

24/154



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**PSICODINAMICA INFANTIL EN EL
CONSULTORIO DENTAL**

**TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
SILVIA CARDENAS NUÑEZ**

MEXICO, D. F.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E .

INTRODUCCION.		1
I. DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD EN EL MEDIO AMBIENTE.		3
A. Naturaleza del Hombre como un Todo.		3
B. Tipos de Personalidad.		6
C. Teorías Psicoanalíticas del Desarrollo de la Personalidad.		11
D. Fases del Desarrollo Psico-Sexual del Niño.		12
II. DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO.		16
A. Proceso de Aprendizaje.		17
III. CONSEJOS A LOS PADRES Y COMPORTAMIENTO DEL NIÑO.		21
IV. FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON LA FAMILIA QUE INFLUIRAN EN EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO.		23
A. Presencia de los Padres y Respuesta del Niño al "Stress" Dental.		23
B. Miedo y Ansiedad.		29
C. Preparación del Niño a su Primer Visita con el Dentista.		31
D. Factores Socioculturales.		36
E. Relación con los Hermanos.		39
F. Fuentes de Conducta no Cooperativas.		40
V. EL LLANTO UN DETERMINANTE PARA EL DIAGNOSTICO.		42
A. El Llanto como una Manifestación de la Personalidad.		43
a. Llanto Obstinado.		44
b. Llanto Temeroso.		45
c. Llanto Lastimoso.		46
d. Llanto Compensatorio.		47
e. Tratamiento.		48
VI. TECNICAS PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA. (1. 2.)		52
A. Técnica de "Decir, Mostrar y Hacer".		59
B. Técnica de Mano sobre Boca y Nariz.		61
C. Técnica de Modelaje.		64
D. Técnica a Cuatro Manos.		65
E. Técnica para Pasar y Recibir.		68

VII.	TERAPEUTICA FARMACOLOGICA ACONSEJADA EN EL MANEJO DEL COMPORTAMIENTO.	74
	A. Selección de las Drogas.	75
	B. Administración Oral.	76
	C. Administración Intravenosa.	77
	D. Administración Intramuscular.	77
	E. Responsabilidades del Dentista.	78
	F. Hidroxizina.	78
	G. Diazepan.	80
	H. Prometazine.	82
	I. Hidrato de Cloral.	83
	J. Alfaprodina.	84
	K. Meperidina.	85
VIII.	UNA EXPLICACION PSICOLOGICA PARA EL USO DEL OXIDO NITROSO COMO CALMANTE PSIQUI- CO EN LOS NIÑOS.	88
	A. Oxido Nitroso y Comportamiento.	89
	B. Refuerzos.	91
	C. Angustia.	92
	D. Terapias de Aprendizaje.	95
	E. Fenomenos Psicológicos.	96
	F. Ambigüedad.	96
	G. Transferencia.	97
	H. Dimensiones de Poder.	98
	I. Elementos Cognoscitivos.	99
	SUMARIO Y CONCLUSIONES,	101

INTRODUCCION.

Los datos obtenidos para la realización de este trabajo fueron recopilados de una serie de libros y revistas; son conceptos que han sido establecidos con anterioridad, por lo cual, sólo trato de hacer hincapié en la importancia que tiene la previa comunicación al tratamiento dental de un niño, ya que, probablemente es el factor más importante y el más descuidado en las normas de conducta y tratamiento del niño como paciente en el consultorio dental.

Las bases con que el Odontopediatra debe contar las he simplificado; esperando que el estudio de esta tesis, de alguna forma pueda incrementar los conocimientos y las técnicas con las que de hecho, el profesional ya cuenta.

Me gustaría recordar a los doctores que han esclarecido dudas y nos han adentrado en lo que parecía una simple conjetura años atrás.

Los estudios de estos científicos sirvieron como trabajos de experiencia y práctica en este mundo de conciencia dental. Tenemos a Piaget con sus conceptos sobre el estudio cognoscitivo; a Erikson con sus contribuciones sobre desarrollo y respuesta; y a Skinner -- quién mostró cómo corregir, alterar y dirigir la conducta apacible o viceversa.

Tres décadas antes; Eastlick, Ireland y Mc Bride se dedicaron al estudio del cuidado dental del niño; gracias a ellos y a sus investigaciones dentro del humanismo y aplicaciones dentales en el niño conocemos tanto en este campo de investigación.

Esta primera generación de psicólogos dentales reconoció y aceptó al niño como un ser humano único.

La segunda generación de psicólogos dentales, puso un consultorio dental como campo de acción. Para ellos el encuentro dental entre paciente y especialista era el principal área de un minucioso examen.

El florecimiento de la experimentación y enriquecimiento de información en el análisis de conducta, y la práctica de nuevas técnicas en terapéutica, es testimonio de la tercera generación de psicólogos dentales dedicados al tratamiento odontológico y al entendi-miento de nuestros jóvenes pacientes. Ellos nos han guiado, en un "Asalto" para penetrar en el mundo antes mal interpretado y abandonado enfoque humanista del paciente infantil.

Estos estudios tratan de reflejar nuestro esfuerzo siempre listo para apreciar al niño como un individuo único, con todos sus de-rechos y privilegios. Ese niño es alguien que necesita de nuestra -simpatía y comprensión, para permitirle sobrellevar la experiencia dental con calma y naturalidad.

Como siempre, nuestro primordial objetivo será la salud y bie-nestar de este pequeño.

CAPITULO 1.

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD EN EL MEDIO AMBIENTE.

NATURALEZA DEL HOMBRE COMO UN TODO
TIPOS DE PERSONALIDAD
TEORIAS PSICOANALITICAS DEL DESARROLLO
DE LA PERSONALIDAD
FASES DEL DESARROLLO PSICO-SEXUAL DEL NIÑO



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 funciona de manera independiente, sino que cada uno 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 parte no sólo afectan al organismo entero, sino que ésta ejerce una influencia recíproca y dinámica sobre todas sus porciones constituyentes. Las partes no son entidades distantes 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 su 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 debe 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 la conducta de los individuos".

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

na la misma importancia que tenía para los médicos de ayer; la lucha contra la infección.

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 este instante. Si estas necesidades no son satisfechas, se originan grandes 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, educacionales y sociales.

Los impulsos agresivos de la vida emocional, son algunos aspectos que el niño tiene que afrontar por sí mismo. Muchos 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.

TIPOS DE PERSONALIDAD

- 1.- Personalidad Bucal
- 2.- Personalidad Compulsiva
- 3.- Personalidad Histórica
- 4.- Personalidad Paranoide-Esquizoide

Conocer a una persona, significa conocer su personalidad, asimismo, 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.

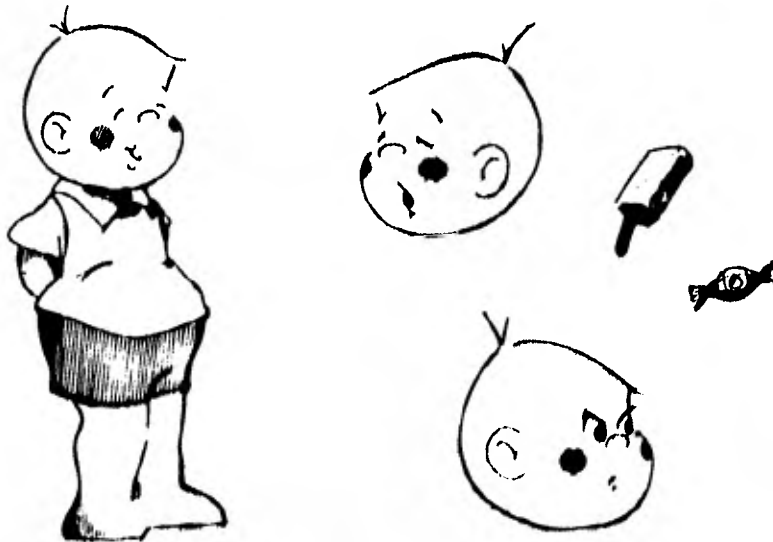
Sin ser psicólogo, ni psiquiatra, el Dentista puede clasificar a su paciente o identificar algunas características de su comportamiento. Sin embargo, es preciso que su interés por el paciente no se limite únicamente al campo profesional o sea, en el caso del Cirujano Dentista, a la cavidad bucal y dientes.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

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

1.- Personalidad Bucal

El individuo con este tipo de personalidad confiere un valor emocional exagerado a la boca y a sus funciones. Para él sigue siendo una fuente 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 serán 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 enfermo tolera mal cualquier pérdida y cae fácilmente en un estado de depresión.

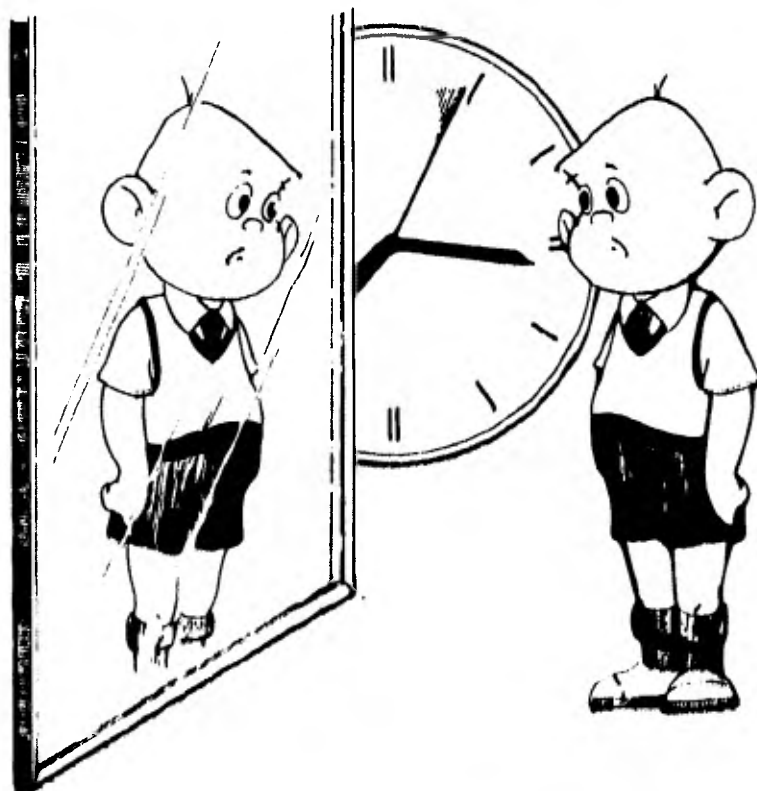
El paciente con personalidad bucal está inclinado a experimentar tensiones bucales exageradas, que lo llevarán a presentar quejas injustificadas o a pedir cuidados que en realidad no son necesarios.



2.- Personalidad Compulsiva

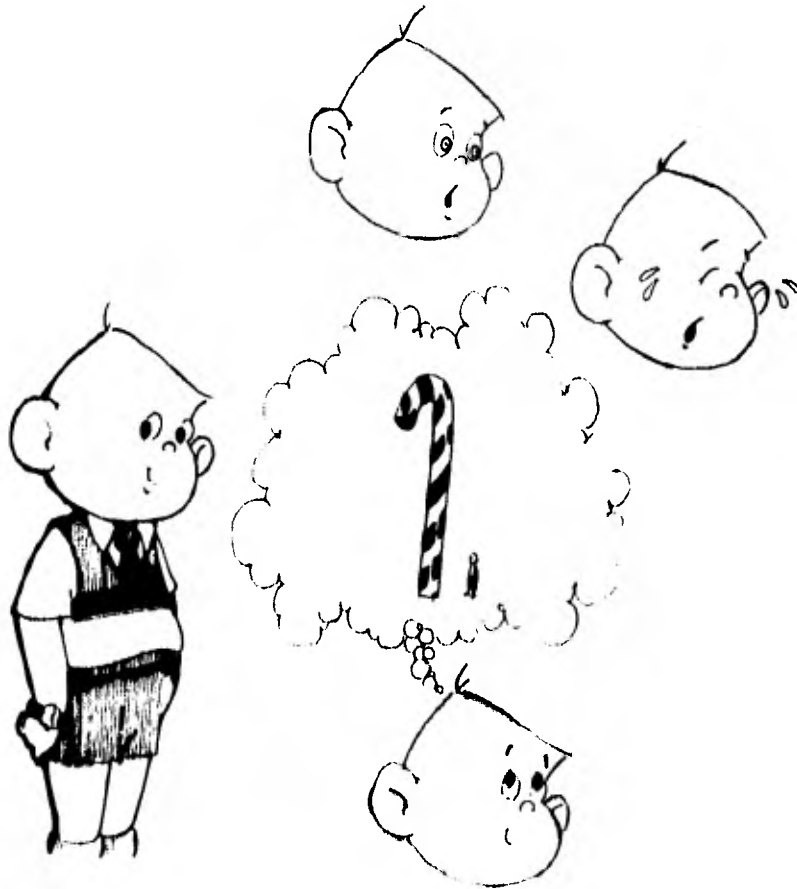
Las características dominantes de este tipo de personalidad -- son el perfeccionismo y la rigidez.

El individuo clasificado en este grupo es formal, puntual, meticuloso y preocupado por los detalles; su perfeccionismo e inflexibilidad hacen que sea indócil 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 fuera aún 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.



3.- Personalidad Histérica.

El paciente suele ser emocionalmente inestable, inclinándose - 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.



4.- Personalidad Paranoide-Esquizoide

Las principales características de este tipo de personalidad son; comportamiento receloso, desconfiado y emotivamente frío. Es difícil de 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.



TEORIAS PSICOANALITICAS DEL DESARROLLO
DE LA PERSONALIDAD

La estructura de la personalidad consta de tres partes:

- 1.- El "Id" (ello)
- 2.- El "Ego" (yo)
- 3.- Y el "Superego"

El "Id" (ello) que existe desde el momento del nacimiento; es el depósito de los instintos inconscientes que tienden a la satisfacción de los impulsos.

El recién nacido no se diferencia asimismo 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 "Id".

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. Sólo mediante el "Ego" (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 consciente y lo inconsciente. 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 aceptibilidad 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.

FASES DEL DESARROLLO PSICO-SEXUAL DEL NIÑO

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

- 1.- Fase Anal
- 2.- Fase Oral
- 3.- Fase Genital ó Fálica
- 4.- Fase de Latencia (Preadolescencia)

Fase Anal

Durante esta fase, el niño siente interés hacia sus heces fecales. Si las demandas de los padres con respecto a la limpieza 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.

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 al de succionar.

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, ni son capaces de descartar los impulsos primitivos, antagónicos al mundo exterior.

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 principio de la adolescencia.

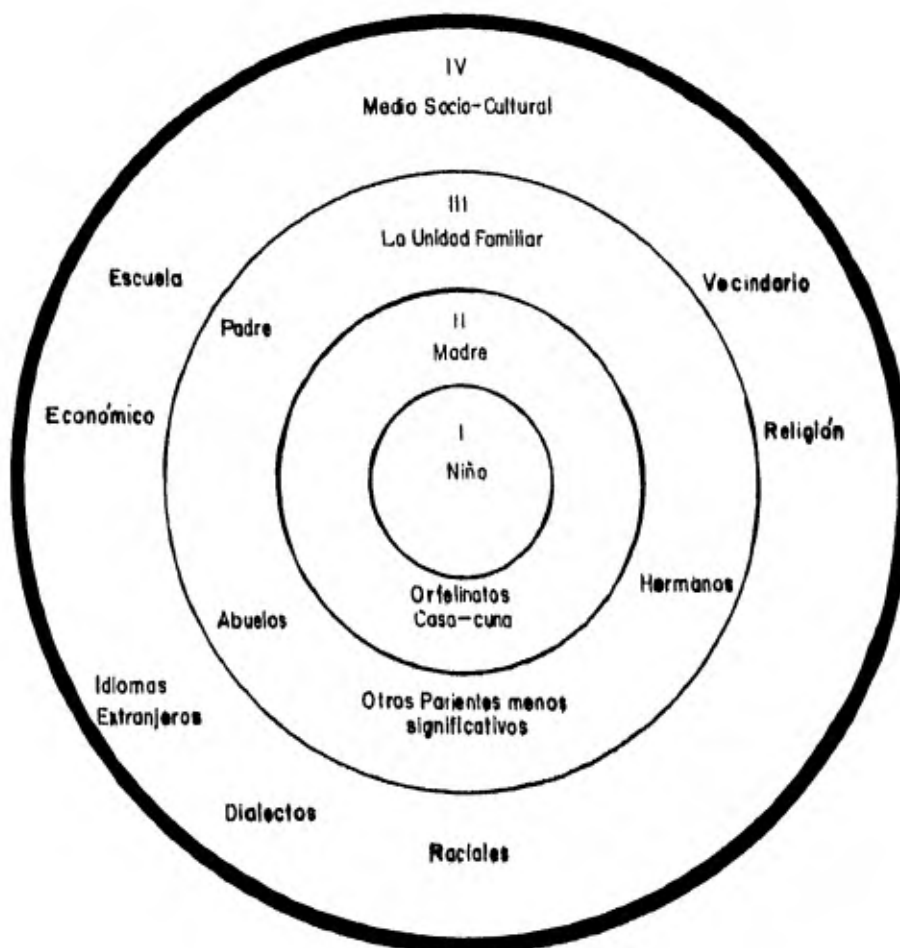
La situación del adolescente es difícil; desligado de su pasado, inconforme con su presente e ignorante de su destino tiene que encontrarse asimismo, así como su camino en la vida. Duda de su capacidad para proyectar su "Yo" en el futuro. Necesita pues, elaborar el nuevo concepto del mundo, así como los valores e ideas tradicionales aprendidos 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 desarrollar procesos de pensamientos.

