de experiencias comunes, cuyo propósito es un mejor acercamiento con los pacientes. No debemos de olvidar que el significado del mensaje que se transmite al niño, puede llegar a ser interpretado de diferente manera por él. Se recomienda que nos lo repita en sus propias palabras.

Es muy importante no dejar de mantener una actitud confiada, así como un tono de voz fuerte y firme cuando se ordene al niño hacer algo, de manera que el mensaje resulte eficaz, ya que si se emplea un tono de voz débil y una actitud nerviosa, se obtendrá como resultado el efecto contrario al deseado.

Concluyendo, el dentista debe de modular y adaptar su voz al expresarse, proyectando una imagen de confianza, paciencia, comprensión, autoridad, sinceridad al niño, para lograr un mejor acercamiento, de acuerdo al caso. (7,8,9).

c) Técnica de Mano sobre Boca y Nariz

Es una de las técnicas que posee más contro
versias en cuanto a su aplicación en el manejo del
niño diffcil.

Descripción de la técnica de Levitas:

Coloco mi mano sobre la boca del paciente -
cubriendo la nariz (en caso necesario), con mi ca-
ra muy cerca de la suya y le digo directamente al-
oído "Si quieres que retire mi mano, deberás dejar
de llorar y escucharme, sólo quiero ver tus dien--
tes". Después de pocos segundos se vuelve a repe-
tir lo mismo y se añade "¿Estás listo para que qui
te mi mano?". Si el niño asiente con la cabeza, -
se retirará la mano. Si una vez llevado a cabo es
to, el niño continúa gritando, se repetirá la ac-
ción cuantas veces sea necesario hasta lograr el -
objetivo deseado.

Mientras el niño se repone, se entablará -
una conversación con el objeto de distraer su aten
ción, hablándole acerca de temas completamente aje
nos a su conducta o al consultorio.

Una vez realizado el tratamiento de esta ci
ta y antes de que el niño salga del consultorio, -
se le pedirá que haga dos favores, uno que se le -
quiere ver otra vez y el otro que les diga a sus -
padres que se ha portado bien.

Varios autores dan su opinión al respecto,-

como el caso de Mc Gregor, que es el primero en manifestar su desacuerdo hacia la técnica mencionada, describiéndola como anticientífica.

Davis y King sugieren que es un tratamiento tan drástico que podría llegar a ocasionar un trauma psicológico teniendo como resultado terrores nocturnos y un resentimiento en el niño perdurable.

Sweet, considera que la técnica no es necesaria ya que contamos con los métodos modernos de premedicación. Lauterstein nos dice que estas opiniones son preconcebidas y que es preferible observar la habilidad del dentista para su uso.

Finn, establece que es una medida extrema y sólo deberá de emplearse como último recurso, opina que no es factible llegar a provocar un traumatismo psicológico, ni tampoco afectar el comportamiento del niño en citas subsecuentes. Wilson, señala que la nariz del niño puede cubrirse con la mano hasta que realmente necesite aire, estando de acuerdo en que es una medida extrema y que su empleo es justificable en casos especiales; sin embargo Chamber establece que además de lograr la protección de posibles golpes por parte del niño, tanto al dentista como a su asistente, se le hará tomar conciencia de que su estrategia no sirve en un momento dado.

Se enfatiza que la técnica nunca deberá de ser empleada como un castigo y que se llevará a la práctica en niños saludables y mayores de tres años, contraindicándose en niños con retraso men--

tal o muy pequeños. Sin embargo su aplicación no es recomendable en conjunción con medicación sedativa previa (5).

Los tipos de conducta no deseados indican el empleo de este procedimiento en los siguientes casos: histeria, berrinche, desafío, descontrol emocional importante, (5)

Hay acuerdos generales que nos indican que esta técnica da lugar a que la relación paciente--dentista resulte imposible.

El principal objetivo de esta técnica es obtener el control del paciente para que nos preste atención y nos escuche, estableciendo así una comunicación, objetivo que puede lograrse al modular el tono de voz con autoridad, haciéndole entender que es el especialista quien realizará el trabajo y que es el único que determinará cuando se hará. Una vez obtenido el control el niño nos permitirá ver sus dientes, así como la toma de radiografías, profilaxis, etc., hasta terminar el tratamiento -- completo de su boca.

Levitas ha sugerido que las dificultades a menudo pueden producir problemas de conducta, por lo que la técnica mano sobre boca puede ser discutida por anticipado con los padres, los cuales antes del tratamiento llenan, firman y dan su consentimiento para que se proceda a realizarse todos los servicios dentales necesarios.

Queda establecido que antes de aplicar la -

mencionada técnica, todos los medios para establecer la comunicación deben de haber sido agotados.- Cuando esto no ha tenido resultados favorables y la conducta del niño continúa sin control, se hará uso de ella.

El dentista debe de controlar bien sus emociones ya que de lo contrario podría resultar un manejo impropio de su conducta, malográndose de este modo los propósitos del odontopediatra.

d) Modelaje

La técnica de modelaje empleada en el consultorio dental, es un procedimiento que tiene como finalidad mostrar una conducta apropiada ante el paciente logrando una reducción del miedo y ansiedad.

Este se encontrará como observador, mirando el comportamiento del modelo durante el tratamiento, que puede encontrarse presente (vivo) o filmado (simbólico), obteniendo los mismos resultados de éxito de las dos formas.

Con la técnica de modelaje, se han logrado obtener tres finalidades, que son las siguientes:

- a) Adquirir una nueva conducta
- b) Eliminar el miedo que se encuentra asociado con un estímulo
- c) Obtener la atención del paciente

Adelson llevó a la práctica un estudio en el cual se demostró que gracias al film se pueden lograr cambios en el comportamiento del paciente temeroso de los dentistas (2). Sawtell explica que un niño es capaz de aprender patrones de conducta aprovechando su susceptibilidad al modelaje e imitación, con el empleo de técnicas como la ya mencionada, modificación de conducta, etc., que provocan la estimulación cooperativa del niño así como el mejoramiento de la higiene bucal en el fu-

turo. Todas estas técnicas serán empleadas en el momento en que el paciente entra al consultorio con un comportamiento inadecuado. (29)

Melamed y Col al llevar a la práctica experimentos con dos grupos de niños, observaron que los que vieron el video tape adquirieron una conducta menos temerosa durante su tratamiento dental en comparación con los otros niños que no lo vieron (24).

En la práctica privada, debemos de considerar el tiempo que se encuentran en la sala de espera, antes de ser atendidos, ya que pueden encontrarse influenciados por la ansiedad materna. El modelaje vendría a beneficiarlos con un mínimo esfuerzo. Un paciente con comportamiento poco cooperativo se evitará como modelo por lo que el dentista decidirá qué tipo de paciente podría ser empleado como tal y a quien le favorece la observación del mismo.

Una vez que se ha decidido aprovechar el modelo, se deberán elegir de preferencia niños de la misma edad y sexo.

e) Desensibilización (Desensitización)

Técnica considerada por los terapeutas de la conducta como un medio favorable para poder reducir la ansiedad del niño, así como el de un comportamiento inadecuado, temor intenso fobia, hacia el tratamiento dental, que como consecuencia, tratarán por todos los medios de eludir, no prestando una cooperación adecuada y provocando una situación que influirá sobre la salud tanto física como psicológica.

Se explicará la técnica de desensibilización que se empleó con una niña, Lisa, la menor de siete hermanos, quien desde muy pequeña estuvo internada en hospitales, padeció graves enfermedades que requirieron tratamiento quirúrgico, aplicación de grandes dosis de penicilina, teniendo como resultado un comportamiento fóbico hacia el tratamiento médico - dental y hacia todas aquellas personas que usaran uniforme o bata blanca; por ello se pensó en la técnica de "desensibilización".

La metodología en la que la presente técnica está basada proviene en parte de estudios realizados por Jones, en donde se motiva una respuesta en presencia de estímulos que provoquen miedo, en adición a un procedimiento de imitación social o modelaje. Se redujo la fobia del paciente como consecuencia de la observación del comportamiento adecuado de un niño.

Procedimientos y Resultados

Fueron nueve sesiones en 24 días, en donde el tiempo de estancia de Lisa en el cuarto de examinación fué aumentando de 6.7 minutos a 22 minutos, con un incremento de 2 minutos en cada sesión.

Las respuestas fueron divididas en dos clases, las cooperativas y las emocionales (llanto o resistencia física).

Puesto que la mamá de Lisa tenía un alto grado de ansiedad con respecto a las reacciones de su hija hacia el tratamiento dental, reforzando así el miedo en Lisa, un segundo objetivo fué desensibilizar también a su madre; esto se logró, pero cuando el miedo y la ansiedad de Lisa disminuyeron.

En la primera sesión, los dentistas (sin usar bata blanca) estuvieron hablando con Lisa, su hermana y su madre durante algunos minutos en la sala de espera. Posteriormente su madre las acompañó al consultorio y las dejó, observándolas desde un cuarto anexo.

Lisa vió a su hermana sentada en la silla dental mientras el especialista platicaba con ellas, la última no mostró miedo durante el examen dental. Lisa se sentó en la silla dental por dos minutos mientras el doctor conservaba con ellas, la sesión terminó después de 6.7 minutos.

En la segunda sesión Lisa y su hermana fue-

ron separadas de su madre en la sala de espera y ya en el consultorio se sentó a la hermana en la silla dental mientras se le examinaban los dientes. Se le realizó una limpieza y colocación del eyector, mientras Lisa observaba. Entonces se le invitó a sentarse en la silla dental, una vez realizado el procedimiento con su hermana, mismo que se le practicó a Lisa.

Durante estas sesiones, el dentista se mostró muy amistoso reforzando la cooperación continuamente de ambas niñas.

La misma técnica fué empleada durante la tercera sesión, con la excepción de que Lisa fué sentada en la silla inmediatamente que entró al consultorio; después su hermano se sentó una vez que terminaron con Lisa. Durante esta sesión Lisa lloró durante tres minutos mientras se limpiaban sus dientes, pero cooperó ya que no hubo resistencia física al procedimiento.

La cuarta y quinta sesión fueron similares a las anteriores con un total de 10 seg. de lanto. Durante la sexta visita, el dentista uso una bata blanca y Lisa no respondió desfavorablemente, se realizó un cambio adicional; su hermana fue llevada a la sala de espera después de que ambas habían entrado al consultorio, este procedimiento se repitió en la séptima visita y la asistente dental usó también una bata blanca. Durante las dos últimas sesiones, la hermana de Lisa se quedó en casa y ella llegó únicamente con su madre, en las cuatro últimas visitas Lisa no lloró, ni mostro resisten-

cia alguna al procedimiento. El objetivo de las cuatro visitas finales, fué el de desaparecer el modelo, alimentando el número de estímulos y peticiones para que Lisa cooperara.

Este procedimiento se llevó a la práctica en la Universidad de Medicina de Oregón (12).

Wolpe opina que la desensibilización es efectiva porque el paciente es enseñado a sustituir una apropiada respuesta emocional (relajación), por una respuesta emocional inapropiada (ansiedad). D'Zurilla ha sugerido que tanto el proceso de relajación profunda, así como el imaginario de la desensibilización pueden no ser precisamente necesarios para lograr buenos resultados con el empleo de esta técnica.

Gale ha sugerido el uso de ella para tratar las fobias dentales que frecuentemente se encuentran asociadas a la idea o sugerencia de dolor, al relacionarlas con las preparaciones de cavidades, extracciones, etc, o hacia todos aquellos tratamientos que lleguen a provocar que el paciente se anticipe al dolor volviéndose hipersensible.

IV.- TERAPEUTICA FARMACOLOGICA ACONSEJADA EN EL MANEJO DE COMPORTAMIENTO

El tratamiento de un enfermo angustiado y emocionalmente perturbado puede constituir uno de los mayores problemas en la práctica del dentista. No cabe duda que el empleo prudente y juicioso de la premedicación puede ser muy valiosa en estos casos. Sin embargo, las drogas no deben ser sustitutos para lograr el acercamiento fundamental no farmacoterapéutico del manejo de la conducta sino más bien son coadyuvantes que pueden servir a los odontólogos, como un medio para poder brindar el tratamiento adecuado a los niños que presentan un comportamiento difícil.

Chamber, puntualiza estar en contra del imprudente uso de la premedicación para tratar los problemas de conducta, por otra parte, el manejo psicológico de la ansiedad debe tratarse ayudando al paciente a vencerla.