Los conflictos del adolescente con sus padres y con las personas que representan autoridad son inevitables, pero se ven aumentados cuando aquellos pretenden conservar al hijo en una situación de dependencia infantil o por lo menos de control exagerado.

En el siguiente diagrama, se representa el ecosistema donde nace, crece y se desarrolla el niño.

La miseria, la 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.

Fuerzas significativas de la experiencia en
el desarrollo del niño.



Esfera I Fuerzas primarias e inherentes

Esfera II Fuerzas secundarias o de influencia materna principalmente

Esfera III Fuerzas terciarias o intrafamiliares

Esfera IV Fuerzas de periferia o extrafamiliares,

Según Karen Horney el niño carente de asistencia y protección del adulto, normalmente representada por la familia, iniciará en esta fase el conflicto "Ansiedad Materna", esto es, la sensación de soledad e indefencibilidad 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.

Los resultados de observaciones clínicas sugieren que el medio ambiente desempeña un papel importante en la actitud del niño hacia el tratamiento odontológico, por ello, el manejo acertado de la conducta infantil es uno de los principales objetos de la Odontopediatría y, además, nos induce a un correcto ejercicio profesional.

CAPITULO 11.

DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO.

PROCESO DE APRENDIZAJE

A LOS DOS AÑOS

A LOS TRES AÑOS

A LOS CUATRO AÑOS

A LOS CINCO AÑOS

A LOS SEIS AÑOS

PACIENTE ADOLESCENTE

El crecimiento psicológico del niño es una complicada serie de sucesos establecidos, que se manifiestan exteriormente en su patrón de conducta; esto es, la acción, las actitudes y la personalidad -- del niño. El crecimiento psicológico se refiere también a la adquisición de información, de habilidades y de intereses emocionales.

El Sistema Nervioso es la parte vital de la maquinaria que hace posibles los sucesos. (Gesell e Ilg).

A un niño no se le puede enseñar un tipo de comportamiento hasta que haya madurado lo suficiente para recibir tal enseñanza. Por ejemplo, un niño no puede aprender hablar hasta que esté maduro - para ello. Después de haber madurado hasta alcanzar el habla, puede aumentar su vocabulario para iniciar el proceso de aprendizaje.

El intento de acelerar el proceso de aprendizaje y la secuen-cia de maduración en el niño pequeño es, muy probablemente, el e---rror más común de los padres. (Bakwin y Bakwin).

Aunque la secuencia y por lo tanto, también la velocidad de maduración, está determinada por factores hereditarios, el medio am--biente sirve para sostener o modificar el grado de desarrollo (Ge--sell e Ilg). El crecimiento psicológico, por lo tanto, es en gran - parte producto de los potenciales heredados del niño y de su medio

ambiente. Un medio ambiente favorable, asegura la óptima expresión de sus potenciales heredados. Un medio ambiente desfavorable puede retardar o pervertir su plena expresión. Cada individuo es una personalidad distinta, cuyas experiencias en la temprana infancia son importantes para su futura conducta y relación con los demás.

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

PROCESO DE APRENDIZAJE

Es de gran importancia mencionar que el manejo del niño se efectúe de acuerdo a las diferentes etapas de su edad, tomando en cuenta la individualidad de las diversas personalidades del sexo y también considerando los distintos ambientes sociales. Ya que, debido a esto, un niño de tres años podrá actuar como uno de cinco o viceversa.

A LOS DOS AÑOS

A menudo el Odontólogo deberá tratar o examinar a un niño de dos años. Por lo tanto, es de interés para el Odontólogo conocer las pautas de conducta que se presentan en esta edad y debe determinar si el niño se está desarrollando según la norma.

A los dos años, los niños difieren muchísimo de su capacidad de comunicación; sobre todo, porque existe una diferencia considerable en el desarrollo del vocabulario a esa edad. Según Gesell e Ilg (1949) a los dos años el vocabulario varía entre doce y mil palabras. Si el niño tiene un vocabulario limitado, la comunicación

será difícil. Por ésta razón se puede terminar con éxito el trabajo en algunos niños de dos años, mientras que en otros la cooperación es limitada.

Este paciente es demasiado pequeño para llegar a él solamente con palabras y debe tocar los objetos con el fin de captar plenamente su sentido.

Puesto que, a esta edad el niño es tímido ante la gente extraña y los lugares desconocidos les resulta difícil separarse de sus padres, casi sin excepción debe pasar acompañado al consultorio.

TRES AÑOS

Con el niño de tres años, el Odontólogo suele poder comunicarse y razonar con más facilidad durante el tratamiento odontológico.

Hymes informó que niños de tres años y menos, en situaciones de "stress", cuando se les lastima, están fatigados o asustados, automáticamente se vuelven a su madre ó sustituto para consuelo y apoyo. Tienen dificultades para aceptar la palabra de nadie por nada y se sienten más seguros si se permite que el padre permanezca con ellos hasta que conozcan bien al personal y los procedimientos.

CUATRO AÑOS

El niño de cuatro años por lo común escucha con interés las explicaciones y normalmente responde bien a todas las indicaciones.

Los niños de ésta edad suelen tener mentes más vivaces y ser grandes conversadores, aunque tienden a exagerar sus conversaciones. El niño de cuatro años suele tornarse desafiante y puede recurrir al empleo de las malas palabras. En general, la criatura que haya vivido una vida familiar feliz con un grado normal de educación y disciplina, será un buen paciente.

CINCO AÑOS

Si el niño de cinco años ha sido bien preparado por sus padres no tendrá temor a experiencias nuevas como las relacionadas con ir al consultorio dental.

Los niños de éste grupo cronológico, suelen estar muy orgullosos de sus posesiones y sus ropas y responden muy bien a los comentarios sobre su aspecto personal.

SEIS AÑOS

Los niños en el período de la dentición mixta entre las edades de seis y doce años son más razonables que los niños más pequeños, consecuentemente los problemas son menores y por lo tanto, los procedimientos a usar requieren un nivel más sofisticado.

PACIENTE ADOLESCENTE

Los problemas del manejo dental de los pacientes adolescentes son en su naturaleza parecidos a los no cooperativos.

Dado que los pacientes de esta edad comurmente manifiestan problemas dentales asociados con un alto porcentaje de caries, representa un área muy importante para el Odontólogo.

Sin embargo, es un axioma que los principios fundamentales de las modificaciones del comportamiento exitosas en los niños, deben ser utilizados en los adolescentes. El refuerzo del buen comportamiento debe hacerse con procedimientos paso por paso, conocimiento y cortesía; todo ayudará a crear una relación favorable entre el Odontólogo y el paciente.

Se ha dicho que, proporcionalmente hay más dentistas temerosos de los niños, que niños que temen a los dentistas. (Brawer).

Por fortuna, sin embargo, casi todos los niños se convierten

pronto en pacientes cooperadores incluso más que los adultos, si se les ofrece la oportunidad con un acercamiento apropiado. Solamente un niño excepcional, requerirá atención especial en su manejo, pero por lo general, se convierten en pacientes muy aceptables.

El Odontólogo corriente, el práctico general, debe ver al niño como un individuo que no sólo necesitará de sus servicios en el presente, pues será también su paciente en el futuro.

Los odontólogos que prefieran limitar sus prácticas a los adultos, deben referir los niños que vienen a sus consultorios a algún colega competente. Es muy poco profesional y constituye una violación al código de ética, retener pacientes niños en la práctica, -- sin brindarles los servicios necesarios.

CAPITULO III.

CONSEJOS A LOS PADRES Y COMPORTAMIENTO DEL NIÑO.

Si queremos tener buenos pacientes infantiles, primero tendremos que educar a los padres. El Dentista que no lo haga, no está usando todos los medios disponibles para realizar un tratamiento adecuado en el niño. Es el padre no el niño, quién con frecuencia en realidad se convierte en el principal problema para la conducción exitosa de una práctica con niños. Ejercer Odontología para niños sin evaluar al padre, sin la participación del padre y sin su confianza, sólo puede conducir al fracaso.

Cuando el Dentista esté en posición de aconsejar a los padres sobre la preparación psicológica adecuada de sus hijos, él mismo tiene que comprender la naturaleza del miedo y estar consciente de cómo las actitudes de los padres pueden modificar los diferentes tipos de comportamiento del niño. Debe estar enterado de la formación de la personalidad y cómo se desarrollan ansiedades. Debe tener también diplomacia y tacto para transmitir esta información a los padres de manera profesional y adecuada. Si el Dentista aconseja clara e inteligentemente, en la mayoría de los casos será aceptado de buena gana y a veces incluso con avilés. Si el Dentista va a ser un miembro respetado de la profesión ocupada de la salud, es necesario que sea competente para discutir problemas relacionados con su profesión.

Se observa claramente que los problemas de manejo son mucho más importantes para el Dentista, que puede ver niños bajo tensiones emocionales muy fuertes, sin embargo, los Dentistas pocas veces dan consejos a los padres sobre comportamiento infantil. Ha llegado la hora de que el Odontólogo actual tome conciencia de todas sus responsabilidades como profesional.

Los padres a su vez, aplicarán estos conocimientos a sus hijos quienes mirarán al Dentista favorablemente en vez de con miedo irracional. Estos conocimientos ayudarán tanto al niño como al Dentista.

La información anteriormente descrita se aplica no tan sólo a los pacientes infantiles, sino también a los adultos, ya que, si -- comprendemos los problemas emocionales de los niños comprenderemos también los de los adultos. Las ansiedades que experimentamos en la madurez se originaron en la infancia. En los adultos, los miedos y las ansiedades tienen mayor duración y se encuentran generalmente - latentes y escondidos. Sin embargo, existen fobias marcadas de los adultos hacia los tratamientos dentales, y éstas son responsables - de que una buena parte de nuestra población evite tratamientos odon tológicos.

CAPITULO IV.

FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON
LA FAMILIA QUE INFLUIRAN EN EL COMPORTA
MIENTO DEL NIÑO.

PRESENCIA DE LOS PADRES Y RESPUESTA DEL
NIÑO AL "STRESS" DENTAL"

MIEDO Y ANSIEDAD

PREPARACION DEL NIÑO A SU PRIMERA VISI-
TA CON EL DENTISTA

FACTORES SOCIO-CULTURALES

RELACION CON LOS HERMANOS

FUENTES DE CONDUCTA NO COOPERATIVA

PRESENCIA DE LOS PADRES Y RESPUESTA DEL NIÑO AL "STREES"
DENTAL.

Existe una controversia entre los odontólogos y los estudios -
realizados con respecto a la presencia del padre en el consultorio
dental durante el tratamiento del niño.

En dos encuestas realizadas recientemente, encontramos que --
gran número de Dentistas no aceptan la presencia del padre en el --
consultorio; argumentando que la presencia de los padres aumenta --
los problemas de control del niño, interrumpe el procedimiento den-
tal y permite transmitir la propia ansiedad del padre al niño. Esta
posición es muy comentada en la educación dental.

Los que abogan por la presencia del padre en el cuarto operatorio, sugieren que ésta tiene una influencia positiva en el paciente. El efecto benéfico de la presencia de la madre con respecto a la seguridad y comportamiento del niño en una situación antifamiliar, se ha comprobado ya.

Aunque no es un duplicado del medio ambiente dental, estos estudios nos muestran que la presencia de la madre reduce la ansiedad del niño en el consultorio dental. Esta investigación es aún limitada e inconclusa. Dos estudios, uno midiendo respuesta psicológica y otro midiendo la conducta; no demostraron diferencia alguna en las reacciones de los pacientes durante la profilaxis dental, estando presente o ausente la madre en el consultorio.

Otro estudio sobre el efecto que ejerce la presencia de la madre en la conducta del niño, nos muestra que durante las visitas al consultorio, una para la exploración dental y otra para el tratamiento se encontró un significativo aumento en el comportamiento del paciente.

También se nos ha informado sobre las reacciones del niño, en una serie de visitas de tratamiento, uno cuando la madre está presente y la otra cuando no contamos con la presencia de ella. Se usó una combinación de medidas psicológicas y de conducta para valorar esta reacción en el niño; pues la presencia o ausencia de la madre no produjo un significativo efecto. Sin embargo, se encontró que la madre en la primera visita, y su ausencia en la segunda produjo una ansiedad menor y un mayor comportamiento cooperativo, que si se hubiera llevado a cabo en el orden contrario.

Niños más pequeños, de tres a cinco años, estaban más inquietos y demostraron menor cooperación sin importarles la presencia o ausencia de la madre.

Dos estudios se han llevado a cabo, uno con la madre y otro con la madre ausente. Este último abarca repetidas medidas, donde cada reacción del niño es medida bajo ambas condiciones.

Estos dos estudios abarcan la tarea arbitraria de analizar sujetos en condiciones particulares. El efecto causado al permitir al padre y al niño decidir si el padre estará presente o ausente durante el tratamiento no se ha estudiado; pero los Dentistas se enfrentan siempre a la petición del niño por su madre, o a la del padre - por acompañar a su hijo. El objetivo de este estudio fué el de examinar las consecuencias de separación padre-hijo.

DISCUSION

El procedimiento de selección, que permitió al niño y al padre el poder determinar la presencia de los padres, contaba con poder alentar la ausencia del padre, mientras que los niños se relajaban - sin temor; y alentar la presencia de los padres cuando los niños tenían problemas a tratar en sus visitas dentales. Sin embargo, no se asoció la presencia de los padres con una reacción negativa. De hecho, la diferencia importante en (BSR) respuesta cutánea, indicó - que los niños se encontraban más tranquilos cuando los padres estaban presentes. Esto no fué importante cuando la información de cada visita se analizó separadamente.

Clinicamente, se observó una gran variedad de reacciones cuando los padres estuvieron presentes.

Algunos padres parecen tener una fuerte influencia positiva en el niño, en su conducta y ansiedad o temor. Muchos ni positiva, ni negativa; y muy pocos tuvieron influencia negativa sobre el niño.

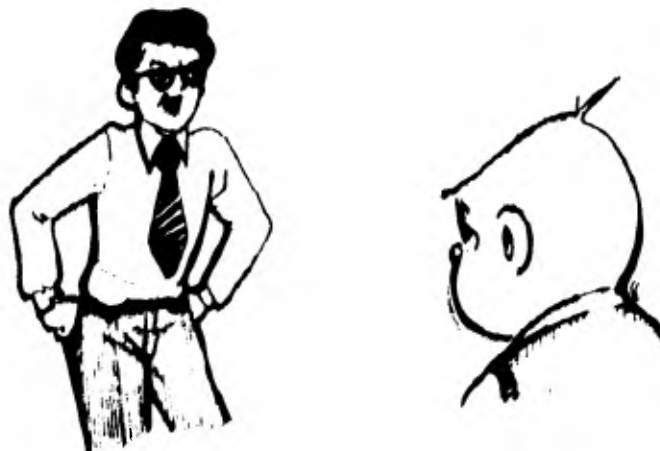
La conducta propia de los padres y el efecto causado al calmar a su niño fué variada, según las reacciones del paciente.