La resistencia a la tensión nerviosa es diferente en cada paciente; si el dentista no logra conquistar la confianza de su paciente, e impide la resistencia a la anestesia local, entonces es preciso reforzar su acción con un medicamento que tenga efecto calmante sobre el Sistema Nervioso Central. Sin embargo somos absolutamente contrarios al procedimiento que consiste en administrar de manera sistemática un sedante o un narcótico a todos y a cada uno de los pacientes que solo necesitan una anestesia local para una operación corta y relativamente sencilla. En los tratamientos pro-

longados de la odontología restaurativa, se debe de evitar al enfermo la tensión provocada por el tallado y demás manipulaciones. La premedicación es imprescindible para todos los casos de cirugía bucal grave o prolongada como las extracciones múltiples y difíciles, o la eliminación de un diente incluido, en enfermos bajo anestesia local.

Los propósitos más importantes de la premedicación son los siguientes:

- 1.- Mitigar la aprensión, ansiedad o miedo
- 2.- Elevar el umbral del dolor
- 3.- Controlar las secreciones de las glándulas salivales y mucosas
- 4.- Contrarrestar el efecto tóxico de los anestésicos locales
- 5.- Controlar los trastornos motores (en enfermos con parálisis cerebral)

Para poder elegir el medicamento más apropiado que producirá de manera segura los resultados específicos deseados, es indispensable poseer algunos conocimientos básicos de la farmacología de dicho medicamento. El dentista necesita conocer la anatomía y fisiología básica del Sistema Nervioso Central.

Los medicamentos utilizados para la premedicación actúan en el Sistema Nervioso Central, sobre el cerebro, el tálamo y el bulbo raquídeo.

La corteza cerebral es el centro de la conciencia, percepción y evaluación de los impulsos - aferentes que determinan las respuestas activas - ejecutadas por los centros motores.

El tálamo puede considerarse como una subestación receptora de mensajes aferentes que serán - transmitidos hacia la corteza cerebral para su evaluación ulterior.

El bulbo raquídeo contiene los núcleos que rigen las funciones vitales inconscientes, como la respiración y la circulación sanguínea.

La principal característica fisiológica del cerebro es su necesidad de un suministro constante de oxígeno. La más mínima interrupción de este abastecimiento, provocará la inconsciencia. La hipoxia empieza a actuar sobre los centros medulares y si la anoxia persiste por unos minutos se observan lesiones irreversibles del Sistema Nervioso - Central.

Selección de las Drogas

Dependerá en parte al manejo de comporta- - miento del niño, clasificándose así en:

- a) Los niños que necesitan premedicación -- preventiva
- b) Los niños que necesitan medicación de - control

Los primeros exhiben varias formas de com--

portamiento, son potencialmente cooperativos y semicooperativos para los tratamientos dentales, el niño tímido es un ejemplo de estos casos ya que cooperará con el dentista mientras se le tomen radiografías, profilaxis, sin embargo no actúan de esta manera cuando se trata de otro tipo de tratamiento.

Aunque estos niños pueden ser controlados con medicación para obtener una actitud más positiva hacia el tratamiento dental, en su manejo de conducta se podrá requerir cierta medicación preventiva, la cual se le dará al niño antes de la cita.

Dentro de la segunda categoría, se encuentran los niños que no pueden controlar su comportamiento en el consultorio ya que la comunicación paciente - dentista resulta imposible, ya sea a consecuencia de su corta edad o por trastornos emocionales, retraso mental, etc.

Administración Oral.

Cuando se prescribe algún agente sedativo oral, se debe considerar su forma farmacéutica. La medicación en forma de elixir debe ser prescrita para los niños pequeños que no pueden deglutir las tabletas, se pueden emplear para premedicar niños de menor edad.

Es importante tener en cuenta de que no se deberá de prescribir ningún medicamento sin antes haber dado las instrucciones por escrito al familiar. En la receta se anotará el nombre de la dro-

ga, así como la hora en que debe ser administrado, quedándose una copia de esa receta en el consultorio.

La medicación por vía oral tiene las siguientes ventajas:

- 1.- Puede ser administrada por el familiar
- 2.- La medicación deberá ser suministrada a la hora indicada por el dentista, con el objeto de obtener el nivel efectivo de la misma cuando se practique el tratamiento.
- 3.- La administración por esta vía no produce en el niño ningún temor.

Desventajas

- 1.- El contenido estomacal retarda la absorción de esta droga, por lo tanto el efecto puede prolongarse o reducirse.
- 2.- El dentista dependerá de la cooperación del familiar.
- 3.- El niño puede reaccionar desfavorablemente al sabor de la droga.

Otra vía de administración es la inyección intravenosa, que no es muy aconsejable, sobre todo en niños muy pequeños, principalmente menores de cinco años.

La vía intramuscular, es empleada en ocasiones, pero en este caso se llevará al niño una hora antes de su cita al consultorio.

Ventajas

- a) Efecto más rápido
- b) Mayor acción sedativa
- c) Menor duración que el equivalente de una dosis administrada por vía oral.

La droga también puede ser aplicada por vía submucosa, a través de la misma, en cualquier parte del fondo del saco vestibular.

Responsabilidades del Dentista

Será de su exclusiva responsabilidad, la selección de la droga, su dosificación, efectos farmacológicos de su aplicación, indicaciones, contra indicaciones, de la misma.

Deberá ser responsable del niño, no solamente cuando se encuentre en el consultorio, sino has ta que se sienta completamente recuperado, tendrá que dar a los padres una información detallada y completa de los efectos que estas drogas pueden llegar a producir a sus hijos después de ser administradas.

Se describirán a continuación los medicamentos que son empleados con mayor frecuencia en odontopediatría como medicación preoperatoria.

HIDROXIZINA

Nombres comerciales, el Atarax (Roerig), - Vistaril (Pfizer).

La hidroxizina constituye uno de los agentes psicosedativos más populares en la práctica odontológica, según Hugh M. Kopel.

Bennet clasificó en 1974 los agentes psicosedativos en:

- a) Mayores
- b) Menores

Los primeros se emplean para el manejo de niños psicóticos y los menores para el tratamiento de ansiedad, temor y aprensión.

La hidroxizina se deriva de la difenilmetano. La presentación comercial del Atarax es de un polvo blanco inodoro, soluble en agua y el Vista-ril es conocido como sal pamoato de hidroxizina.

Farmacología

Es sedativo, antihistamínico, antiespasmódico, antiemético y ligeramente anticolinérgico.

Es absorbido en el tracto gastrointestinal y sus efectos se manifiestan a los treinta min, el umbral de este efecto puede anticiparse a las dos horas después de su administración, que; puede ser por vía oral, desapareciendo a las seis horas. Es modificada y degradada completamente en el hígado y excretada por la orina en grandes cantidades.