Estas reacciones de los padres según la conducta del niño pueden separarse en cuatro categorías;

1.- Algunos solamente se sentaron y permanecieron callados.



2.- Otros trataron de obtener más cooperación por parte del niño, usando órdenes verbales, amenazas y hasta hubo intervención física, sin intentar siquiera reducir la ansiedad y el temor del niño.



3.- Este grupo fijó su atención en los sentimientos del -
niño, tratando de aminorar sus temores con palabras -
tranquilizadoras y contacto físico.



4.- Este grupo de padres trato de reducir la ansiedad en
el niño y lo alentó en su conducta cooperativa.



La eficacia de los padres varió con cada reacción del niño. Los padres que no tenían un efecto visible positivo durante la visita del niño sobre todo cuando el niño trataba de salir adelante, fueron efectivos al calmarlo en las siguientes visitas, cuando el paciente mostraba poca ansiedad. Similarmente los padres casi no respondieron a extremos en conducta pero lo hicieron con confianza en la moderada ansiedad del niño.

La disminución en el número de padres que se quedaron con sus niños durante las siguientes visitas fué interpretada como signo positivo de que el niño adquiría más seguridad y confianza al ganar familiaridad en el medio ambiente dental.

Asimismo, más de la mitad de los niños y padres prefirieron estar juntos en la visita para pulir las piezas dentales, en este caso la reacción del niño fué aún más positiva. La impresión clínica fué que tanto padre como hijo estaban compartiendo una experiencia, que ellos consideraban difícil y sentían gran orgullo y satisfacción al salir adelante. Con frecuencia, padre e hijo mostraron orgullo al gran mejoramiento de conducta en el niño. La conducta del padre y su eficacia varían considerablemente, y están relacionados a la intensidad de reacción del niño. Así que necesitamos más estudios para mejor entendimiento de dinámica entre padre e hijo.

CONCLUSIONES

Los resultados de estas investigaciones indican que, dada la opción, la mayoría de los padres e hijos inicialmente prefieren estar juntos durante las visitas dentales del niño. Aunque el porcentaje disminuyó mientras que las visitas dentales continuaron, casi la mitad de los padres e hijos prefirieron estar juntos durante la última visita. Si bien los padres y niños pudieron escoger, la presencia de los padres no se asoció como una reacción negativa en el niño.

MIEDO Y ANSIEDAD

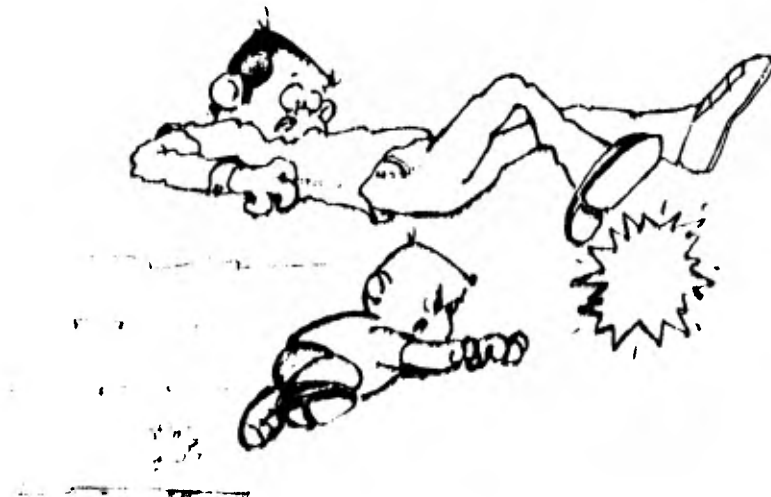
El miedo y la ansiedad son reacciones emocionales elaboradas - por la personalidad, basadas en el sentido y el significado. Una situación puede suscitar miedo o ansiedad porque significa peligro, - aunque en realidad no exista tal. Lo importante es saber como la -- percibe el hombre y de qué manera le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



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 definidos claramente.

La angustia estimula las reacciones de defensa y evita por --- ejemplo acudir al consultorio dental. Surge la angustia que provoca un estado de tensión y cambios emocionales, aunque el Dentista no haga daño ni lastime. La ansiedad exagera cualquier experiencia dolorosa real, llegando a disminuir el umbral del dolor y aumentar la intolerancia a los medicamentos, por lo tanto, es preciso saber reconocer y tratar estos aspectos de angustia y anticipación que presenta el dolor.

PREPARACION DEL NIÑO A SU PRIMERA VISITA CON EL DENTISTA

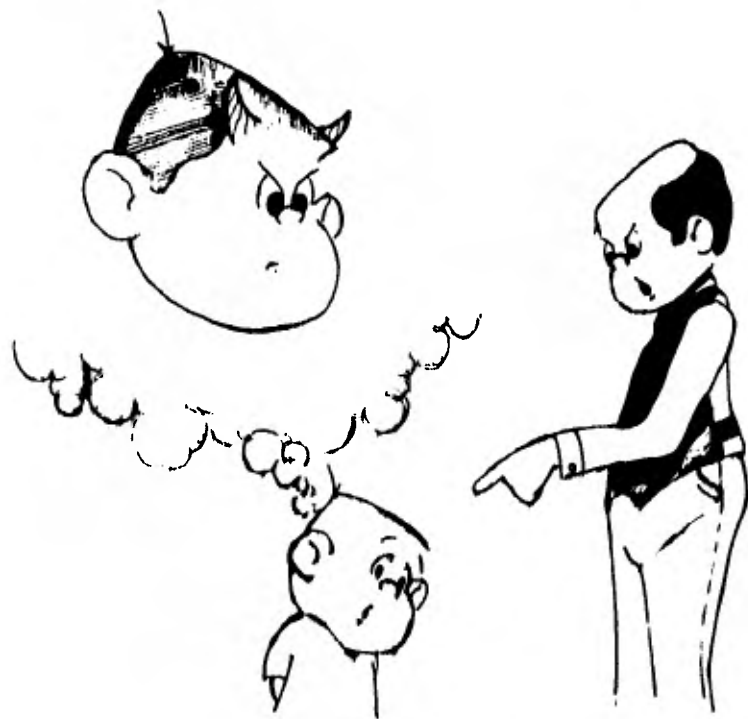
La visita al Odontólogo es para el niño una nueva experiencia que generalmente desencadena tanto nerviosismo como dolor. Esto se debe en la mayoría de los casos a que acuden a consulta cuando la salud bucal es deficiente e incluso existe dolor en un porcentaje elevado.

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

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 primer consulta se siente angustiado y atemorizado por lo que ésta representa en cuanto a dolor físico. En ocasiones el niño se avergüenza de su propio temor, exagerando los dolores soportados para disculparse así mismo, por lo que se enfa-

tiza 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 asistir a las citas con regularidad, ya que el nerviosismo de sus hijos aumenta mientras más se retrase el tratamiento. Por otra parte, deben pensar que para la buena conservación de los dientes, los niños deben soportar ciertas molestias, tampoco hacerlos sentir que tienen o que padecen un problema grave en su boca, ya que ésto 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). Influencias positivas de los padres u otras personas.
- b). Experiencias agradables en el consultorio, sin dolores, ni molestias.
- c). Medios educativos sobre la salud.

2.- Factores Desfavorables:

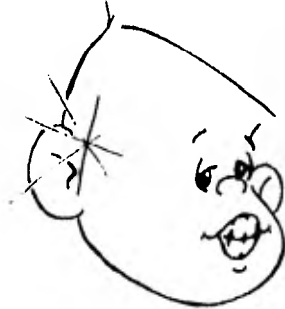
- a). Escuchar experiencias desagradables (artículos, programas de radio, dibujos, televisión, negativamente empleados).
- b). Manifestaciones de abierto rechazo hacia la Odontología.
- c). Experiencias personales desfavorables en el consultorio.

La educación de los niños acerca del tratamiento dental, debe 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 la salud en general.



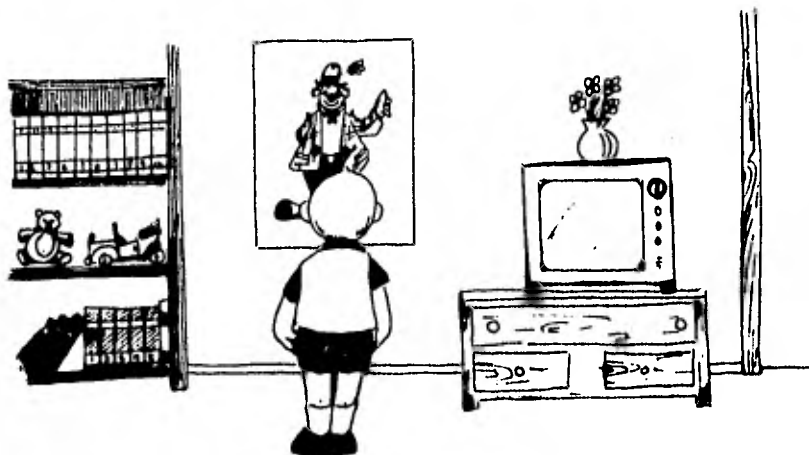
2.- Dientes sanos bien conservados, forman parte de la belleza de la cara.



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 el consultorio dental para que le resulte una visita atractiva y de impresiones agradables; motivará 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 primera experiencia que obtenga de esta cita generalmente resultará un buen paciente o un mal paciente.

En lo que respecta al aspecto propiamente psicológico de esta primera cita, es importante hacer énfasis en la necesidad para los odontólogos que por primera vez van a conocer a su paciente, que se preceda a realizar el examen médico, que además de brindarnos una

seguridad, es un motivo de toma de contacto con el niño. Pero además se debe intentar hacer 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 conviene escuchar por separado a cada uno de ellos, siempre y cuando la separación no provoque reacciones importantes de pánico o de oposición.

Con el estudio de los antecedentes familiares; podemos ayudarnos a precisar la naturaleza de los lazos familiares y las condiciones de vida del niño, suponiendo así un primer acercamiento psicológico de las personalidades tanto maternas como paternas. Tampoco debemos olvidar las reacciones personales del Dentista, de simpatía y antipatía.

Se puede hacer una observación objetiva del comportamiento del niño, juzgando su aspecto; inestabilidad de ciertos niños que nunca están quietos tocando todo en el consultorio, o por lo contrario, la pasividad o astenia de otros demasiado 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 inconscientes, el Dentista debe olvidar su "apego" habitual al paciente. Sin ostigar 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.

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, edad, etc,. 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 y físicas, indican 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.

Wright y Alpern, al estudiar 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. Asimismo, 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, comprobaron 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.

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 si se desarrollan en medio de privaciones, falta de cariño, dirección o se encuentran expuestos a rechazos, abusos físicos o comentarios

que le causen y provoquen lesiones psicosociales, será desfavorable.

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 ésta primera percepción de los padres y la angustia asociada con ella.

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 hacerle daño o herirlo. Es casi inevitable que el Dentista reconozca, que cuando se encuentra en su consultorio vestido de blanco, con su instrumental 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.



RELACION 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.

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 especialista deberán de ser lentos y la instrucción mínima, debemos recordar también que los ruidos fuertes son desconcertantes para el niño pequeño.

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 está practicando el tratamiento.

Se realizaron estudios como los de Ghose en los cuales se comprobó el efecto del modelo 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 (técnica de 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. Unicamente 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, concluyeron que la conducta en 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, tres a once 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 debe ni puede generalizarse.

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 desenvuelve el niño, va a tener repercusión sobre su comportamiento. Así, tenemos que la preocupación por problemas tales como pobreza, trabajo inadecuado, relaciones familiares infelices, fricciones matrimoniales, fatiga, enfermedad, etc., son factores que pueden agotar la capacidad tanto del padre como de la madre de dar algo a los demás.

Por el contrario si el niño vive en un ambiente en donde hay buena alimentación, alojamiento confortable, cariño, atención y protección por parte de los padres, tendremos a un pequeño mentalmente saludable y la relación con personas desconocidas (Médico, Dentista etc.) serán favorables.

CAPITULO V.

EL LLANTO

UN DETERMINANTE PARA EL DIAGNOSTICO

EL LLANTO COMO UNA MANIFESTACION DEL
TRATAMIENTO DE LA PERSONALIDAD

LLANTO OBSTINADO

LLANTO TEMEROSO

LLANTO LASTIMOSO

LLANTO COMPENSATORIO

TRATAMIENTO.

El llanto es una manifestación del comportamiento del niño como paciente temeroso, y previsto generalmente como una molestia para el Dentista. Frecuentemente el método principal para el paciente infantil es sedación o anestesia. Desde que nuestras destrezas y materiales para administrar estas importantes ayudas para el tratamiento, son altamente desarrolladas, nosotros algunas veces tenemos la tendencia a colocarlos como panacea para todos nuestros problemas en el tratamiento del paciente infantil.

Hay ocasiones en que el Dentista puede usar otros medios para controlar esta molestia, que facilitará el establecimiento de una mejor relación con el paciente infantil.

¿Por qué no se usa el llanto en sí mismo como la llave del tratamiento?

En pavidodencia probablemente más que en otro campo de la Odontología, ejercitar práctica psicológica simplifica los tratamientos -- desde ese momento, las actitudes del joven paciente han sido formadas para que sean el fundamento de futuras relaciones paciente-dentista. Usar la Psicología más que forzar la cooperación del paciente para obtener resultados, es más satisfactorio que alcanzar simplemente éxitos de cavidad.

El paciente empezará su entrenamiento dental con entendimiento y confianza en vez de desarrollar temor y aprensión. Está en el análisis que el Dentista pueda utilizar el llanto del paciente.

En primer lugar el llanto debe ser categorizado. Aunque aquí -- pueden aparecer tantas clases de llantos como niños. En la actualidad se han encontrado solamente cuatro clases dentro del consultorio dental. A continuación los menciono en orden de prevailecimiento:

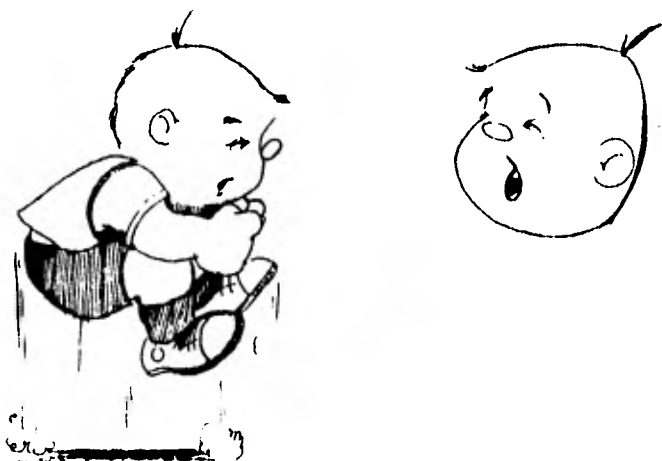
- 1.- Llanto obstinado
- 2.- Llanto temeroso
- 3.- Llanto lastimoso
- 4.- Llanto compensatorio.

EL LLANTO COMO UNA MANIFESTACION DEL TRATAMIENTO DE LA PERSONALIDAD.

El llanto como cualquier otra manifestación de la conducta humana, es un modo de expresión de la personalidad tratada individualmente. Por ejemplo, cuando un niño se está comportando malhumorado, entonces su llanto será malhumorado.

Cuando el Dentista observa que un infante en la sala de espera esta sujetando a su mamá, él puede esperar del niño una demostración de su timidez, si llora aterrado cuando él deba dejar a su mamá para ir dentro del consultorio sólo con un extraño, el Dentista. También el joven paciente que depende de la conducta materna, en la sala de espera exhibirá alguna forma de su temperamento y llorará -- cuando llegue su turno. Por ello, la identificación de una clase de llanto provee al Dentista con una herramienta muy importante para el diagnóstico.

LLANTO OBSTINADO



El llanto obstinado es caracterizado por su volubilidad. Es como una sirena maniática. Entre más rápido cambia el estado de ánimo, más fuerte y águdo es el grito. Entre más agitado se vuelve el niño, más fuerte y alto será su llanto. Llanamente hablando, éste es un temperamento compuesto de patadas, mordidas, etc. Frecuentemente no existen lágrimas.