Efectos y Precauciones

La hidroxizina, no induce a un verdadero -

sueño, por lo que constituye una ventaja para la odontopediatría. No se han manifestado reacciones nocivas, sólo estados prolongados de somnolencia. Se aconseja la adición o asociación con la meperidina, opiáceos barbitúricos, y otros depresivos del Sistema Nervioso Central.

Indicaciones

Como medicación preoperatoria, en niños aprensivos ansiosos, hiperactivos, o hiperquinéticos.

Dosis.

Se indica de 20 a 30 mg. tomado oralmente 45 min. antes de la cita (Pretell, 1959; Alexander, 1960; Stewart, 1961)

- a) 50 mg. una hora antes de la cita (Lang, 1965)
- b) 30 mg. 25 a 30 mg una hora antes de la cita (Capper, 1958).

Se sugieren dosis con las siguientes indicaciones:

Para un tratamiento operatorio, endodóntico y procedimiento quirúrgico, una dosis inicial de 25 mg de meperidina (demerol) que puede ir asociado con 100 mg de hidroxizina, ambos se darán una hora antes del tratamiento (Kopel, 1959).

Para niños muy pequeños (Law y Lewis, 1969), suspensión de Vistaril 25 mg antes de la cita. En-

la mañana una hora antes 25 mg de Vistaril, más - 1000 mg (15 granos de hidrato de cloral) (Noctec).

Ya que la hidroxizina no es un depresivo - respiratorio, puede ser empleado como complemento del óxido nitroso (analgésico).

La hidroxizina parece ser la droga más indicada como agente anti - ansiedad del niño, para su administración debemos de considerar su peso, sexo, estado físico y emocional. Puede asociarse con sedantes, hipnóticos, óxido nitroso y con narcóticos de dosis reducidas.

DIAZEPAN

Nombre comercial Valium (Hoffman-La Roche) - que es considerado como un agente sedativo, su característica de ser anti-ansiedad lo ha hecho popular en su empleo para pacientes aprensivos así como en niños problema. Se deben de tomar precauciones cuando se administre en pacientes con anomalías cardiovasculares, o que han sufrido procesos mentales subnormales no controlados (Poswillo).

Hay incompatibilidad del Valium con otro tipo de drogas tales como la meperidina o el pentobarbital (Nembutal). Otros efectos indeseables pueden ser la somnolencia y la ataraxia, en algunos niños muy pequeños se presenta hiperexcitabilidad. El efecto puede durar aproximadamente unas seis horas después de la medicación inicial.

Indicaciones

Healy et al. en 1970 emplearon el diazepam en pacientes con las mismas condiciones mentales, obteniendo buenos resultados, con su empleo para el tratamiento dental.

De acuerdo con la correlación de efectos clínicos se ha demostrado que después de la administración oral, la somnolencia y relajación obtenida pasados 10 o 15 min, fué asociada a una rápida absorción de la droga.

Cuando el diazepam es administrado por vía intravenosa, deberá de ser lenta, ya que podría ocasionar una depresión circulatoria o respiratoria, observándose un efecto clínico pronunciado después de una hora de haber sido aplicado.

Administración y Dosis

Oral e intravenosa. Las siguientes dosis se sugieren para obtener un efecto tranquilizante:

1 a 5 años 0.5 mg. 4 veces al día

6 a 12 años de edad 1.0 mg. 4 veces al día.

Como efectos sedativos, se recomienda:

1 a 5 años de edad; .4 mg. antes de irse a dormir

6 a 12 años de edad; .8 mg antes de irse a dormir.

PROMETAZINE

Derivado de la fenotiazina, conocido comercialmente como Fenegan (Wyeth).

Desde 1959, Lampshire escribió el primer reporte con el uso de la prometazine, como un sedativo preoperatorio empleado en odontopediatría, el recomienda su administración de 12 a 35 mg asociado con la meperidina (Demerol) y las cloropromazina (Torazina).

Precauciones y Reacciones de la Prometazine

Depresor respiratorio, se han reportado casos de hipotensión, hiperexcitabilidad y pesadillas en niños a los cuales se les administraron de 75 a 125 mg.

Indicaciones

Aconsejado en niños aprensivos con una dosis de 12.5 a 25 mg. según Mc. Donald, 1974). Su empleo principal es como co-medicación con otras drogas. Robbins, en 1967 aconsejó el uso de 25 mg de prometazine con 7.5 granos de hidrato de cloral, en niños fuertemente aprensivos con una edad de 3-años. En 1969 Jones adicionó la prometazine 1 cuarto de grano de Senocal. Kroll, 1969, unió el pentobarbital con la meperidina. Kopel, 1959 sugirió el uso de 12.5 mg de prometazine y de 25 mg para niños mayores una hora antes de la cita.

Las vías de administración son la intramuscular, intravenosa y la rectal.

En resumen, Robert J. Musselman y David B.- Mc Clure opinan que no es un agente altamente sedativo, sino más bien los beneficios se obtienen de sus otras propiedades, como el ser antiemético; de cualquier manera, el dentista debe emplearlo para obtener experiencia con su uso y lo administre como co-medicación otras drogas obteniendo mejores resultados.

HIDRATO DE CLORAL

Nombre comercial, Noctec (Squibb).

Existen dos opciones básicas con las que se enfrenta el clínico cuando emplea agentes farmacoterapéuticas para el manejo de la conducta:

- 1.- Escoger un agente anti-ansiedad que sea seguro para el niño.
- 2.- Determinar la dosificación para obtener un óptimo efecto de sedación.

Farmacología

En dosis terapéuticas, el agente casi no tiene acción depresora en la respiración, ni en la presión sanguínea, tiene un leve efecto analgésico. Es absorbido por el tracto gastrointestinal, cuando es administrado por vía oral o rectal.

Precauciones

El hidrato de cloral puede antagonizar con los efectos anticoagulantes de las drogas en forma de elixir, produce irritación gástrica, náusea y -

vómito, no se debe emplear en pacientes con gastritis; aunque este efecto puede ser reducido administrándolo en forma de cápsulas.

Contraindicaciones

En enfermos con deficiencias renales, hepáticas.