El llanto obstinado está hecho para el niño así formado. El -

puede desafiar la disciplina impuesta por sus padres y por otros.

¿Con qué dificultad los padres controlan su conducta?

¿Los padres establecen alguna disciplina?

El grado de terquedad a tratar puede ser proporcional al grado de éxito acumulado u obtenido por los padres. De todas formas, aún el mejor comportamiento del niño con sus padres puede variar con un extraño. En sentido inverso, a algunos no los controlarán sus padres pero si serán dóciles con otros.

LLANTO TEMEROSO



El llanto temeroso puede ser identificado por sus abundantes -lágrimas y sus constantes sonidos acechantes. La respiración es convulsiva, sollozante y áspera. Este llanto incrementa más el rendimiento del corazón que el efecto grave en el oyente. De todas formas, esto no quiere decir que el volúmen sea desatendido. Este llanto tiende más a la histeria que al temperamento agresivo.

El niño aterrado no está llorando para encontrar una salida, - el miedo se ha apoderado de él y de su razonamiento. Siempre existe

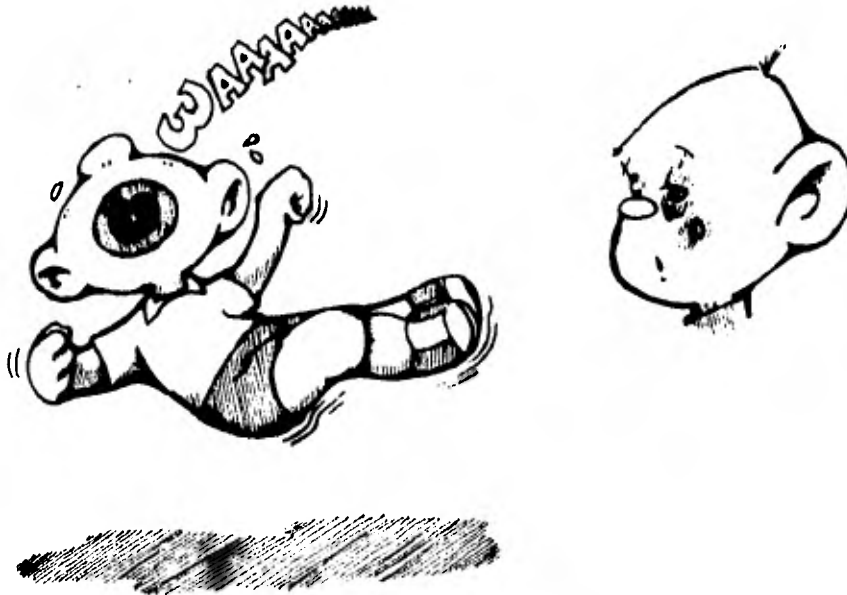
el elemento aprensión a lo desconocido a lo no familiar. La confianza falta aquí, no la disciplina.

LLANTO LASTIMOSO



Al llanto lastimoso puede hacerle falta enteramente el volumen o puede ser muy alto. Las lágrimas pueden ser solamente manifestación. Y si existe sonido, éste será parecido a gemido. La respiración podrá ser afectada si el niño la sostiene como si se asegurase el mismo en contra del dolor. Este niño necesita una pequeña explicación. Si el niño está llorando profundamente y en voz alta en el vencimiento del dolor, él simplemente va a ser un niño normal que reacciona a los estímulos del dolor. No es particularmente beligerante o temeroso. Si está tratando de olvidar su llanto, él está haciendo una valiente cooperación a expensas de su propio confort.

LLANTO COMPENSATORIO



El llanto compensatorio no es un llanto del todo. Es un sonido del paciente que aminora el ruido del aerotor. Generalmente no es fuerte pero es consistente cuando siente contacto con el aerotor. Cuando el ruido del aerotor para, el llanto cesa. No hay lágrimas ni sollozos, solamente constantes gemidos.

Como ya se mencionó este niño no está llorando, solamente está haciendo ruido para encubrir el sonido del aerotor. El está cooperando con la mejor de sus habilidades. Un canario en su jaula en una cocina cantará más fuerte para encubrir el sonido del agua que sale de la llave. En un grupo casual-cantante, uno tiene la tendencia a cantar más fuerte si está cerca de otro con voz desagradable. El principio es el mismo.

TRATAMIENTO

Una vez que el llanto ha sido identificado, la estrategia del proceder debe ser determinada.

¿Cuáles son los métodos específicos además de sedantes y/o -- anestesia más ventajosos empleados para cada uno de estos cuatro tipos de llanto?

El llanto obstinado es uno de los más difíciles de tratar por el Dentista. Viendo la situación desde el punto de vista paciente, esta conducta nos ayudará. El motivo de su obstinación es la ansiedad y ésta se va a presentar antes de cualquier visita con el Dentista, pues resulta poco atractiva para el niño.

De él no se podrá esperar una actitud adulta porque no es lo -- suficientemente maduro para comprender la importancia del cuidado -- dental. Su manifestación terca es meramente su forma de defenderse. Cuando el Dentista reconoce este hecho, no hay razón alguna para -- que él se sienta agitado con el niño.

El siguiente paso es reconocer el mecanismo de la defensa para proveer al niño de información e indicarle que no hay nada de lo -- que se quiera defender.

El manejo del niño obstinado generalmente puede ser verificado más rápidamente sin los padres. Frecuentemente los padres permanecen inquietos si permiten al Dentista que continúe el tratamiento -- en éstas condiciones,

El niño puede ser cargado para introducirlo al consultorio. En niños más grandes nunca deberá emplearse la misma técnica ya que podrá ser humillado con tal tratamiento. Mientras se le habla calmadamente, el Dentista puede llevarlo firme pero gentilmente de la mano, lo suficientemente lento que aunque él sea introducido por la fuerza no se note.

Una vez dentro, si él aún continua llorando y sigue con la --

idea de permanecer en tal estado, el Dentista lo sentará y le platicará en tono de autoridad temperada pero en forma comprensible. Si aún llora, el Dentista debe sujetar su mano sobre la boca del niño con el fin de que lo escuche mejor. La respiración del niño nunca - deberá ser obstruída. Mientras el Dentista continúa conversando le debe persuadir de que no hay nada a que le tema, viéndole directamente a los ojos y colocándole sus manitas en cada uno de los extremos del sillón dental. El niño comenzará a relajarse en este momento.

Hecho esto, el berrinche habrá cesado y su respeto y cooperación habrán sido ganados.

La obstinación como otra cualidad humana se presenta en varios grados.

En los niños que se manifiesta un grado menor de terquedad, la firmeza deberá ser suficiente para controlarlos.

En todos los grados de obstinación la firmeza es importante, - pero debe ser empleada sin molestarnos por el grado de terquedad - del niño.

Con algunos niños el conversar no ayuda. Con estos pacientes, entre más se platica, más se incrementa su furor. Cuando la firmeza y la razón fallan, la terapia de "shok" o la sumisión psicológica - deberán ser usadas.

Cuando lo antes mencionado ha fallado, entonces los sedantes - es lo indicado, no como hipnótico, sino como medio práctico de manejo. Uno de acción rápida, no tóxico, de fácil administración, sedante sin exceso depresivo, es recomendado.

El Dr. Henry G. Elsbach prefiere usar Butabarbital con Clorpheniramine o Hyosine (Scopolamine) Hydrobromine (Pedosol). Esta combinación es más efectiva en pequeñas dosis que el Barbitúrico sólo.

El efecto inicial ocurre después de los 10 ó 12 minutos. Solamente tranquiliza al paciente. Permite al Dentista un campo seguro en el cual trabajar y además el paciente no saldrá del consultorio

con la desagradable resequead de boca producida por la Atropine.

LLANTO TEMEROSO TRATAMIENTO.

Aunque el miedo motiva el llanto de ambos (obstinado y temeroso), existe una gran diferencia en los dos tipos de niños y por lo tanto, en su tratamiento.

En el niño obstinado tiende a perpetuar el berrinche para asegurar sus propios deseos. Con este niño como fue previamente determinado, la asistencia de la madre generalmente no es una ventaja. - El llanto del niño temeroso, sin embargo, está basado más en la emoción que en la razón. Sus padres serán de gran importancia, ya que él necesita de todo el apoyo que ellos le puedan brindar.

La firmeza y la gentileza son más efectivos con los pacientes jóvenes si su atención puede ser distraída lo suficiente para parar el llanto, la confianza y la explicación pueden obtener su cooperación. La fuerza es contradictoria todo el tiempo, solamente lo hará más difícil. Sólo si el Dentista falla en obtener la confianza del niño y la cooperación por estos métodos, deberá usar sedantes.

Pedo-sol es también la droga a escoger para este niño.

Cualquier tratamiento siempre será hecho con amabilidad y entendimiento.

Este éxito en el tratamiento podrá suscitar repeticiones con esta clase de actitud en las visitas futuras.

LLANTO LASTIMOSO TRATAMIENTO.

Lógicamente, la indicación para el tratamiento del niño con dolor es eliminarle dicho dolor. Un poco más de Novocaina puede ser suficiente. El niño que está tratando con valor de cooperar, sin si

quiera llorar, ayudará a todos los esfuerzos del Dentista para hacerlo sentir agusto.

LLANTO COMPENSATORIO TRATAMIENTO

Este pequeño llorón es el más fácil de tratar. No debemos hacer ningún intento de parar su cólera con el Aerotor. El no trata de interferir en su tratamiento.

CONCLUSION

En lugar de que el Dentista trate de disminuir el llanto del niño, él puede usarlo como ventaja. El especialista ha obtenido la llave de la conducta del paciente infantil y la ha fortificado con entendimiento más que con vejación.

CAPITULO VI

TECNICAS PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA

TECNICA DE "DECIR, MOSTRAR Y HACER"

TECNICA DE MANO SOBRE BOCA Y NARIZ

TECNICA DE MODELAJE

TECNICA A CUATRO MANOS

Es importante que el Odontopediatra tenga conocimientos acerca de los estudios que se han realizado sobre las técnicas para el 'Manejo de la Conducta', de esta forma podremos obtener datos que nos ayudarán a mejorar nuestra práctica en Paidodoncia.

Me voy a permitir presentar un estudio realizado en el Medical College de Georgia, en el Centro de Computación, en Augusta.

Una encuesta sobre las prácticas y las actitudes, relativa a -- las técnicas para el manejo de la conducta, se realizó al conglomerado de la Asociación Americana de Diplomados en Paidodoncia en 1971. De 160 cuestionarios enviados por correo, 123 fueron regresados, y de éstos, 120 fueron apropiados para ser tabulados.

Las tablas que aparecen a continuación presentan los resultados de dicho cuestionario.

Para aquellos lectores que tengan voluntad de emplear el tiempo para estudiar y analizar los datos, seguramente podrán llegar a algunos juicios prácticos y de valor.

Los Drs. Donald F. Bowers de Augusta y Edwin D Hibbard de Atlanta, fueron los responsables de la información.

LOS RESULTADOS QUE SE OBTUVIERON SON LOS SIGUIENTES:

RESULTADOS	MAYOR ACTIVIDAD	EDAD
(120)	P.P. (90) D.E. (30)	40 años (50) 40-50 años (35) 50 años (35)

En muchas ocasiones, la conducta indeseable puede ser manejada por el especialista a través de una sola interacción personal.

4.40 4.32 4.66 4.42 4.45 4.36

Quando el tiempo extra es ocupado manejando conducta a través de una interacción personal, el honorario señalado reflejaría el esfuerzo especial.

4.55 4.32 4.36 4.18 4.74 4.66

Un entendimiento de los fundamentos psicológicos es esencial para un completo éxito en el manejo de los niños como pacientes dentales.

4.43 4.46 4.50 4.42 4.48 4.36

Cursos formales en la psicología del niño serán una parte del tratamiento de la Paidodondacia.

4.40 4.45 4.23 4.50 4.45 4.16

La Psicología es requerida para un éxito completo en el manejo de los niños, es realmente de sentido común.

4.07 4.38 3.13 2.84 3.28 3.44

Entre más largas las prácticas, se encuentran menos problemas de comportamiento.

5.88 3.90 3.83 3.62 4.22 3.94

La mayoría de los niños, no han tenido suficiente disciplina en su educación en casa.	3.56	3.64	3.53	3.46	3.62	3.69
La anestesia local, es causa de muchos problemas de conducta, así como los previene.	1.72	1.82	1.43	1.70	1.57	1.88
La filosofía liberal esta fundada en la sociedad de hoy, como respuesta para muchos problemas de conducta en el consultorio dental.	3.55	3.62	3.36	3.54	3.48	3.50
Un año ó más de entrenamiento acreditado en anestesiología, podrá ser requerido para que un -- Dentista use N ₂ O en el consultorio.	2.88	2.97	2.60	2.56	3.00	3.22
El no hacer caso de su conducta, a la mayoría de los niños les provoca miedo durante sus trata- mientos dentales.	2.90	2.95	2.73	2.80	3.02	2.72
El aspecto más penoso de los especialistas en Pavidoncia, es el manejo de la conducta.	2.89	3.01	2.53	3.06	2.51	2.97
Los riesgos declarados de la analgesia con N ₂ O han sido muy contundentes.	3.23	3.20	3.33	3.30	3.28	3.19
La restricción de los conductos respiratorios en los niños, es crudo y potencialmente dañino - psicológicamente.	3.12	3.16	3.03	2.84	3.08	3.52

La mayoría de los niños realmente aprecian la disciplina que el Paidodontólogo les da en el consultorio dental.

3.95 3.96 5.95 4.00 4.00 3.86

Las restricciones físicas nunca podrán ser usadas sin el mínimo conocimiento del paciente.

5.16 5.22 5.00 3.16 2.97 3.41

El especialista en Paidodoncia rechazará un niño indómito hasta que se adapte al tratamiento previamente planeado.

2.56 2.57 2.35 2.70 2.45 2.66

El especialista en Paidodoncia siempre introducirá al paciente joven a cada nuevo procedimiento antes de empezar a tratarlo.

3.95 3.98 3.90 4.12 3.85 3.86

El Dentista siempre se esforzará por mantener la jeringa lejos de la vista del niño.

5.72 3.74 3.66 3.68 3.60 3.91

El tiempo de día es corto para atender a los niños preescolares.

1.94 1.82 2.50 2.10 2.17 1.75

Las recompensas para una buena conducta como muñecas o anillos, ayudan a crear una buena conducta en los futuros.

2.90 2.90 2.90 3.18 3.57 3.13

No hay nada más erróneo que sobornar a un niño para que se corrija.

2.08 2.10 2.03 2.06 1.97 1.97

Bastantes niños reaccionarían desfavorablemente con los uniformes blancos, por lo que se justifica el vestir uniformes de color.

3.45 3.56 3.16 3.58 3.28 3.38

El uso de la anestesia local para aplicar los procedimientos restaurativos en los dientes primarios, es raramente necesario.

1.61 1.62 1.60 1.52 1.51 1.86

Entre más práctico más dependo de fármacos especiales para tratar la conducta del niño (drógas u Oxido Nitroso).

1.82 1.86 1.70 1.86 1.80 1.80

La analgesia con Oxido Nitroso puede eliminar el empleo de la anestesia local, para realizar un mejor tratamiento restaurativo.

2.00 2.03 1.90 1.90 2.02 2.13

TECNICAS PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA.

Los factores que pueden llegar a modificar la conducta, se dividen en dos grupos:

- a).- Positivos. Dentro de este grupo se encuentran las siguientes acciones: caricias, palabras de elogio y sobre todo prestar atención a lo que dice, así como mostrar interés por lo que está haciendo el pequeño.
- 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.

Existen dos tipos de caricias:

- 1.- 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.
- 2.- 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 considerar el precio ó consecuencias que ésto puede ocasionar.

Se debe 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 que se encuentra completamente capacitado, tanto en conocimiento como en habilidad, así como de que es capaz de ayudarlo sin hacerle ningún daño innecesario.

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

- 1.- Debemos reconocer la experiencia del niño a lo que ha visto u oído.
- 2.- Otorgar elogios únicamente por los esfuerzos que realiza y no por su carácter 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 y saber que son complacidos; debemos recordar que son susceptibles a captar nuestros verdaderos sentimientos.

Las recompensas otorgadas tanto por el Dentista como por sus padres no deben 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.

Se debe 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 que se encuentra completamente capacitado, tanto en conocimiento como en habilidad, así como de que es capaz de ayudarlo sin hacerle ningún daño innecesario.

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

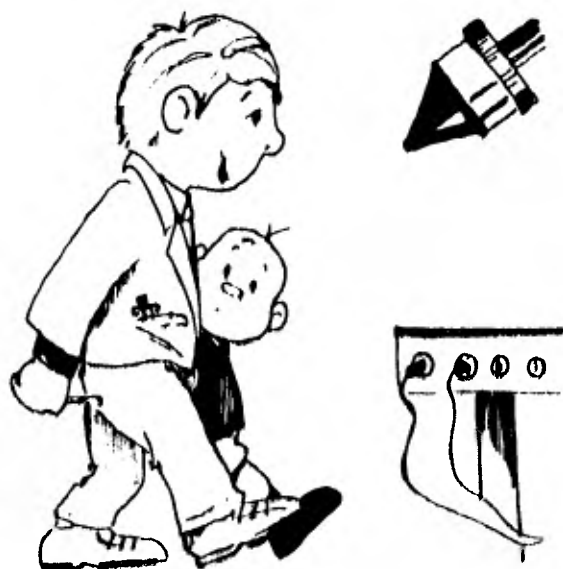
- 1.- Debemos reconocer la experiencia del niño a lo que ha visto u oído.
- 2.- Otorgar elogios únicamente por los esfuerzos que realiza y no por su carácter o personalidad.
- 3.- Ofrecer opciones y alternativas a los niños de lo que será su tratamiento dental. Hay que tener en consideración que todas estas alternativas deben ser favorables al Dentista.
- 4.- Los niños necesitan ser complacidos y saber que son complacidos; debemos recordar que son susceptibles a captar nuestros verdaderos sentimientos.

Las recompensas otorgadas tanto por el Dentista como por sus padres no deben 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.

TECNICA DE "DECIR, MOSTRAR Y HACER"

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

Se deberá explicar al niño cómo y por qué se van a emplear los aparatos con los cuales se va a tener contacto, como el aparato de rayos X, la lámpara 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 talento como sea necesario, hasta que el niño quede enterado de lo que será el procedimiento, evitando cualquier comentario que pudiera ser malinterpretado o que alarme al paciente, provocándole temor y desconfianza. Los materiales que se empleen dentro de la boca, tales como restauraciones con amalgama de plata, coronas de acero cromo, policarbonato, sellador de fisuras, tomas de impresiones con alginato, etc., deberán ser explicadas detalladamente, evitando el empleo de palabras completamente desconocidas para él.



Es muy importante evitar ruidos innecesarios, así como gestos o alguna otra manifestación, ya que se podrá perder la relación o simpatía lograda entre el Dentista y el niño, por lo que los instrumentos que producen ruido deberán 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 de que logre llegar a diferenciar entre ruido, vibración y dolor. Esta técnica deberá ser empleada desde que el niño entra al consultorio hasta el final del tratamiento.

La administración del anestésico local juega un papel muy importante en la práctica diaria, por lo que debemos tener en cuenta los siguientes detalles:

Deberán ser tratados individualmente según edad y mentalidad, recordando que muchos pacientes no tienen el suficiente dominio de sí mismos y expresan sus sentimientos de diversas formas y diversos tonos.

El Odontólogo deberá 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, o 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, no manifestando gestos de preocupación o susto ya que afectaría inmediatamente el comportamiento del niño, si éste se encuentra observándolo.

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

En el momento de la aplicación del anestésico, se deberán evitar manipulaciones bruscas del Dentista, así como evitar que el niño observe cómo prepara la asistente la jeringa, en qué forma y cómo nos la entrega, para que sea llevada apropiadamente 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 evitar el silencio.

TECNICA DE MANO SOBRE BOCA Y NARIZ

Es una de las técnicas que suscita más controversias en cuanto a su aplicación en el manejo del niño difícil.

DESCRIPCION DE LA TECNICA DE LEVITAS:

Coloco mi mano sobre la boca del paciente cubriendo la nariz - (en caso necesario), con mi cara 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 dientes".

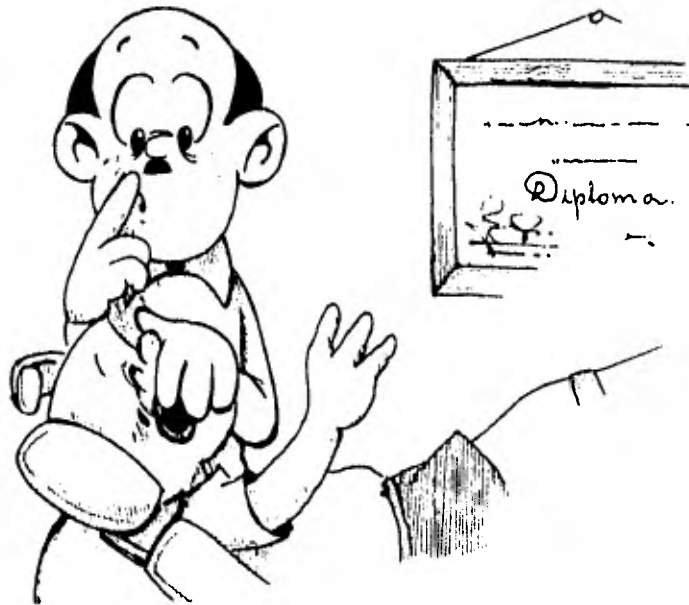
Después de pocos segundos se vuelve a repetir lo mismo y se -- añade "¿Estás listo para que quite mi mano?".

Si el niño asiente con la cabeza, se retirará la mano.

Si una vez llevado a cabo esto, el niño continúa gritando, se repetirá la acción cuantas veces sea necesario, hasta lograr el objetivo deseado.

Mientras el niño se repone, se entablará una conversación con

El objeto de distraer su atención, hablándole acerca de temas ajenos a su conducta o del consultorio.



Una vez realizado el tratamiento de esta cita 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 le diga a sus padres que se ha portado bien".

Varios autores dan su opinión al respecto, como el caso de - -
K 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 resul-
tado terrores nocturnos y un resentimiento perdurable en el niño.

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 ha-
bilidad del Dentista para su uso.

Finn, establece que es una medida extrema y sólo deberá emplearse como último recurso, opina que no es factible llegar a provocar un trauma 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 de 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 conciencia de que su estrategia no sirve en un momento dado.

Se enfatiza que la técnica nunca deberá 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 mental o muy pequeños. Sin embargo, su aplicación no es muy recomendable en conjunción con medicación sedativa previa.

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

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

Levitas ha sugerido que las dificultades a menudo pueden producir problemas de conducta, por lo que la técnica de 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 realizar todos los servicios dentales necesarios.

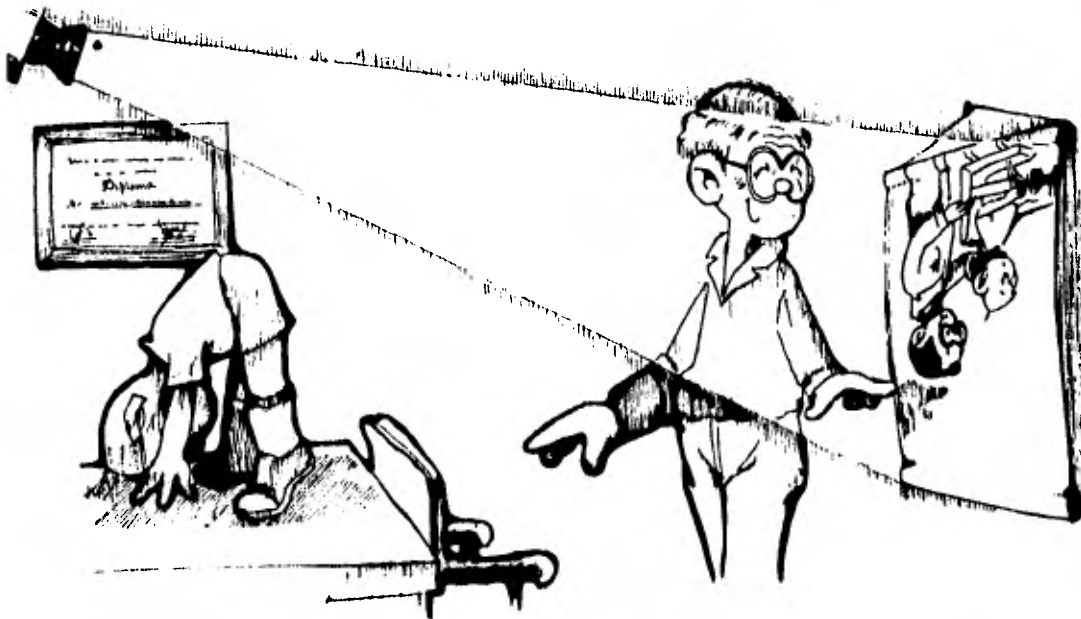
Queda establecido que antes de aplicar la mencionada técnica, todos los medios para establecer la comunicación, deben haber sido agotados. Cuando no se han obtenido resultados favorables y la conducta del niño continúa sin control, se hará uso de ella.

El Dentista debe 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.

TECNICA DE MODELAJE

La técnica de modelaje es 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 la - 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 obtenido 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.

Sawtell indica 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 futuro.

Todas estas técnicas deberán ser empleadas en el momento en que el paciente entra al consultorio con un comportamiento inadecuado.

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 que no lo vieron.

En la práctica general debemos 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 influenciarlos con un mínimo esfuerzo.

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

TECNICA A CUATRO MANOS

La técnica a cuatro manos no solamente nos ayuda a efectuar el tratamiento en un tiempo corto, sino que también tiene la función de evitarle al niño, estímulos desagradables con respecto a la experiencia odontológica.

Por otra parte, podemos tener un mejor control del paciente, evitando accidentes durante el tratamiento dental.

A continuación voy a mencionar las técnicas a cuatro manos más usuales en Odontopediatría.

Antes de ubicarse el Odontólogo junto al sillón, la asistente efectuará la adaptación correcta de la luz dental, sin deslumbrar al paciente.

MOMENTO DE LA ANESTESIA.



La coordinación precisa del momento en que la asistente pasa la jeringa al Odontólogo, puede reforzar negativamente la imaginación del niño. Para evitar ésto, la asistente dental entregará en forma discreta la jeringa.

En este paso la asistente puede estar lista para con una moderada restricción ayudar a proteger al pequeño paciente contra sí mismo si éste tomara una súbita decisión de rebelión, en especial los brazos.

El operador toma con firmeza la jeringa y la asistente dental

sostendrá únicamente el capuchón, que es la parte inferior que cubre la aguja.

En el momento de la aplicación del anestésico, se tratará de que la jeringa no esté a la vista del paciente.

DIQUE DE GOMA.



Tomando en cuenta la dificultad en los pequeños pacientes para inmovilizar la lengua en una pequeña boca, es importante el empleo del dique de goma. Además protege los tejidos blandos, evitando así accidentes.

La asistente dental tiene listo el dique de goma en el arco con su grapa correspondiente y el porta-grapas.

El operador toma el porta-grapas y lo lleva a la cavidad oral.

Después de colocar la grapa, la asistente dental está lista para recibir el porta-grapas.

Por último, la asistente dental pasa al operador el escabador o cucharilla, para que desprenda el dique de goma de las aletas de la grapa.

TECNICA PARA PASAR Y RECIBIR.



Los instrumentos deben ser entregados lo más cercano al campo operatorio, sin pasarlos frente a la cara del paciente.

La vista del Odontólogo debe estar concentrada en la boca del paciente, limitándose a colocar las manos en posición de recibimiento. La asistente pasará los instrumentos con firmeza hacia la mano del Odontólogo.

Posiciones de Trabajo en el Sistema a Cuatro Manos.

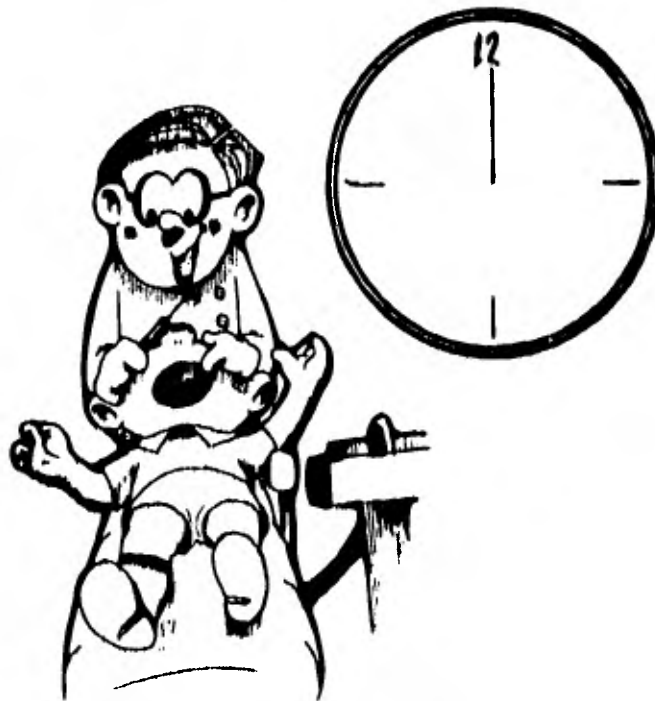
Para una mejor visibilidad de la asistente dental, normalmente debe permanecer en una posición más alta que la del operador.

La altura de la boca del paciente debe estar a nivel de los codos del operador.

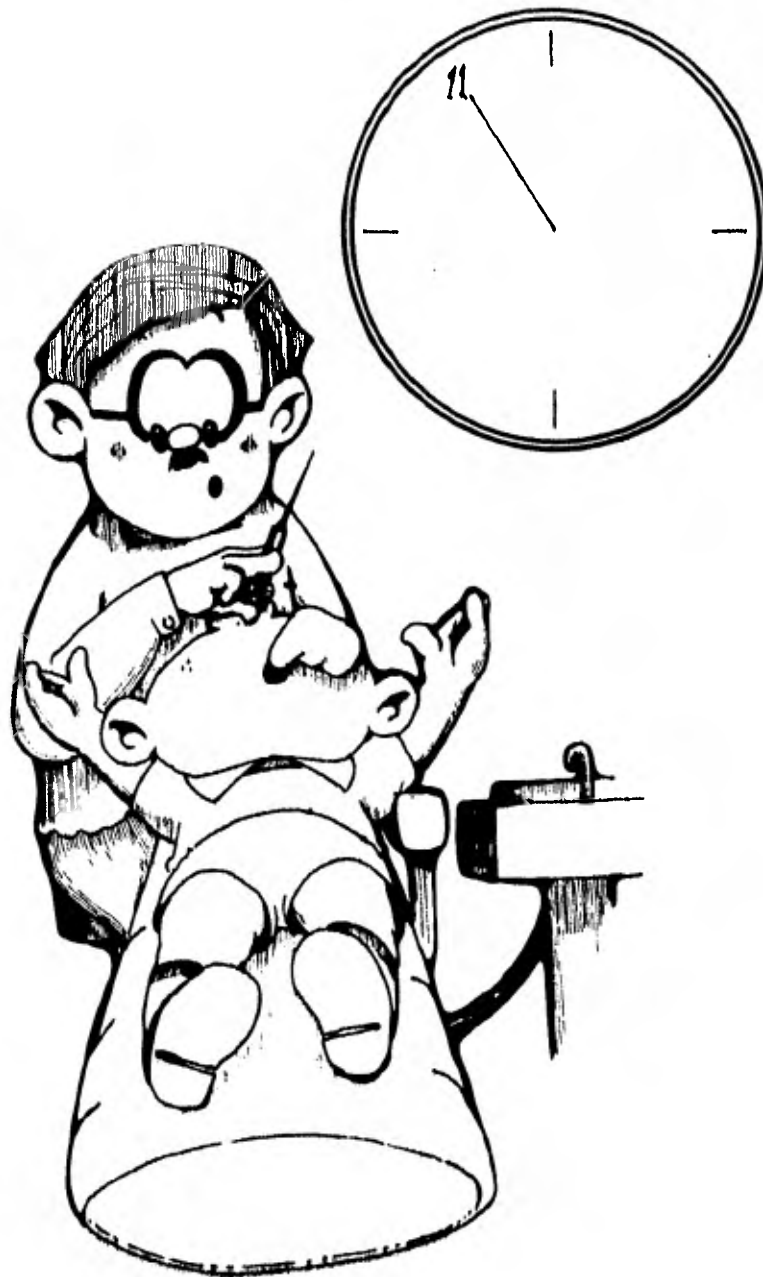
Los movimientos de trabajo deben efectuarse con naturalidad y con el mejor esfuerzo posible, para evitar dar al paciente estímulos negativos.