Indicaciones

Es de acción rápida, de 20 a 30 min, y la recuperación se realiza sin incidentes generalmente, no produce dolor de cabeza. Se prepara en soluciones de distintos sabores, para que el niño escoja uno en especial, también puede ser administrado en cápsulas suaves de distintos sabores. Las dosis aconsejables son de 500 a 700 mg. para los niños - de 2 a 4 años de edad con un peso de 11.33 kg. - - (251 libras) a 22.66 kg. (50 libras), de 4 a 7 - - años de edad, de 750 a 900 mg., peso de 22 kg (50-libras) a 31 kg. (70 libras); de 7 años de edad o más grandes, de 1000 a 1500 mgr, peso de 31 kg. - (70 libras) a 45 kg (100 libras).

De cualquier manera, el dentista deberá recordar que en caso de que el tratamiento vaya a prolongarse, se prescribirá una segunda dosis, que vendrá siendo la mitad de la original, para poder restablecer o mantener el efecto sedativo. Con las otras drogas, el hidrato de cloral puede emplearse como co-medicación y asociarse con la hidroxizina, se emplea como premedicación para la aplicación - del óxido nitroso.

ALFAPRODINA

Nombre comercial, Tigan (Roche), es narcótico, cuando se administra por vía subcutánea, su efecto puede presentarse a los 5 o 10 min. La droga es metabolizada en el hígado, desapareciendo su efecto a las dos horas, por lo que se emplea para procedimientos cortos en odontopediatría.

Cuando es administrado por vía intravenosa, su efecto se produce a los 2 min, pero debido a la velocidad de la reacción es difícil controlar sus efectos, por lo que no es recomendable esta vía como rutina en el tratamiento dental.

Desventajas

Causa depresión respiratoria, náusea, vómito.

Es una de las drogas, que generalmente es suministrada por vía submucosa.

Indicaciones

Para niños entre 3 y 6 años de edad, y de 2 años y medio, dosis mínimas. No produce una sedación profunda, por lo que el paciente no se encuentra completamente dormido, la droga no es efectiva en los casos de problemas severos de conducta.

Comercialmente también se conoce como Nesentil (Roche) cuya presentación es de 40 a 60 mg.

Dosificación

El nivel se calcula en 0.5 mg/lb de peso en niños cuyo peso es de 13 kg. (30 lb), la dosificación será de 15 mg.

El nisentil o alfaprodine puede contribuir a obtener la cooperación del niño en el consultorio. Se encuentra indicada para preescolares.

MEPERIDINA

Nombres comerciales Lorfan (Roche) y Narcon (Endo).

Fué el primer narcótico sintético introducido en 1939, droga de potente poder analgésico, es más o menos la mitad de efectividad que la morfina, pero más efectivo que la codeína.

Farmacología

La meperidina se metaboliza en el hígado a las 6 horas, causa midriasis, hipotensión postural, sedación, euforia.

Desventajas

Puede provocar depresión respiratoria, náusea y vómito, el mayor efecto se obtiene a la hora de haberse administrado, no debe emplearse en niños con padecimientos de obstrucción pulmonar crónica, con disfunción hepática. Su principal efec-

to clínica es la somnolencia, xerostomía, y puede llegar a producir náuseas y vómito.

Indicaciones

Empleado como premedicación, como co-medicación, administrándose 2 y medio granos (150 mg) de seconal y 25 mgr de meperidina para un niño de 3 - años con peso de 11 kg. (25 lb).

Después de una hora, si el efecto no es el deseado se podrá administrar otra dosis de 3/4 de granos (45 mg) de seconal y 12 mg de meperidina. - El efecto nocivo de la droga se puede disminuir - con el uso de la co-medicación ya que potencializa la acción de la meperidina, esta potencialización - permite al dentista emplear menos narcótico y obtener de esta manera el efecto sedativo deseado.

Puede administrarse por vfa intramuscular, - intravenosa, subcutánea, oral.

Dosis

18 mg en niños entre 4 y 3 años de edad

25 mg en niños entre 5 y 6 años de edad

37 mg en niños entre 7 y 8 años de edad

50 mg en niños entre 9 y 12 años de edad

En resumen, la meperidina es una ayuda efectiva para el manejo del comportamiento del niño, - se indica principalmente en niños menores de 8 - - años de edad, que demostraron un comportamiento - violento (42).

V.- ANESTESIA GENERAL

a) Aspecto Psicológico

Desde el punto de vista psicológico, la -- reacción del niño ante el acto terapéutico Anestesia - Cirugía, es básicamente de ansiedad y/o temor ya que ignora o tiene ideas distorsionadas de lo que realmente va a suceder.

Entre más pequeño es el niño, más inmaduro es su Yo y por lo tanto su conocimiento y control de la realidad es confuso, e igualmente sus reacciones defensivas (síntomas) para manejar la ansiedad son más primitivas. El escolar y el adolescente tienen una variedad de defensas más elaboradas, pero pueden presentar algunas más primarias en el post-operatorio.

Los síntomas pueden aparecer en el pre o -- post operatorio a aún días o semanas después y consisten en:

Lactantes y preescolares; inquietud, llanto, nerviosismo, trastornos de sueño, (pesadillas, terrores nocturnos, sonambulismo). Mayor apego a la madre.

Temores (a estar solo), a la oscuridad, al médico.

Agresividad, conducta regresiva (más infantil), irritabilidad, succión de los dedos, onicofagia, masturbación, trastornos de la alimentación, enuresis, etc.

Escolares, adolescentes; tics, fobias, obsesión, hipocondría.

Es conveniente recordar que el acto anestésico quirúrgico va asociado a otros eventos, que contribuyen a hacerlo emocionalmente más traumático, y que son:

- a) El padecimiento en sí.- Según sus características le puede ocasionar dolor, invalidez o distorsión de su esquema corporal.
- b) La hospitalización.- De su medio familiar es llevado a un ambiente extraño, entre equipo y gentes desconocidas, donde se le asigna un número de cama y expediente y se le impone un reglamento que debe de observar.

En el caso de pacientes "ambulatorios", se atenúan las experiencias antes mencionadas, puesto que su estancia en el cuarto o sala de recuperación es mucho menor.

- c) El acto quirúrgico.- Debe de ser para el niño un procedimiento que no le produzca, ni le aumente su temor o ansiedad, ya que el niño debe de estar perfectamente premedicado y no tiene porque sufrir ninguna alteración emocional.

En caso contrario, si el niño entra al quirófano con un mal manejo de su premedicación, sí se presentarán situaciones muy desagradables para-

todos, pero principalmente para el paciente.

d) ¿Qué tiempo se necesita para preparar -
adecuadamente a un niño?

A un niño, sin problemas emocionales pre-
vios, basta una explicación honesta, detallada y -
en términos que comprenda:

Lo que padece, porque lo padece y aclarándo-
le que él no es responsable en modo alguno de su -
problema.

Los procedimientos que se le harán.

Las sensaciones o molestias que experimenta-
rá en el pre y post-anestesia-operatorio. Y asegu-
rarle, en caso de anestesia general que despertará
en forma normal.

El sitio y equipo donde serán realizados. A
este respecto visitando un día antes el quirófano-
o al menos conociéndolo por medio de láminas el lu-
gar y equipo.

Ofrecerle la oportunidad de que lleve al -
hospital un juguete u objeto que lo ligue con su -
hogar y de establecer una relación amistosa con el
anestésista, cirujano o enfermera, o con los tres,
que en cierta forma son figuras que sustituyen a -
sus padres.

Además se debe informar a los padres de lo-
que pasará y aconsejarles las actitudes que deben-

adoptar. Así mismo pedirles nos informen sobre algunos hábitos del niño como alimentación, limpieza etc., para que en una forma, si es posible, proponerle la familiaridad de su realización.

e) ¿Hay secuelas? Si las hay repercuten en su personalidad?

Las secuelas, son las ya mencionadas, pero en el niño que es informado y preparado de acuerdo a las consideraciones anteriores estas secuelas serán leves y transitorias como una reacción normal ante el evento hospitalización-anestesia-cirugía.- En caso de no informarle y prepararlo, el evento puede asumir reacciones no favorables, alterando intensamente su conducta y por lo tanto la de sus padres y medio ambiente, en su intento de controlarla, quedando así establecidas las bases para una desviación de su desarrollo y posteriormente una alteración neurótica o de su personalidad.

b) Tratamiento Odontopediátrico

En reconocimiento a la importancia que tiene la salud oral en relación con el cuidado del bienestar general, muchos dentistas han provisto el cuidado dental de pacientes en hospitales.

Como consecuencia de la gran extensa destrucción dental, problemas emocionales, tanto mentales como físicos, muchos de estos pacientes son atendidos bajo anestesia general cuando son tratados.

Sin embargo existen diversidad de opiniones al respecto, como las de Goldstein y Dragon que dicen que el niño sufre de un "trauma psíquico" como resultado de la operación ya que se encuentra bajo un ambiente completamente nuevo y extraño para él, por lo que recomiendan tratarlos en las oficinas privadas.

Contrariamente a la opinión anterior, muchos anesthesiólogos consideran muy peligroso realizar un tratamiento dental bajo anestesia general en el consultorio privado, ya que no se tiene en un momento dado todo lo necesario para una emergencia.

Greene, Falcetti, Legault y colaboradores, han obtenido tratamientos exitosos, sin serias complicaciones con pacientes que han sido tratados en clínicas institucionales, bajo anestesia general.

En este capítulo se explicará una forma diferente tanto en la distribución como en el número de integrantes del equipo que intervienen en la

anestesia general; como es el que se realiza en el hospital general Martin Luther King por maestros y residentes.

Este equipo se encuentra integrado por tres personas y el operador; que será un maestro de los alumnos del segundo año de la residencia del hospital; el primer asistente estará adiestrado en la técnica de cuatro manos; el segundo asistente, será un residente del primer año, integrando de esta manera lo que Philip C. Chiang y Ronald Johnson - llaman "Técnica de seis manos", cuyo objetivo es el de obtener una rehabilitación oral del paciente en una forma más efectiva, bajo anestesia general.

La rehabilitación oral deberá de efectuarse en el menor tiempo posible, considerando todos los cuidados que este procedimiento requiere, maximizando la eficacia del equipo integrante.

Philip C. Chiang, Ronald Johnson y colaboradores han propuesto distintas posiciones que puede ser colocado el equipo y personas integrantes que participan en la operación, teniendo en cuenta sus necesidades básicas para poder tener una mejor visión y acercamiento al paciente.

El equipo de trabajo, integrado por tres personas serán ubicadas de la siguiente manera: el segundo asistente se encuentra colocado en posición opuesta al primero, formando la base de un triángulo en cuyo vértice se encontrará el operador, logrando así una mayor visibilidad y acercamiento al paciente, facilitando la anticipación de la secuencia del procedimiento.

El anestesiólogo y su equipo se encontrarán a la derecha y por detrás del operador, o del segundo asistente, pero lo suficientemente cerca del paciente para tener una visión directa sobre él.

Responsabilidades del primer asistente

Deberá de preparar el cuarto de operaciones, de la siguiente manera: preparar y esterilizar en el autoclave las charolas con el instrumental dental necesario, tanto restaurativo, como protésico, endodóntico, mantenedores de espacio, unidad de Cavitron o una soldadura eléctrica. También tendrá disponible una unidad móvil dental, mesa de Mayo, venoclisis, instrumental, charolas, sillas y mesa de operación, toallas, gasa estéril para colocarla en la garganta del paciente, aceite o gotas oftálmicas, palangana con agua estéril, abre boca, tela adhesiva, esponjas estériles, germicidas y forceps sobre la mesa de Mayo.

Checará que todas las piezas de mano, así como el control del aire y succión se encuentren en buenas condiciones. Inspeccionará el plan de tratamiento, placas radiográficas y equipo necesario para ello.

Una vez introducido el paciente al quirófano, todo el equipo, charolas con instrumental, sillas del operador y asistente, posición de la lámpara, deberán de ser colocados en su lugar correspondiente.

Ayudará al operador a acomodar el campo ope

ratorio, toallas en los hombros, protección de los ojos, gasa estéril en la garganta, retirando la lengua del paciente con ayuda de un espejo o retractor. Para la toma de radiógrafías que no han sido obtenidas previamente, mantendrá la posición de la cabeza del paciente de tal forma que permita una buena toma de radiografía, asegurándose de que sea revelada, quitar todo anillo, arete, etc. del paciente, dependiendo de las normas del hospital.

Ayudar al operador en la profilaxis, en la reexaminación y reevaluación del plan de tratamiento, colocación del abre boca dique de hule por cuádrantes, restauración de los dientes que se encuentren destruidos o cariados, tratamiento con flúor, extracciones o algún otro procedimiento quirúrgico, con los cuales empleará guantes estériles. Deberá de mantener siempre un campo seco y limpio, para obtener una mejor visión.

Asistirá al operador cuando retire el empaque de gasa de la garganta; a transferir al paciente a la sala de recuperación, remover el equipo e instrumental del área de operación, vaciar la botella de succión y asegurarse de que el área de operaciones se encuentra razonablemente limpia. Esterilizar y colocar en su lugar las charolas con los instrumentos.

Responsabilidades del segundo asistente

Ayudará al primero en los deberes previamente descritos, deberá de checar y revisar las piezas de mano, seleccionar el instrumental, el mate-

rial dental y medicamentos, que el operador y primer asistente le pidan, sin embargo deberá de ser capaz de anticiparse a las necesidades del equipo durante la intervención. También llenará la historia clínica en relación a lo efectuado durante el acto quirúrgico y acompañará al paciente a la sala de recuperación.

Responsabilidades del operador

Revalorar la examinación física del paciente, así como su historia clínica, resultados de laboratorio, consultas, órdenes y procedimiento. Checar el equipo, instrumentos, materiales dentales y medicamentos antes de comenzar, asegurarse de que la posición en que se encuentran los integrantes del equipo, es la adecuada.

Tomar las radiografías necesarias que no se obtuvieron antes del tratamiento. Completar cinco o diez minutos de lavado de manos, al igual que -- sus asistentes. Usar guantes estériles en caso de extracciones o cualquier acto quirúrgico. Completar la vestimenta del paciente, proteger sus ojos, colocar gasa estéril humedecida en suero en la garganta, radiografías y otros procedimientos dentales, empleando el dique de hule por cuadrantes.

Informará adecuadamente a los asistentes de la secuencia de la operación así como de los medicamentos e instrumentos que serán empleados. Informará al anestesiólogo de cualquier cambio no usual en el color de la piel, respiración, posición de la cabeza, pérdida abundante de sangre durante la cirugía.

Completado el procedimiento, en el menor tiempo posible, con sus debidas precauciones, irrigará y succionará la cavidad oral minuciosamente, removerá la gasa estéril, ayudará al anesthesiólogo en la extubación y trasladará al paciente a la sala de recuperación. (47).

CONCLUSIONES

Para mi juicio queda perfectamente establecido la necesidad de incorporar la psicología clínica en la práctica adecuada a la Odontopediatría; con nociones que se tengan de esa disciplina y mejor aún si se logran obtener más conocimientos básicos, indudablemente que nos capacitarían en este reforzamiento a facilitarnos el tratar de interpretar mejor la comprensión de algunas de las actitudes que adoptan los niños con problemas de manejo de comportamiento en el consultorio dental.

También con mayores conocimientos, y en casos extremos, sabremos cuando debemos canalizar correctamente nuestros pacientes hacia el psicólogo, psiquiatra o neurólogo.

Señalo meramente que la Odontopediatría -- bien aplicada no significa premedicar a todos sus pacientes y muchos menos recurrir por rutina a los tratamientos bajo "Anestesia General".

El Dr. Harrison S. Evans señala que el cuidado de cualquier enfermo requiere mucho más que -- el simple conocimiento y habilidad técnica; son -- también imprescindibles el interés para el paciente como ser humano y una comprensión de sus sentimientos y necesidades emocionales.

Es necesario que el Odontopediatra adquiera cada día más conocimientos acerca del niño, como ser humano que es así como de su personalidad ya que éstos le serán tan útiles y convenientes como el estudio de la anatomía, fisiología y cirugía.

El Dr. Rosalynde K. Soble, menciona que la mayor parte de los facultativos dentales saben que solo un porcentaje pequeño de sus problemas con los pacientes tienen su origen en los aspectos físicos, biológicos y técnicos de sus prácticas. Debido a que tanto el odontopediatra como el paciente son seres humanos, se introducen factores sociológicos y psicológicos en la situación dental. La personalidad, sentimientos, actitudes y comportamientos son determinados tanto por esos factores como por sus necesidades biológicas. El dentista y el paciente también son productos de sus experiencias vitales y de su ambiente social. Estas experiencias varían y poseen diferentes normas, valores y anhelos con respecto a la vida en general y a la situación dental en especial. Esto tiene el potencial de crear problemas de interacción profesional.

Cuando el dentista y el paciente conozcan las ramificaciones de estos factores sociales y psicológicos, estarán mejor preparados para enfrentarse a los mismos y tratar de resolverlos.

BIBLIOGRAFIA

Revistas

- 1.- Chambers, David, W, Behavior Management Techniques for Pediatric Dentists: an Embarrassment of Riches. J. Dent Child, Vol 44, pp 30-34.- Jan-Feb, 1977.
- 2.- Chambers, David, W. Managing The Anxieties of Young Dental Patients, J. Dent Child, Vol 37, pp 363-370, September October, 1970.
- 3.- Eichenbaum Irving, W. Triad of Concern, J. -- Dent Child, Vol 44, pp 194-201. May, June, -- 1977.
- 4.- Gale, Elliot, N. and Ayer, Williams, Treatment of Dental Phobias. J.A.D.A. Vol 78, pp - 1304-1307, June, 1969.
- 5.- Gardon, D.A. The Use of Modeling and Desensitization in the Treatment of Phobic Child Patient, J. Dent Child, Vol 41, pp 102-105, March, April, 1974.
- 6.- Ghose, L.J. Giddon, D.B. and Shiere F.R, Evaluation of Sibbing Support, J. Dent Child, -- Vol 36, pp 35-40, January 1969.
- 7.- Gershen, Jay, A, Maternal Influence on the -- Behavior Pattern of Children the Dental Situation. J. Dent Child, Vol 43, pp 28-32, Ja- -- nuary, February, 1976.

- 8.- Hill, Frederick, and O' Mullane, Denis, A Pre-ventive Programme for The Dental Managment of Frightened Children, J. Dent Child, Vol 43, - pp 30-34, Sept, Oct, 1976.
- 9.- Johnson, Ronald, and Machen, Bernard, J, Beha-
vior Modification Technique and Maternal An-
xiety. J. Dent Child, pp, 20-24, July, August, 1973.
- 10.- Johnson, Ronald, and Baldwin, Dewitt, Mater--
nal Anxiety and Child Behavior. J. Dent Child, pp 13-18, March, April 1969.
- 11.- Klein, A. Psychological Effects of Dental - -
Treatment on Children of Different Ages, J. -
Dent Child, Vol 34, pp 30-36, January, 1967.
- 12.- Koinigsberg, Samuel, and Johnson Ronald. Child
Behavior During Three Dental Visits, J. Dent-
Child, pp 33-36, May June, 1975.
- 13.- Koeningsberg, Samuel, and Johnson, Ronald, --
Child Behavior During Sequential Dental Vi- -
sits, J.A.D.A, Vol 85, pp 128-132, July, 1972.
- 14.- Kreinces, Gerald, H. Ginott Psycology Appied-
to Pedodontics, J. Dent Child, Vol 42, pp 39-
42, March, April, 1975.
- 15.- Levitas Theodore, C. Home - Hand Over Mouth -
Exercise, J. Dent Child, Vol 41, pp 178-182,-
May, June, 1974.

- 16.- Lechner, Victor, The Effect of Appointment -- Length on Behavior of the Pedodontics and his Attides Toward Dentistry J. Dent Child, Vol - 33, pp 61-73, March, 1966.
- 17.- Melamed, Bárbara, Weinstein Donald, Hawes Ronald, Reduction of Fear-Related Dent Manage-- ment Problems with Use of Filmed Modeling, J. A.D.A, Vol 90, pp, 822-826, April, 1975.
- 18.- Mink, J.R. and, Spedding, R.H, An Inyection - Procedure forthe Child Dental Patien, D. Clin, N. América, pp 309-325 July, 1966.
- 19.- Pillard, Richard, C. and Fisher, Seymour, As-- pects of Anxiety in Dental Clinica Patiens, J. A.D.A, Vol, 80, pp 13-31-1334, June, 1970.
- 20.- Pinkham, Jimmy, and Fields, Henry W. The - -- Effects of Preappointment Procedures on Mater-- nal Manifest Anxiety, J. Dent Child, Vol 43, - pp 44-47, May, June, 1976.
- 21.- Rosenberg, Howard, M. Behavior Modification - for The Child Dental Patien, J. Dent Child, - Vol 41, pp 31-34, March, April, 1974.
- 22.- Sawtell, Rodney, Sunon John, F. Simeonsson Ru me, The Effects of Five Preparatory Methods - Upon Child Behavior During the First Dental - Visit, J. Dent Child, Vol 41, pp 37 45, Sep-- tember, October, 1974.

- 23.- Sherman Prem, and Sharma Anita, Psychological-Management of Anxiety in Young Adults, J. - - Dent Child, Vol 43, pp 25-28, September, October, 1976.
- 24.- Swallow, J.N. and Jones Janet, The Effect of-Enviromenton a Child's Reaction to Dentistry, J. Dent Child, Vol, 42, pp, 42-44, July, Augost, 1975.
- 25.- Wright Gerald, Alpern Gerald, and Leake James, The Modificability of Maternal Anxiety as it-Relates to Chil dren's Cooperative Dental Be-havior, J. Dent Child, Vol 41, pp 13-18, July, Augost, 1973.
- 26.- White Williams, C, Use of Imitation in the --Treatment of Dental Phobia in Early Childhood, J. Dent Child, Vol 41 pp 106-110, March, - -- April, 1974.
- 27.- Wright, Gerald, Variables Influencing Chil- -dren's Cooperative Behavior at the First Den-tal Visit, J. Dent Child, Vol 38, pp 124-128, March, April, 1971.
- 28.- Williams Quintan E, and Clarck, Charles, M, - Securing Cooperation from the Child Dental Pa-tient, J. Dent Child, Vol 43, pp 36-39, Novemober, Decober, 1976.
- 29.- Watson, H. Ernest, Lowrey H. George, Growth -and Development of Children, Year Book Medi--cal Publishers, Inc. Chicago, Illinois, 1971.

- 30.- Nelson E, Waldo, Textbook of Pediatrics, Vol 1, pp 23-32, 1973.
- 31.- Addelston, Harold, K, Your Child's First Visit to His Dentist, J. New Jersey Dental Association, Vol 42, February, 1971.
- 32.- Addelson, R. and Goldfried, M.R, Modeling and the Child Patient, J. Dent Child, Vol 37, pp-476-488, November, December, 1970.
- 33.- Bailey, P. M. and Talbot, A, A Comparison of Material Anxiety Levels with Anxiety Levels Manifested in the Child Dent Patient. J. - - Dent Child, Vol 40, pp 25-32, 1977.
- 34.- Berenie, James and Ripa, Louis, W, The Use of Behavior Modification Techniques to Successfully Manage The Child Dental Patient. J.A.D.A, Vol 94, pp 329-334, February, 1977.
- 35.- Craig Williams, Hand Over Mouth Technique, J. Dent Child, Vol 38, pp 387-389, November, December, 1971.
- 36.- Cohen, S.D, Children's Attitudes Toward Dentists Attire J. Dent Child, Vol 40, p, 285,- July, August, 1973.
- 37.- Chambers, David, W. Communicating with Young Dental Patients, J.A.D.A, Vol 93, pp 793-799, October, 1976.

Libros

- 38.- Ewald, Harndt, Helmut, Weyers, Odontología Infantil, Editorial Mundi, S.A.C.I.F, pp, 155--159.
- 39.- Ramón de la Fuente Muñoz, Psicología Médica, - Fondo de Cultura Económica, pp, 109-114.
- 40.- John, Bowlby, Los Cuidados Maternos y Salud - Mental, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica, p 164, pp, 18-30, - - Agosto, 1968.
- 41.- Nathan, B. Talbat, Jerome, Kagan, León, Eisenberg, Conducta Infantil en Pediatría, Editorial Salvat, pp 1-27.
- 42.- Gerald, Z. Wright, Behavior Management in Dentistry for Children, W.B, Saunders Company, - 1975, pp, 13-73, pp 146-172.
- 43.- Ruben Gamboa de Bernarde, El Centro Internacional de la Infancia. Centre International - de L' enfance, pp, 18-22.
- 44.- Rafael, Sajón, La Familia y el Bienestar Social. Instituto Interamericano del Niño, pp - 9-13, Montevideo, Uruguay, 1976.
- 45.- Niels, Bjorn, Jorgensen, Jess, Hayden, Jr, - Anestesia Odontológica, Interamericana, pp 9-13.

- 46.- Cl, Launay, C, Davy, con la colaboración de C, Col, Los Niños Difíciles, editorial Salvat, - pp, 9-11.
- 47.- Philip, C. Chiang, D. D.S, Ronal, Johnson, D. D.S, Six Handen Technique in Oral Rehabilitation, J.A.D.A, Vol 96, June, 1978, pp, 1020--1024.
- 48.- Servicio de Salud Mental, del Hospital del Niño DIF, Julio, 1978.