El campo de trabajo de la asistente dental y del operador deben estar bien definidos.

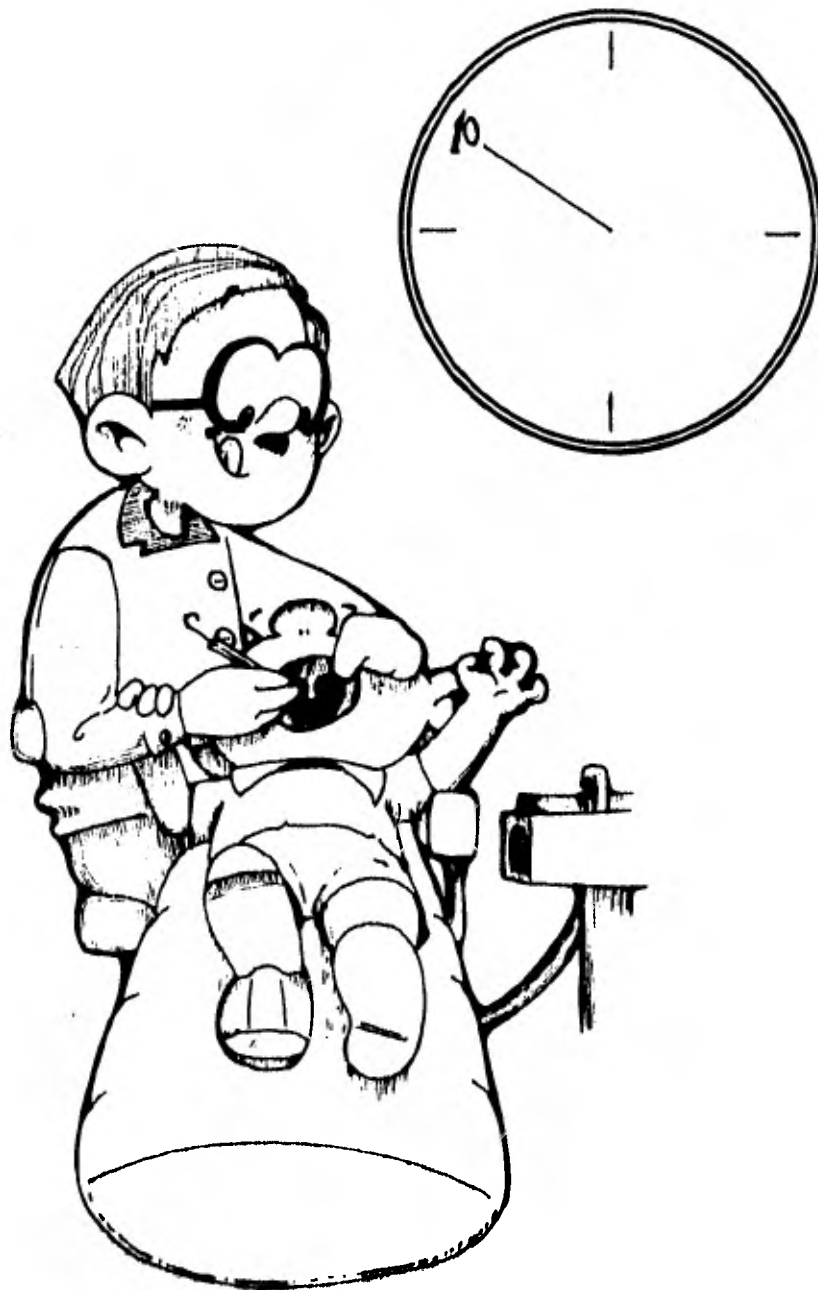
Posiciones de Trabajo del Odontopediatra, de acuerdo con las manecillas del reloj.



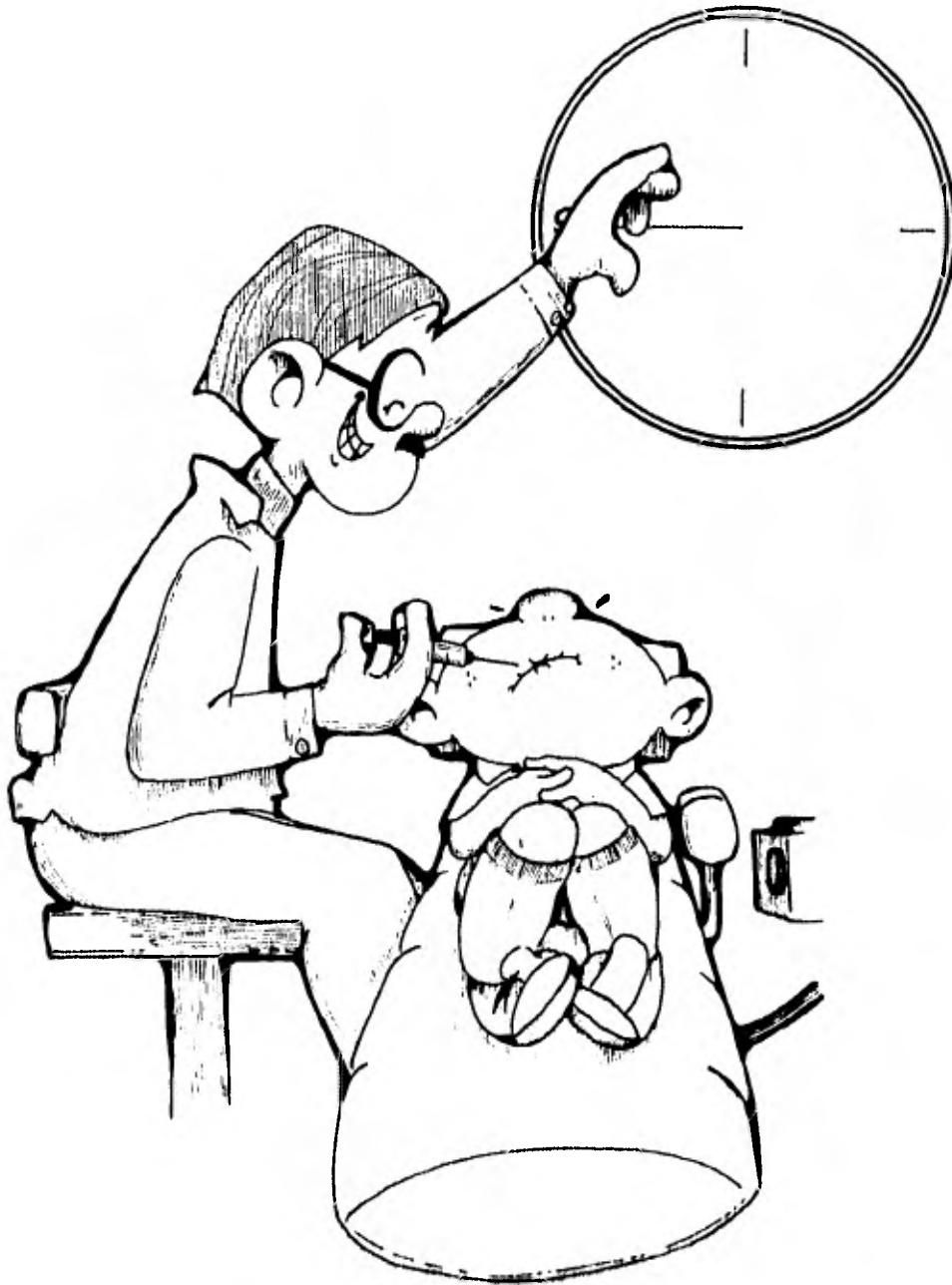
12:00 Posición Posterior. Es una de las más frecuentemente usadas y la posición del paciente es horizontal.



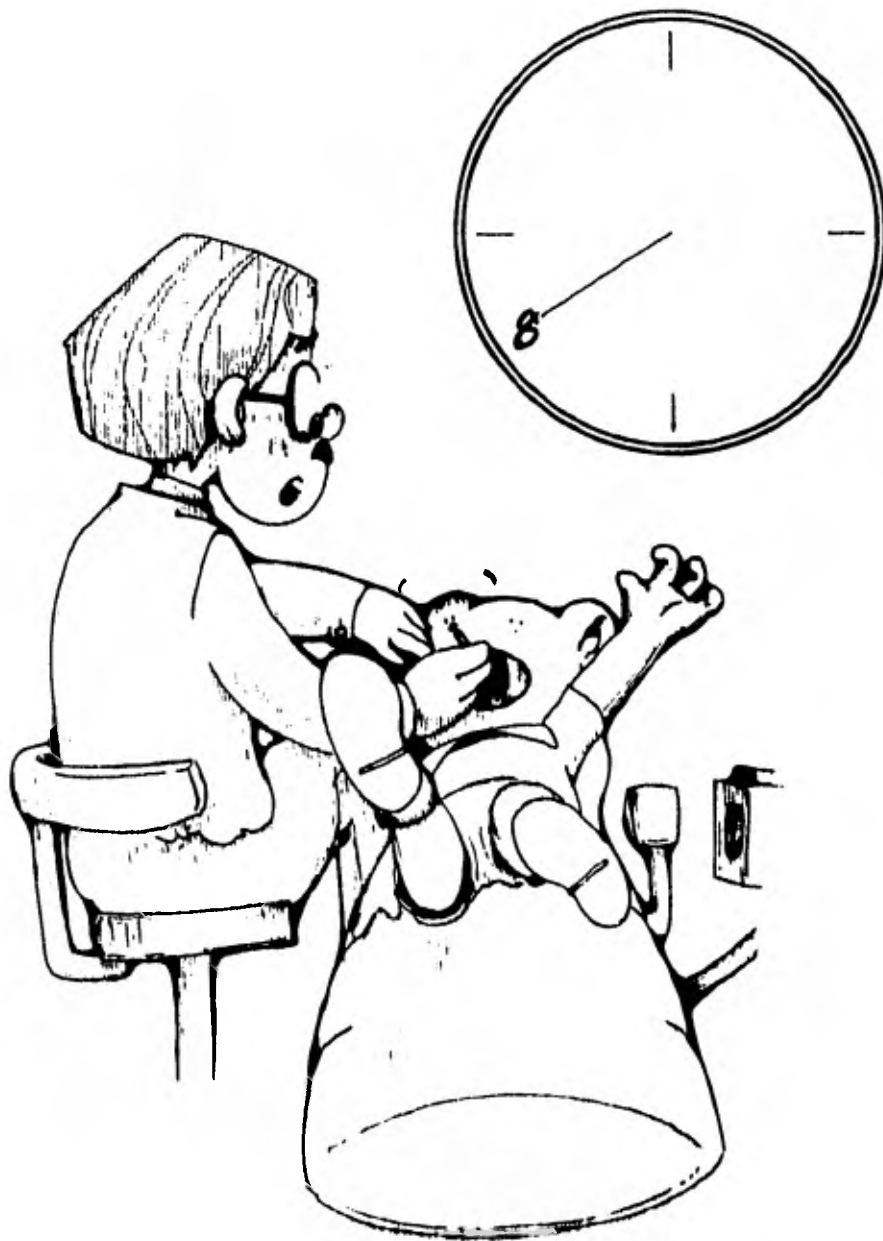
11.00 Es la posición de trabajo que más se facilita, el cuerpo superior del paciente se encuentra ligeramente inclinado.



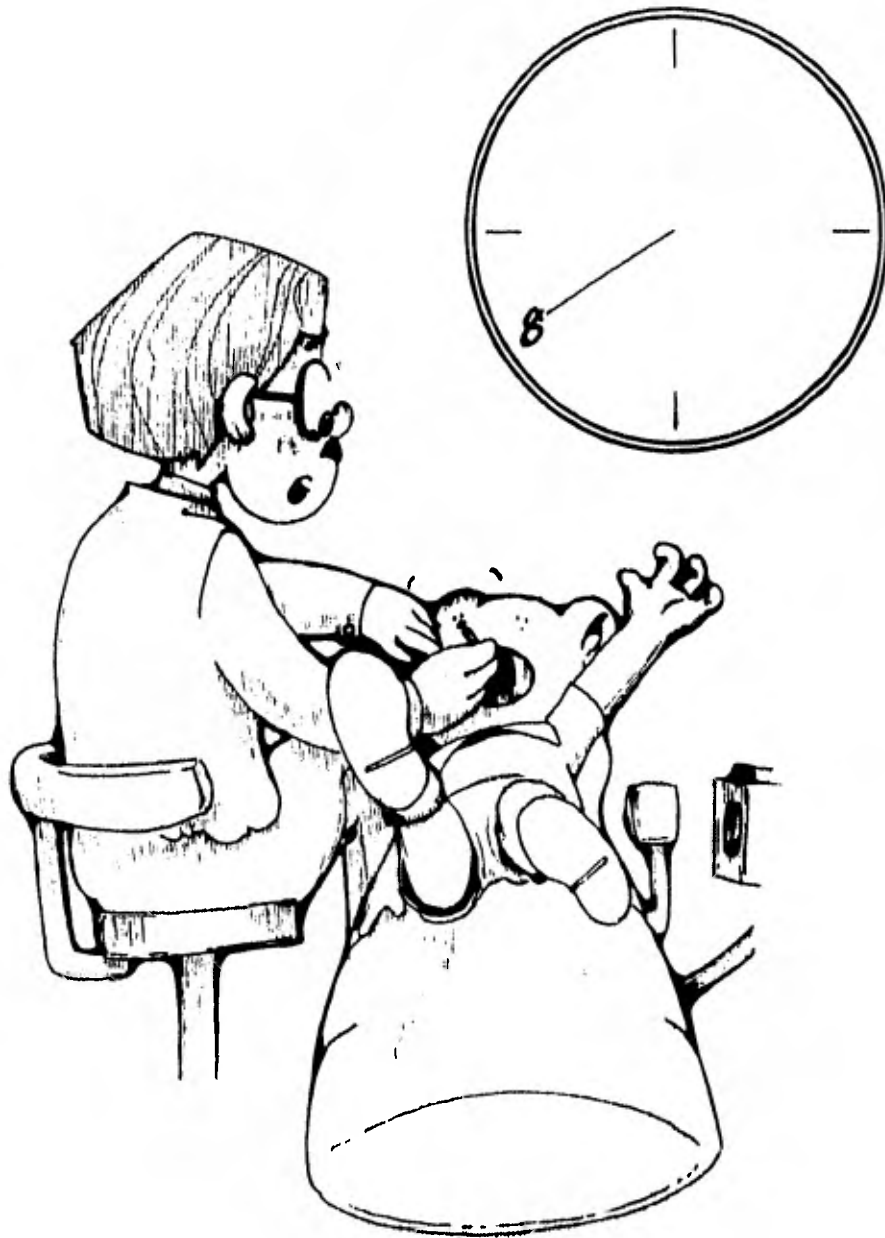
10.00 Esta posición facilita la fijación de la cabeza.



9.00 No es frecuente el uso de esta posición de trabajo.



8.00 Esta posición puede ser adoptada en pacientes cooperativos para realizar tratamientos en la arcada inferior, se trabaja en forma directa.



8,00 Esta posición puede ser adoptada en pacientes cooperativos para realizar tratamientos en la arcada inferior, se trabaja en forma directa.

CAPITULO VII.

TERAPEUTICA FARMACOLOGICA ACONSEJADA EN EL MANEJO DEL COMPORTAMIENTO.

SELECCION DE LAS DROGAS

ADMINISTRACION ORAL

ADMINISTRACION INTRAVENOSA

ADMINISTRACION INTRAMUSCULAR

RESPONSABILIDADES DEL DENTISTA

HIDROXIZINA

DIAZEPAN

PROMETAZINE

HIDRATO DE CLORAL

ALFAPRODINA

MEPERIDINA.

El tratamiento de un enfermo angustiado y emocionalmente perturbado puede constituir uno de los mayores problemas en la práctica del Dentista.

Sin embargo, los problemas de medicación previa para controlar la conducta del paciente infantil no se deben prescribir indiscriminadamente. Cada niño tiene un patrón particular de desarrollo y ma-

duración mental. Son mejores cinco minutos extras de acondicionamiento psicológico a la situación dental, que 50 mg. de Atarax.

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),

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

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.

SELECCION DE LAS DROGAS

Dependerá en parte al manejo del comportamiento del niño, clasificándose así en:

a) Los niños que necesitan medicación preventiva.

b) Los niños que necesitan medicación de control.

Los primeros exhiben formas de comportamiento variable, son potencialmente cooperativos y semi-cooperativos para los tratamientos dentales, el niño tímido es un ejemplo de estos casos ya que cooperará con el Dentista mientras se le tomen radiografías, sin embargo no actúan de esta manera cuando se trata de otro tipo de tratamiento.

Aunque estos niños pueden ser tratados 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, por trastornos emocionales, retraso mental, etc.

ADMINISTRACION 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 que no se deberá prescribir ningún medicamento sin antes haber dado las instrucciones por escrito al familiar. En la receta se anotará el nombre de la droga, 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.- Pude 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 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.

ADMINISTRACION INTRAVENOSA

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

ADMINISTRACION INTRAMUSCULAR

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 de saco vestibular.

RESPONSABILIDADES DEL DENTISTA

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

Deberá ser responsable del niño, no solamente cuando se encuentre en el consultorio, sino hasta 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.

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.

A continuación menciono 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 psicosedantes más populares en la práctica odontológica, según el Dr. M. Kopel.

El Dr. Bennet clasificó en 1974 los agentes psicosedativos en:

a) Mayores.

b) Menores.

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

El grupo Difenil Metano es un psicosedativo del cual el Atarax es un derivado. La presentación comercial del Atarax es de un polvo blanco inodoro, soluble en agua y el Vistaril es conocido como Salpomato de Hidroxizina.

Farmacología

Es sedativo, antihistamínico y ligeramente anticolinérgico.

Es absorbido en el tracto gastrointestinal y sus efectos se manifiestan a los treinta minutos, 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 minutos antes de la cita (Pretell, 1959; Alexander, 1960; Stewart, 1971).

50 mg. una hora antes de la cita (Lang, 1965).

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, más 100 mg. (15 granos de Hidrato de Cloral) (Noctec).

Ya que la Hidroxizina no es un depresivo respiratorio, puede ser empleado como complemento del Oxido Nitroso.

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 en 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 tomar precauciones cuando se administre en pacientes con anomalías cardiovasculares, o que han sufrido pro

cesos mentales subnormales no controlados (Dr. 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

El Dr. Healy et al. en 1970 empleo el Diazepan 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 a 15 min., fue asociada a una rápida absorción de la droga.

Cuando el Diazepan es administrado por vía intravenosa, deberá ser administrado lentamente, 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 intravenosamente. 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 1.5 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 Fenergan (Wyeth).

Desde 1959, el Dr. Lampshire escribió el primer reportaje con el uso de la Prometazine, como un sedativo preoperatorio usado en Odontopediatría, él recomienda su administración de 12 a 35 mg. --- asociado con la Meperidina (Demerol) y la Clorpromazina (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 el Dr. Mc. Donald, 1974. Su empleo principal es como co-medicación con otras drogas. El Dr. 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 tres años. En 1969 el Dr. Jones adicionó al Prometazine 1/4 de grano de Seconal. El Dr. Korll, 1969, unió el Pentobarbital con la Meperidina. El Dr. 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, los Drs. 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 con 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 farmaco-terapéuticos 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 depresión 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 y 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 a 22.66 Kg., de 4 a 7 años de edad, de 750 a 900 mg. con un peso de 22 a 31 Kg., de 7 años de edad o más grandes, de 1000 a 1500 mg. con un peso de 31 a 45 Kg.

De cualquier manera, el Dentista deberá de recordar que en caso de que el tratamiento vaya a prolongarse, se prescribirá una segunda dosis, que será 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 Oxido Nitroso.

ALFAPRODINA

Nombre comercial, Tigan (Roche), es narcótico, cuando se administra por vía subcutánea su efecto puede presentarse a los 5 ó 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 y 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, se indican 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 con el nombre de Nesentil (Roche) cuya presentación es de 40 a 60 mg.

Dosificación

En niños cuyo peso es de 13 Kg. la dosificación será de 15 mg.

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

MEPERIDINA

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

Fue 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 seis horas; causa midriasis, hipotensión postular, sedación y 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 o con disfunción hepática. Su principal efecto clínico es la somnolencia y la xerostomía.

Indicaciones

Empleado como premedicación, como co-medicación, se administran 2 1/2 granos (150 mg) de Seconal y 25 mg. de Meperidina para un niño de 3 años con peso de 11Kg.

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 vía intramuscular, intravenosa, subcutánea y oralmente.

Dosis

18 mg. en niños entre 3 y 4 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.

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 presenten una conducta violenta.

CAPITULO VIII.

UNA EXPLICACION PSICOLOGICA PARA EL USO DEL OXIDO NITROSO COMO CALMANTE PSIQUICO EN LOS NIÑOS.

OXIDO NITROSO Y COMPORTAMIENTO

REFUERZOS

ANGUSTIA

TERAPIAS DE APRENDIZAJE

FENOMENOS PSICOLOGICOS

AMBIGÜEDAD

TRANSFERENCIA

DIMENSIONES DE PODER

ELEMENTOS COGNOSCITIVOS.

Durante la última década, el uso del N_2O como calmante psicológico se ha convertido en un importante aspecto en el manejo de niños durante los procesos dentales.

Un examen dirigido en 1972 por la Association of Pedodontic Diplomates en "Técnicas para el Manejo del Comportamiento", indicó que cuarenta y dos de los 120 especialistas examinados emplearon N_2O , ocho de ellos utilizándolo para todos sus pacientes.

Estas razones son empíricas, sin embargo, no satisfacen enteramente al especialista. Estas pruebas no contestan completamente el

por qué de su uso. El Dr. Borland habló de este problema cuando estableció "Es imposible utilizar fenómenos ventajosamente sin entenderlos". Sin embargo, el repentino, casi fascinante alcance de las estrellas por el hombre así como sus conquistas en enfermedades comenzaron únicamente hasta después de que aprendió a preguntarse y a esperar explicaciones racionales a partir de los descubrimientos empíricos.

El Dr. Langa opinó que una de las razones de vanguardia para el uso del N_2O fué la eliminación del miedo en los procesos dentales. Los Drs. Hogue, Berguer y asociados, demostraron que el N_2O produce una anestesia moderada cuando se usa en una concentración mayor al 40%. Sin embargo, es por las propiedades psicosedantes de la droga por lo que el paciente obtiene el mayor beneficio.

El Dr. Wycoff explicó que "Su uso primario es producir ataraxia, paz y tranquilidad mental".

El Dr. Trieger estableció que "Disminuye la sensibilidad a estímulos nocivos en la conciencia del paciente aún en ausencia de analgesia".

El Dr. Wycoff consideró que estas propiedades también benefician al Dentista, porque lo relajan del esfuerzo de tratar a un paciente tenso o no cooperativo.

OXIDO NITROSO Y COMPORTAMIENTO

El N_2O puede alterar el comportamiento. El Dentista que lo utilice deberá estar tan familiarizado con los aspectos potenciales de la alteración del comportamiento consigo mismo y con sus pacientes así como lo está con su farmacología y su administración. Un análisis que relate satisfactoriamente los cambios de conducta obtenidos, puede influir en algunos Dentistas para utilizarlo con todos sus pacientes. Por otro lado, un mejor entendimiento en los cambios de conducta resultados de su uso, o del uso de cualquier otra droga

psicosedante, puede resultar útil para una determinación más lógica al discernir entre aplicarlo o no en casos específicos.

Algunos Dentistas deciden que una mayoría determinada de sus pacientes tienen algún tipo de problema que hace recomendable el uso de psicosedantes. Otros lo utilizan para todos los pacientes. A aquellos que lo emplean para todos sus pacientes, deberían sospechar que ellos mismos son los problemáticos, ya que algunos especialistas reportan una alta incidencia de pacientes que cooperan sin su uso.

Existen tres posibles razones por las que un Dentista pudiera administrar N₂O para todos o casi todos sus pacientes.

- 1.- La mayoría o todos los pacientes representan problemas de manejo a menos que se utilicen psicosedantes.
- 2.- Empleando psicosedantes, el Dentista se siente aliviado de la necesidad de utilizar técnicas de manejo que pudieran intervenir con la eficiencia de los procedimientos operativos.
- 3.- Utilizando psicosedantes, la incidencia de problemas de manejo se reduce.

Ninguna de estas razones es verificada por las experiencias de los especialistas en Paidodoncia referidos en el párrafo inicial.

Contrariamente a la primera razón establecida, los odontólogos examinados no encontraron que la mayoría de sus pacientes estuvieron asustados durante sus citas dentales. Además, mientras más practicaban, menos problemas de comportamiento encontraban.

La segunda razón excluye el uso de Técnicas para el Manejo del

Comportamiento. Los especialistas sin embargo tendieron a enfatizar la importancia de cuidados especiales, tales como drogas, para el manejo del comportamiento. Los psicosedantes deberán ser utilizados para aumentar el manejo del comportamiento, pero no para reemplazarlo. Las experiencias desagradables aprendidas por problemas de conducta y sus necesidades deberán ser tratadas y resueltas en el momento.

La tercera razón implica que el Dentista es incapaz o que no desea tomar el tiempo necesario para manejar problemas de comportamiento conforme van apareciendo. En esos casos, el motivo que asoma para el uso de psicosedantes pudiera ser el miedo en lo que corresponde al Dentista más de lo que concierne al paciente. Afortunadamente, los especialistas examinados por la Association of Pedodontic Diplomates no indicaron esos síntomas de no adecuación. Si el problema existe, su solución será a través de la educación continua y no por el uso de psicosedantes.

El Dr. Langa estableció que "Es el mal acercamiento y el mal comportamiento del Dentista el que frecuentemente crea la falta de cooperación del paciente infantil". Es verdad que algunos doctores no están emocionalmente constituidos y maduros para tratar niños exitosamente. Sin embargo la mayoría de los especialistas tienen la eficiencia necesaria, pero no saben como utilizarla con éxito.

Afirmó que lo que ellos necesitan para aliviar sus contratiempos o frustraciones es "Un modo de operación preciso y un objetivo definido en la mente". El encontrar una técnica adecuada pudiera resolver el problema de algunos Dentistas. Sin embargo, es posible que no resuelva el verdadero problema de los pacientes y origine otro más fácil o más difícil de tratar.

REFUERZOS

La administración del Oxido Nitroso (N_2O) deberá ser considerada junto con otros procedimientos para reforzar positiva o negativa

mente la conducta. El reforzamiento positivo se refiere a cualquier evento que tienda a facilitar o incrementar la probabilidad de una específica forma de conducta. Generalmente un reforzamiento deberá ser presentado después del comportamiento adquirido. Sin embargo, el elemento esencial es un entendimiento por parte del paciente de que el refuerzo es dependiente del comportamiento deseado. El Dentista usa refuerzos positivos, cuando incita al niño a que se relaje en el sillón. Este aliento incrementa la probabilidad de que continúe relajado.

El reforzamiento negativo es cualquier acto o evento que, una vez terminado, incrementa la probabilidad de una respuesta dada.

Los eventos que pudieran ser refuerzos negativos son generalmente nocivos. La operación completa pudiera parecer como un estímulo pernicioso ó dañino desde la perspectiva del niño. Cuando al niño se le permite dejar la operación, el evento nocivo termina; y los actos de comportamiento que se presentan al finalizar se consideran reincidentes. Por esta razón al niño no deberá dársele la oportunidad de creer que un comportamiento indeseado para con el Dentista que le dió resultado (al niño), termina o bloquea un elemento del plan del tratamiento. Este ejemplo apunta la astucia de no decirle al niño, del cual se espera un comportamiento pobre, la extensión del tratamiento planeado para esa cita; especialmente si el tratamiento es difícil o complicado o que lleve un tiempo desusualmente largo. En esos casos el Dentista siempre deberá estar en posición de cambiar el plan de tratamiento de manera tal que sea suficiente para impedir la intromisión del niño. El pequeño aprende que sus comportamientos indeseables no serán recompensados, entonces, la probabilidad de la repetición durante las visitas subsiguientes se reduce.

ANGUSTIA

Comentando acerca del manejo de la ansiedad en Odontología, el Dr. Chambers dijo que un Dentista debe contribuir al problema de la

conducta por medio de reforzamientos negativos para la ansiedad o sea, reforzar negativamente la ansiedad que trata de suprimir. Por ejemplo; el uso indiscreto de la premedicación, el Dentista puede "simplemente posponer cualquier oportunidad que pudiera tener un niño para enfrentar un problema inevitable. Lo que actualmente es aprendido por el paciente es una disposición para evitar situaciones de angustia por medio del uso de sedantes artificiales".

El Dr. Chambers también indicó que una técnica para manejar la angustia en los niños, que inicialmente produce un reforzamiento negativo de un comportamiento deseable, puede ser utilizada consistentemente por el Dentista ya que sí funciona. Esto incrementa la confianza del Dentista, porque entonces él espera que resulte. El nivel de angustia del Dentista se reduce y él se convierte en un modelo de relajamiento para su paciente. El resultado neto es que la ansiedad del paciente disminuye y el Dentista adopta el uso de una técnica completamente diferente. El mecanismo de esta técnica es similar al efecto del "placebo".

Aunque los efectos benéficos de un Dentista relajado pudieran aparecer como suficientes para utilizar el N₂O como psicosedante para todos los pacientes, una razón más apropiada puede ser encontrada en la actitud del Dentista hacia la naturaleza de la angustia; especialmente la actitud de la ansiedad, ya sea racional o no, siempre que se presenta es indeseable y por lo tanto, deberá ser eliminada en cada uno de los casos. La investigación parece apoyar el concepto general de que la mayoría de las personas presentan algún temor o angustia concerniente a la Odontología.

Los Drs. Friedson y Feldman comprobaron que el miedo al dolor era una de las razones más comunes para evitar las citas dentales; y el Dr. Janis encontró que más del 80% de los pacientes entrevistados indicaron al menos una angustia moderada inmediatamente a "priori" a los tratamientos dentales o a la cirugía mayor o menor.

No todos los pacientes con angustia causan necesariamente problemas de comportamiento para el Dentista. El Dr. Chambers, por --

ejemplo, creyó que la angustia usual producida por un tratamiento dental no era patológica. El consideró la angustia como una característica "significativamente humana" que pudiera ser motivadora, y que una cantidad óptima de angustia era necesaria para ayudar considerablemente varios problemas no sólo de tipo dental sino de la vida misma. Una cantidad muy pequeña de angustia es más adaptable que una cantidad mayor. Con niños, el Dentista tiene que aceptar un -- cierto nivel de angustia y asistirle para tratarla eficientemente.

Hay cosas que el Dentista puede mejorar para que su paciente se sienta físicamente confortable. Por ejemplo; practicando una buena anestesia local, empleando equipos modernos y personal capacitado aún en procedimientos de reconstrucción dental rutinarios.

La fuerza de una respuesta es proporcional a la fuerza del estímulo que se ha percibido. Desafortunadamente en situaciones dentales, el paciente frecuentemente recibe los estímulos como un insulto desproporcionado a su buen comportamiento.

Algunos autores han postulado varias razones del por qué las situaciones dentales son recibidas como una de las que producen angustia. Estas razones son un tanto complejas y subjetivas en su naturaleza. Algunos psicólogos y psiquiatras han eludido la importancia emocional que tiene la boca como un centro del fenómeno psicológico en el desarrollo de la personalidad. El Dr. Borland opina que un procedimiento quirúrgico en el área facial influye en la personalidad como "algo me pasa a mí" mientras que por el contrario algo le pasa a la "mano" o a la "pierna" cuando un procedimiento es llevado en estas partes del cuerpo. Los Drs. Shoben y Borland, realizando un examen observaron que una de las distinciones más persistentes del grupo que mostraba un temor intenso estaba relacionado con la actitud de los familiares de los pacientes con la Odontología. Aparentemente la actitud de los pacientes no se atiene a su evaluación objetiva de la situación, sino a la manera en que esa situación les había sido descrita por otras personas con anterioridad, influyendo esto en que ellos recibieran la misma situación de la --

misma manera.

TERAPIAS DE APRENDIZAJE

La importancia de la Odontología debería ser doble. Debería incorporar las técnicas modernas y los procedimientos necesarios para eliminar el dolor en la Odontología. Y cuando se alcanza esta meta, deberá enseñar a sus pacientes a reconocer el hecho. Los pacientes entonces recibirán la situación por lo que realmente es y su angustia será proporcional a su realidad. Los Dentistas se convertirán - en maestros y su modo de operación consistirá en técnicas de comportamiento psicológicas.

Una explicación para el uso del N₂O como auxiliar para cambiar la percepción del Dentista por el paciente y, consecuentemente su - temor y/o angustia, depende del acercamiento psicológico del Dentista a la situación que se le presente. El Dr. Dworkin discutió este fenómeno comparando dos acercamientos psicológicos: "Cambiar el entendimiento o acercamiento por psicoanálisis". El explicó como una persona puede cambiar una vez que se le explica la naturaleza de su angustia. El obtiene una comprensión de la causa del problema, por el uso del psicoanálisis y, además, aprende a competir con él.

No es razonable ni apropiado, utilizar el psicoanálisis con pacientes que presenten grandes problemas de angustia y temor.

El Dr. Dworkin también explicó el uso de la modificación del - comportamiento o terapias de aprendizaje para obtener un cambio de actitud. El cambio es producido más por un acto que por el entendi- miento. El uso de los principios del aprendizaje tales como los re- forzamientos positivos y de extinción incrementan probabilidad de - comportamientos deseables, y elimina los indeseables. Estas técni- cas son utilizadas prescindiendo de la naturaleza de la angustia. - La primera fuente de datos es el comportamiento que se observa de - los pacientes. Los pacientes, gradualmente se van haciendo más in-

sensibles al comportamiento que causa trastornos emocionales.

El Dr. Dworkin también dijo que el éxito de las terapias de -- aprendizaje depende de la habilidad del Dentista para relatarlas en una relación interpersonal ya que, "las dinámicas interpersonales - son las principales motivaciones para que cambie el comportamiento aún al estar asentado el comportamiento de la terapia. Concluye "e_ cencialmente, el Dentista deberá esforzarse para manipular el con- texto físico y psicológico en el que su paciente dental se encuen- tra sumergido, de tal manera que el paciente pueda aceptar el elimi- nar su angustia contemplando el tratamiento y luego aceptando los - esfuerzos del Dentista para ayudarlo a luchar contra la angustia".

FENOMENOS PSICOLOGICOS

Una exitosa relación entre el Dentista y el paciente pequeño, es un gran fundamento para la mutua confianza. Esto es un factor e_ cencial en la eliminación de la conducta angustiosa. Una pobre rela- ción, basada en malas interpretaciones, puede interferir en la reso- lución de la angustia. El fenómeno psicológico de la ambigüedad, -- transferencia o dimensión de poder, a menudo es la causa de una po- bre relación interpersonal y consecuentemente la causa de angustia. Una discusión sobre estos fenómenos puede ayudar a clarificar la de- cisión de cuando administrar o no el Oxido Nitroso como psicosedan- te.

AMBIGÜEDAD

La ambigüedad causa angustia. Una situación que ofrece varios estímulos unifamiliares crea una amenaza a lo individual. Esto es - especialmente cierto durante las fases iniciales de una nueva rela- ción personal, antes de que cada individuo haya sido capaz de asimi- lar al otro. La angustia resulta del miedo a lo desconocido y tien- de a disminuir cuando se incrementa la familiaridad. La medida de -

las respuestas de una persona depende de los elementos de sus ---- experiencias pasadas y de su característica reacción emocional a la ambigüedad.

La ambigüedad puede ser eliminada por medio del establecimiento de una comunicación clara. Esto depende de la habilidad del Dentista para comunicarse con su paciente y de la habilidad del paciente para comprender; i. e., en la habilidad del Dentista para comunicarse al nivel de entendimiento del paciente.

En la mayoría de los casos la angustia causada por la ambigüedad en los procedimientos dentales puede ser resuelta sin el uso de psicosedantes. El método "Describe-Enseña-Actúa" para introducir al pequeño a la Odontología es un ejemplo excelente de procedimientos alternos para tratar un problema, y tiene cierto apoyo de la psicología en desensibilización.

TRANSFERENCIA

La transferencia es el cambio de los atributos o cualidades de una persona a otra. Este es el fenómeno que ocasiona que al instante nos agrada o nos desagrade una persona o situación sin observar su verdadera naturaleza. También ocasiona que el Dentista herede -- las experiencias médicas o dentales de sus pacientes, por simple -- asociación. Ya que la transferencia es el resultado de un previo -- aprendizaje y de asociaciones, la posibilidad de ser eliminada descansa en la aplicación de los principios de la modificación del comportamiento. Por medio de técnicas para educar al paciente el individuo puede aprender a asociar con la Odontología, atributos ó cualidades que son incompatibles con las actitudes negativas sostenidas originalmente. Uno puede esperar sin embargo, que mucho tiempo y paciencia sean requeridos antes de una completa modificación del comportamiento y el uso del N₂O puede ser aconsejable durante las citas dentales iniciales.

Las respuestas de una persona depende de los elementos de sus experiencias pasadas y de su característica reacción emocional a la ambigüedad.

La ambigüedad puede ser eliminada por medio del establecimiento de una comunicación clara. Esto depende de la habilidad del Dentista para comunicarse con su paciente y de la habilidad del paciente para comprender; i. e., en la habilidad del Dentista para comunicarse al nivel de entendimiento del paciente.

En la mayoría de los casos la angustia causada por la ambigüedad en los procedimientos dentales puede ser resuelta sin el uso de sedantes. El método "Describe-Enseña-Actúa" para introducir al paciente a la Odontología es un ejemplo excelente de procedimientos alternos para tratar un problema, y tiene cierto apoyo de la psicología en desensibilización.

TRANSFERENCIA

La transferencia es el cambio de los atributos o cualidades de una persona a otra. Este es el fenómeno que ocasiona que al instante nos agrade o nos desagrade una persona o situación sin observar su verdadera naturaleza. También ocasiona que el Dentista herede las experiencias médicas o dentales de sus pacientes, por simple asociación. Ya que la transferencia es el resultado de un previo aprendizaje y de asociaciones, la posibilidad de ser eliminada depende en la aplicación de los principios de la modificación del comportamiento. Por medio de técnicas para educar al paciente el individuo puede aprender a asociar con la Odontología, atributos ó cualidades que son incompatibles con las actitudes negativas sostenidas originalmente. Uno puede esperar sin embargo, que mucho tiempo y paciencia sean requeridos antes de una completa modificación del comportamiento y el uso del N₂O puede ser aconsejable durante las citas dentales iniciales.

DIMENSIONES DE PODER

En muchas relaciones personales, hay varias dimensiones de poder que crean angustia en las personas con relativa ausencia de poder. Incluso, se refiere a experiencias pasadas y al conjunto de la vida emocional de un individuo. Una persona insegura tiene más dificultad en las situaciones de poder porque piensa que la mayoría de las personas abusan de él. Una actitud de sinceridad, amabilidad y entendimiento hará mucho para disminuir la dimensión de poder. La psicosedación con N_2O puede ser particularmente benéfica, ya que es un indicador de que el Dentista tiene una sincera consideración de los sentimientos de su paciente.

Acompañada con la diferencia de relajamiento y el sentido de seguridad que crea, el N_2O puede reducir la angustia alterando el punto de vista que del Dentista tiene el paciente como un individuo que pudiera abusar de su inherente poder.

Si los elementos de ambigüedad, transferencia y dimensión de poder no están entendidos, las experiencias repetitivas pueden ser traumantes. El paciente que entra a un consultorio dental con expectativas negativas está predispuesto a una experiencia traumatizante. Si esta predisposición no se altera, el punto de vista del paciente se confirma por lo que origina el efecto de la expectación primaria. La exposición permanente a estímulos negativos deviene a una respuesta traumante a evadir, que es difícil de modificar. Un plan de tratamiento que requiera de varias citas y se realice en un período corto de tiempo, puede dar como resultado respuestas de rechazo. Por lo que el Dentista al no alterar la predisposición de un paciente joven, participa en la formación de comportamientos de evasión. Esto puede ser demostrado después de las primeras sesiones de una prolongada serie de citas al ir deteriorando el comportamiento. O quizá el niño pueda evadir al dentista, cuando él eventualmente gane el control del proceso de horarios. En este caso el uso del N_2O puede reducir la predisposición negativa, y por lo tanto, puede ser indicado.

ELEMENTOS COGNOSCITIVOS

En cualquier situación de comportamiento siempre hay dos elementos cognoscitivos, lógicos y emocionales; que interactúan para por último precisar la respuesta en un momento dado. Mientras que uno de éstos pudiera dominar por un período corto, los patrones de comportamientos de períodos largos son normalmente gobernados por la interacción de los dos. Por lo tanto; para producir y mantener la modificación de un problema de comportamiento, el Dentista deberá de influenciar óptimamente los dos factores, lógico y emocional de su paciente. Los problemas de comportamiento que resultan de la ambigüedad, transferencia y dimensiones de poder pueden ser modificados en el nivel lógico por medio de la aplicación de principios de aprendizaje en la educación del paciente. Sin embargo, cualquiera que se aplique depende en gran parte de una clara comunicación. Para el paciente temeroso, la operatoria dental estimula reacciones emocionales que tienden a bloquear el proceso comunicativo. La eliminación de estas respuestas emocionales puede ser facilitado por el uso de N_2O , el cual abrirá más rápido los canales de comunicación que son necesarios para incrementar el entendimiento del paciente de la Odontología. Entonces, aún después de que el paciente entienda y acepte el hecho de que la Odontología moderna puede no ser dolorosa y que representa una amenaza irreal, puede quedar un factor de residuo emocional que influyere negativamente el comportamiento del paciente. Después de que el lógico temor al Dentista se ha eliminado, el uso de algunos psicosedantes permite al paciente experimentar el proceso dental con una reducción del efecto emocional. En las visitas subsiguientes, las respuestas negativas lógicas y emocionales serán eliminadas, de manera que el paciente responderá bastante bien a la Odontología sin la necesidad de psicosedantes.

CONCLUSIONES

El N₂O es quizá el mejor adjunto que puede conseguirse hoy, para el manejo de los factores emocionales que intervengan en los problemas de comportamiento.

No es una panacea, sin embargo deberá ser utilizado sólo en con un ción con los métodos psicológicos más sonados.

El uso del N₂O no deberá servir como un método por el cual el dentista pueda eludir su responsabilidad para tratar lógicamente el miedo y la angustia de sus pacientes. Los temores y angustias son --recientemente el resultado de funciones mentales racionales que siguen la lógica de la previa historia dental individual y de las expe riencias aprendidas. Observándolo así los pacientes pueden ser ayuda los a superar los elementos emocionales de la situación.

El verdadero valor del N₂O sólo podrá ser evaluado inteligentemente por aquellos que aprendan a "Demandar y esperar explicaciones racionales en adición a descubrimientos empíricos".

SUMARIO Y CONCLUSIONES.

El gran avance en Análisis de la Conducta en el siglo pasado - ha dejado atrás el mito, la superstición y la leyenda, permitiendo - establecer una teoría y hechos.

Toda información se puede obtener hoy en día y proveer al Odontopediatra con una estructura clara y practicable.

La mayoría de las técnicas están respaldadas por buenos investigadores, ya sea en odontología pediátrica o en otro campo relacionado. Considerando que estas técnicas pueden ser modificadas para adaptarse a las necesidades individuales de cada especialista y asimismo, pueden usarse en una escala de combinación. En estas técnicas de control de conducta para el niño encontramos riqueza y variedad.

El niño desafía el método simple y cualquier actitud que valore al niño como un ser no complejo o un ser aislado, va directamente al fracaso.

El niño es un milagro de la existencia; "su pasado va de generación en generación millones de años atrás, hasta el propio comienzo de la vida en la tierra". Con él se encuentran las adaptaciones y comportamientos evolucionarios listos a clamar y asimilar.

Repito, el niño no es un individuo aislado, sino la totalidad de todos aquellos que vinieron antes y vendrán después de él. Poco a poco fué estudiado y ahora está en nuestras manos.

Ne llegas a una conclusión alterada.

Ya soy el elemento decisivo en el aula
es mi persona la que crea el clima,
es mi humor diario el que crea el ambiente,
como maestro poseo un gran poder para hacer
la vida de un niño Feliz o miserable.

Puedo ser un instrumento de tortura o inspiración
puedo dogmatizar o humillar, herir o curar.

En todas las situaciones es tan solo mi
respuesta la que decide si un niño se humaniza
o deshumaniza.

Maim Ginott

(5)

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

ANGEL KAMETA T.

MA. GUADALUPE NIETO M.

MIGUEL ANGEL FERNANDEZ V.

SISTEMA A CUATRO MANOS EN PAIDODONCIA.

PAG. 6. 24-31. 36-42.

F.O. 1980.

BRAUER JHON CHARLES.

ODONTOLOGIA PARA NIÑOS.

EDITORIAL MUNDI 1960.

PAG. 21-22.

BRYAN J. WILLIAMS, D.D.S., M.S.D.

ORAL HYGIENE FOR HANDICAPPED.

J. DENT, CHILD, PAGE. 48-49.

1979.

CONDUCTED BY THE ASSOCIATION OF PEDODONTIC DIPLOMATES.

BEHAVIOR MANAGEMENT.

J. DENT, CHILD, PAGE. 34-38.

DAVID B. LAW, B.S.D.D.S.

EDITORIAL MUNDI M.M. ATLAS DE ODONTOPEDIATRIA.

ARGENTINA 1972.

DAVIES G. N. KING, R.M.

DENTISTRY FOR THE PRE-SCHOOL CHILD.

EDIMBURGO LONDRES, LONDRES 1971 E & S.

LEVINGS-TONE, L.T.D. PAGE, 27-47.

HAROLDS MARKS, D.D.S., M.S.c.D.
GENESIS OF FEAR AND ANXIETY.
J. DENT. CHILD. PAGE. 51-53.
1978.

IRVING W. ECHENBAUM, D.D.S.
TRIAD OF CONCERN.
J. DENT. CHILD. PAGE. 26-33.
1977.

JAY B. JOHNSON.
JIMMY R. PINKHAM.
PAUL E. KERBER.
STRESS REACTIONS TO THE CHILD DENTAL PATIENT.
J. DENT. RES. PAGE. 1664-1671.
1979.

LARRY L. VENHAM, D.D.S., M.S., Ph.D.
DONA BENGSTON, B.S.
MONICA CIPES, B.S.
REPOSE TO DENTAL STRESS.
PAGE 41.
1978.

L.L. VENIAM, P. MURRAY
B. GAULIN-KRIMER.
CHILD-RAISING AND DENTAL STRESS.
J. DENT. RES. PAGE. 2042-2045.
1979.

R. MARK HERBELT, B.Sc.
J. MICHAEL INNIS, M.O., Ph.D.
REDUCTION OF ANXIETY IN CHILD PATIENTS.
J. DENT. CHILD. 51.

RAFAEL KLORMAN, Ph.D.

JILL RATNER.

CRISTINE L.G. ARATA, Ph.D.

JAMES P. RING, JR., D.D.S.

ODD. B. SWEEN, D.D.S., Ph.D.

CHILD'S UNCOOPERATIVENESS IN DENTAL TREATMENT.

J. DENT. CHILD. PAGE. 62-66

1978.

RONALD J. PRUHS, D.D.S., M.S.

DON L. WILLIAMS, Ph.D.

NITROUS OXIDE PSYCHOSEDATION FOR CHILDREN.

J. DENT. CHILD. PAGE. 56-60

1978.

RALPH E. MC.DONALD, B.S.D.D.S.M.S.

ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE.