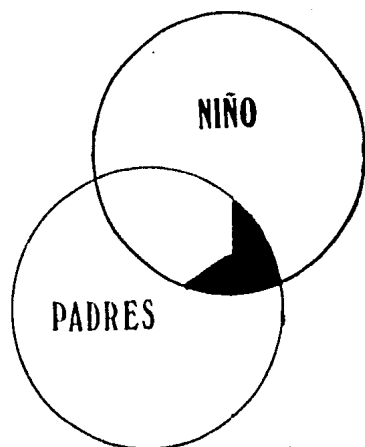


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



UN JUEGO PSICOLOGICO

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N

MARIA DE LOURDES FLORES AGUILAR

ROSALINA LEYVA CASTILLO

JORGE ENRIQUE RAMIREZ GODINEZ

*Heví y cubrí
12/1/85
/m*

1 9 8 5



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 está 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

Pág.

INTRODUCCION

CAPITULO I

"EL DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO, SU COMPORTAMIENTO, FACTORES QUE LO ORIGINAN Y CONDUCTA POSIBLE A SEGUIR"	1
EIDADES PSICOLOGICAS DE LOS NIÑOS (2-12)	2
LLANTO.....	10
MIEDO.....	15
CONDUCTA DE LOS NIÑOS.....	33

CAPITULO II

"LA INFLUENCIA DE LOS PADRES EN EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO"	43
CONDUCTA DE LOS PADRES.....	44
PERSONALIDAD.....	47
TIPOS DE PERSONALIDAD.....	48
FILOSOFIA DE LOS PADRES.....	53

— CAPITULO III

"CONDUCTA POSIBLE DEL ODONTOLOGO EN EL MANEJO DE LOS PADRES Y DE LOS NIÑOS"	56
MANEJO DE LOS PADRES.....	57
REQUISITOS INDISPENSABLES PARA CONDUCIR O INDUCIR EN EL NIÑO UNA BUENA SALUD MENTAL.....	62
NORMAS GENERALES DE EDUCACION INFANTIL.....	65
ASPECTO DEL CONSULTORIO DENTAL.....	67
METODOS Y TECNICAS PARA TRATAR AL NIÑO.....	76
TECNICA DE MANO SOBRE BOCA.....	91
REFUERZOS PARA LA MODIFICACION DE LA CONDUCTA....	95
LOGRO DE UN CAMBIO EN LA CONDUCTA.....	98

Pág.

ANEXO

"ATENCIÓN ESPECIAL A NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL"	103
MANEJO DEL NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL.....	104
CARACTERÍSTICAS.....	105
INTRODUCCIÓN DEL NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL A LA ODONTOLOGÍA.....	108
HISTORIA CLÍNICA Y MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSUL TORIO.....	109
COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE.....	113
ACTITUDES DEL ODONTÓLOGO.....	115
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DENTALES.....	117
TRATAMIENTO DENTAL.....	118
CONCLUSIONES	120
BIBLIOGRAFÍA	123

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

El objetivo de este trabajo de investigación, es el de formar un marco teórico que permita al Cirujano Dentista de Práctica General, poder brindar al niño un adecuado manejo dentro del consultorio, sin necesidad de recurrir o usar drogas tranquilizadoras o anestesia general para su atención.

Por lo que esta información, creemos que pueda ser de importancia para el lector, debido a la demanda creciente de pacientes infantiles dentro del consultorio.

La meta fijada en esta investigación, es la de recopilar la mayor información de cómo poder manejar al niño normal y al niño con Parálisis Cerebral, en el consultorio, pensando en las diferentes edades y desarrollo psicológico que puedan presentar; conductas y estados emocionales, que originan en ellos la visita al consultorio como pacientes.

Las actitudes paternas generalmente, nos darán una conducta de terminada en el niño, por lo que daremos un pequeño enfoque a las diferentes personalidades y a las normas que llevan a cabo para la disciplina y educación de sus hijos.

Trataremos también de dar un enfoque actualizado para que el dentista tenga un adecuado manejo, tanto para con los padres (ya que dependerá de ellos el éxito del tratamiento) como con el niño por medio de técnicas y métodos.

CAPITULO I

" EL DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO, SU COMPORTAMIENTO,
FACTORES QUE LO ORIGINAN Y CONDUCTA POSIBLE A SEGUIR "

EDADES PSICOLOGICAS DE LOS NIÑOS

Estas son algunas de las características que presentan los niños según su edad, se consideran que no son patrones y -- por lo tanto no son determinantes.

DOS AÑOS

Su vocabulario es limitado por lo que su comunicación y relaciones interpersonales son mínimas, su cooperación varía -- por el número de palabras que maneje, usa generalmente 50 ó más palabras, hace frases de 2 palabras usando pronombre, -- nombre y verbo, no debe de esperarse una respuesta a una pregunta de orden directo. Es tímido y asustadizo con gente extraña, por lo que es difícil separarlo de sus padres y casi siempre entra al consultorio acompañado, su miedo es de tipo auditivo, disminuye el número de reacciones emocionales, relativamente violento y orgulloso, tiene habilidad para vestirse y se le puede halagar mediante acciones y expresiones faciales, su juego es solitario y observa a otros lo que hacen y no permite a otros jugar con él, es común que cambie de -- idea de un momento a otro. Para organizar su experiencia de -- be tocar y manejar los objetos captando plenamente su sentido.

TRES AÑOS

Puede comunicarse y razonar más fácilmente, es conversador y puede haber un acercamiento positivo explicándole que es lo que le va a hacer aunque al niño no le agrade, comienza su semidependencia, hace preguntas a los adultos cuyas respuestas ya conoce, puede estar celoso de sus hermanos.

Sus juegos son imaginarios y solitarios durante largos períodos, ríe mucho, su humor está relacionado tanto con la actividad general como con el juego verbal, sus temores son visuales, por ejemplo: lo grotesco, lo oscuro y a los animales. La tensión o el creer ser lastimado hacen que se vuelva hacia su madre buscando apoyo, consuelo y seguridad.

CUATRO AÑOS

Es la edad del ¿por qué?, ¿cómo?, maneja 200 palabras, frases y formas plurales, cuenta cuentos y describe sus experiencias, pregunta el significado de las palabras especialmente abstractas, le gusta descubrir, es egoísta e impaciente, su humor es variable, exagerado y jactancioso, expresa independencia y resistencia, es desafiante, gran conservador que generalmente exagera, muy activo, amigable y orgulloso de sus propiedades, cuando se junta con otros niños es lige-

ramente profano y obsceno, agresivo tanto física como verbalmente, rudo y poco cuidadoso con sus juguetes, autocrítica breve y superficialmente y puede ser muy cooperador.

CINCO AÑOS

Puede nombrar una frase de diez o más sílabas y puede nombrar cuatro colores o más, piensa antes de hablar, indica cual es el más pesado de dos objetos, distingue entre la verdad y la mentira y es capaz de autocriticarse, está seguro de sí mismo y controlado, es aceptado socialmente, se lleva bien con los adultos y pide ayuda cuando la necesita, aunque es tímido en el primer encuentro, tiene actividades de grupo y experiencias comunitarias, desea asumir responsabilidades generalmente, ama a su hogar, personas u objetos asociados a él mismo, su memoria de hechos pasados es sorprendentemente exacta, se adapta bien a la escuela y le agrada la rutina de programas para niños, orgulloso de su vestir y de sus propiedades, le agrada ser alabado y no siente temor al dejar a sus padres.

SEIS AÑOS

Es la edad del cambio físico y psicológico y es el período de la dentición mixta, su vocabulario es de 2500 palabras en el cual incluye las "palabrotas", puede definir objetos y su uso, puede numerar ordenada y progresivamente, conoce la diferencia entre derecha e izquierda de su cuerpo, distingue la mañana de la tarde y tiene deseos de aprender, es inquieto y le es difícil tomar decisiones, su actividad es casi constante, los malos modales, los estados de cólera y emocionales son frecuentes, reacciona con estallidos y gritos violentos, rabietas y golpes que son difíciles de controlar, es rudo, hay celo hacia sus hermanos, el amor y alabanzas de sus padres son extremadamente importantes durante este período de crecimiento, hay respuesta temerosa a traumatismos o sangre y responde de manera satisfactoria al tratamiento dental.

SIETE AÑOS

Es la edad de la asimilación, tiene experiencia acumulada y hay conjunto de habilidades, modula el significado de cosas y personas, es más independiente, se convierte en un miembro cooperativo del grupo familiar, es dócil en unas situaciones e imperioso en otras, juega con más cuidado que cuan-

do tenía seis años, esta edad puede denominarse pensativa, - no debe de haber interferencia en sus meditaciones, se debe respetar sus sentimientos, no es totalmente autoconciente -- pero es muy introspectivo y desea la aprobación de su grupo y de los padres, tiene gustos definidos, es menos vehemente en su expresión. Los cambios de ánimo van desde el niño dulce y bueno hasta el malhumorado y lloroso.

OCHO AÑOS

Le gusta la escuela, quiere leer, escribir, hablar y practicar sus lecciones a velocidad máxima, puede contar en orden inverso, describe la diferencia y parecido entre dos objetos de memoria, su lectura favorita son las historietas, puede escuchar atentamente la conversación de los adultos, observa sus expresiones faciales, mira y escucha continuamente en busca de sugerencias e indicaciones que lo orienten dentro del ambiente social, pero no le agrada que se le diga directamente lo que debe de hacer, ya que no le gusta que sus limitaciones sean objeto de bromas y es resentido por la autoridad paterna, se comporta bien fuera de casa en presencia de extraños, le disgusta estar solo y desea que sus compañeros se interesen en sus actividades tanto activamente como -

en forma de observadores interesados, sus juegos son rudos y desordenados y pasatiempos bullangueros, comienza a parecer más maduro, incluso en su aspecto físico.

NUEVE AÑOS

Es una edad intermedia entre la infancia y el comienzo de -- la adolescencia, está abierto a la instrucción, es directo y va a los hechos, es la edad ideal para perfeccionar la pericia en el manejo de herramientas, operaciones aritméticas y otras habilidades, sus lecturas son revistas y describe objetos con detalle, tiene iniciativa propia, mayor dominio en -- sí mismo, adquiere nuevas formas de autosuficiencia que modifica profundamente sus relaciones con la familia y sus compañeros, tiende a ser una persona relativamente bien organizada, no es muy agresiva, no le agrada ni necesita que se le -- proteja, aprecia la justicia de la disciplina y es muy sensible a estas ideas, su capacidad de completar tareas es cada día mayor, mira hacia el futuro y planea de antemano el juego y el trabajo, es lo suficientemente maduro para aceptar -- los reproches, ya no busca tantas excusas infantiles como -- antes, esencialmente dice la verdad y es honrado, demuestra disgusto hacia sus padres y hermanos si no actúan como él --

crea que deberían hacerlo y es autocrítico, pero no tanto y está ansioso de gustar.

DIEZ AÑOS

Parece un adulto en formación, es el comienzo de la adolescencia en que la formación del carácter bueno o malo se lleva a cabo con mayor facilidad, su individualidad está bien definida y las diferencias sexuales están pronunciadas. La niña es más madura y tranquila que el niño, el poder de su gestión es máximo tanto para el bien como para el mal, es más independiente, tiene mayor dominio de sí mismo, tiene ciertas habilidades manuales, visuales y vocales, participa en discusiones elementales, tiene cierta afición por los secretos, por lo que prefiere los misterios, se interesa en la vida familiar, son sumamente perspicaces en cuanto a las experiencias de esa vida familiar.

ONCE AÑOS

Por conformación general es ya un adolescente aunque en sí es el principio de la adolescencia, le gusta contradecir, es violento en sus palabras, e inconstante en sus movimientos, que son manifestaciones de la temprana personalidad del ado-

lescente. Las niñas generalmente son más altas que los niños, son inquietos investigadores y charlatanes, no les molesta el reposo pero les gusta andar de un lado a otro, padecen un hambre voraz y constante, y cada vez formula más -- preguntas sobre el adulto, además de escrudiñar con mirada penetrante, son populares los juegos de equipo. Si está -- presente la timidez, puede aumentar y ser un problema difícil para algunos padres. Los estados de ánimo varían tanto, que van y vienen en ráfagas, adopta una actitud más crítica hacia el producto de su actividad de antes, puede definir -- algunos términos por ejemplo: justicia, honestidad y revancha.

DOCE AÑOS

Adquiere una nueva visión de sí mismo y de las demás personas, procura ganarse la aprobación de los demás teniendo un creciente sentido del humor y una alegre sociabilidad, hasta llegar a la camaradería, afirma reiteradamente que ya no es un pequeño y pide que no se le trate como tal, le gusta discutir y dialogar, tiene un gran sentido de la razón, ética y es leal, por lo general logra reprimir las lágrimas y la violencia, acepta la disciplina justa y a veces la autodisciplina.

L L A N T O

DEFINICION:

Es una manifestación del comportamiento del niño, como paciente temeroso y previsto generalmente como una molestia para el dentista.

El llanto demuestra la personalidad, por lo tanto, la identificación de una clase de llanto, provee al dentista de una herramienta muy importante para el diagnóstico. Hay cuatro clases de llanto, dentro del consultorio dental, que son:

Llanto obstinado

Llanto temeroso

Llanto lastimero

Llanto compensatorio

LLANTO OBSTINADO:

Se caracteriza por su volubilidad, es como una sirena maníaca, dependiendo de su estado de ánimo su grito es más fuerte y más agudo, entre más agitado se vuelva el niño, más fuerte y más alto será el llanto, con un temperamento compuesto por patadas y mordidas. Desafía la disciplina impuesta por sus padres y otros, pudiendo variar o ser controlado por los - -

extraños volviéndose dóciles.

CONDUCTA POSIBLE:

Es una de las manifestaciones más difíciles de tratar por el dentista, el motivo de la obstinación, es la ansiedad que se va a presentar antes de cualquier visita al dentista. De él no se podrá esperar una actitud adulta, por no ser lo suficientemente maduro para comprender el cuidado dental, sus manifestaciones son tercas, y es sólo una manera de defenderse, cuando el dentista reconoce este hecho, no hay razón alguna para que se sienta agitado con el niño, se debe de reconocer el mecanismo de la defensa para proveer al niño de información e indicarle que no hay nada de que defenderse y se controla más fácilmente sin la presencia de los padres.

A los niños pequeños si se les puede cargar, introducirlos al consultorio, en niños mayores está contraindicado, por -- que se sentirían humillados, se les hablará con calma, puede llevárseles de la mano, de manera que aunque sea introducido por la fuerza no se note.

Si una vez dentro del consultorio continúa llorando y con la idea de permanecer en tal estado, el dentista lo sentará y -

le platicará en tono de autoridad, pero en forma comprensible, si aún llora, el dentista debe de sujetar su mano sobre la boca del niño únicamente, con el fin de que lo escuche mejor, al ir hablándole se le irá colocando sus manos una en cada extremo del sillón dental, en este momento el niño comenzará a relajarse, hecho esto se habrá ganado su cooperación y respeto.

LLANTO TEMEROSO:

Se identifica por sus abundantes lágrimas y sonidos acechantes, la respiración convulsiva, sollozante y áspera, tiende más a la histeria que al temperamento agresivo. El miedo se ha apoderado de él, y de su razonamiento, siempre existe el elemento aprensivo a lo desconocido, a lo no familiar y a la falta de confianza. Está motivado por el miedo y basado más en la emoción que en la razón. Sus padres serán de gran ayuda, ya que necesita el apoyo que ellos le puedan brindar. La firmeza y la gentileza son más efectivos con los pacientes jóvenes. Si su atención es distraída para parar el llanto, se le podrá dar explicaciones y se obtiene su confianza y su cooperación. El uso de la fuerza es contraproducente.

CONDUCTA POSIBLE:

La conducta posible se hará con amabilidad y entendimiento.

LLANTO LASTIMERO:

A este llanto puede hacerle falta enteramente el volumen o puede ser muy alto, las lágrimas pueden ser solamente una manifestación y si existe sonido en éste será parecido al gemido, la respiración podrá ser afectada, si el niño sostiene su respiración, como si se asegurase él mismo del dolor. Este niño necesita una pequeña explicación, no es particularmente temeroso, si su llanto aumentase, podemos diagnosticar que hay dolor. Si él está tratando de olvidar su llanto, está haciendo una cooperación valiente a expensas de su propio confort.

CONDUCTA POSIBLE:

La conducta posible para este paciente, es en caso de que su llanto aumente, aplicar más anestésico, ya que es muy cooperador.

LLANTO COMPENSATORIO:

No es un llanto del todo, es un sonido del paciente, que - -
aminora el ruido de la pieza de mano, generalmente no es - -
fuerte, pero consistente cuando siente el contacto con la - -
fresa, cuando el ruido de la pieza de mano cesa, el llanto --
también, no hay lágrimas ni sollozos, solamente constantes ge
midos. El niño asocia el sonido agudo de la pieza de mano --
con el dolor, lo que le produce tensión y por lo tanto se --
niega al tratamiento.

CONDUCTA POSIBLE:

La conducta posible para este paciente, que no es un llanto -
en realidad, sino un sonido que hace para compensar el ruido
de la pieza de mano, ya que está cooperando con la mejor de -
sus habilidades, se considera una ventaja, ya que no interfiere
en su tratamiento y se emplea la técnica de Addelson ó - -
método de readaptación "decir, mostrar y hacer". (Se verá -
más adelante).

M I E D O

DEFINICION:

El miedo es una de las emociones primarias e instintivas del hombre, evidenciada ya en el nacimiento, y radica en los con fines más profundos del inconsciente. En la primera etapa - de la vida, el niño ignora la naturaleza del estímulo que ge nera temor. Al crecer y aumentar su capacidad mental, reco- noce los estímulos productores del miedo y puede identificar los en forma individual. El niño procura adaptarse a estas experiencias aisladas, recurriendo a la huida, si no puede - resolver el problema de otro modo. Si se siente incapaz de dominar la situación y la huida es físicamente imposible, -- entonces el miedo se intensifica y adquiere una dimensión -- desproporcionada con el estímulo que lo genera.

La responsabilidad de los padres en la preparación psicológi- ca de su hijo, para el tratamiento dental está en relación - principalmente con el problema emocional del miedo. El mie- do constituye para el dentista un problema de tratamiento -- mayor y es una de las razones principales de que la gente -- descuide sus dientes.

La identificación del paciente ansioso, no es tarea simple, porque son muy pocos los que responden a las descripciones clásicas y simplistas. Un individuo que se sienta rígidamente en el sillón y permanece tieso y firmemente aferrado a los posabrazos, es indudablemente un individuo nervioso; pero no todos los pacientes que experimentan niveles de ansiedad o tensión responden a esta descripción tan lineal.

Con frecuencia, los pacientes necesitan de la ayuda del odontólogo para controlar su temor; por lo tanto, la pregunta directa y desembozada puede constituir uno de los métodos más sencillos para determinar si está en presencia de un enfermo problema.

Hay muchas maneras de formular esta pregunta, ¿ tiene miedo ?, ¿ hay algún aspecto del tratamiento que lo pone especialmente nervioso ? o ¿ le preocupa la posibilidad de algún accidente en el tratamiento ?

En los niños, no se pueden hacer estas preguntas, por lo que investigaremos por medio de los padres si existe algún motivo de miedo o alguna causa, también se observará al niño y se aplicará el método de readaptación. (Se verá más adelante).

En algunos casos, se pudo comprobar también que el dolor, no era la causa fundamental del miedo al sillón odontológico, - sino que éste último se basaba en una angustia frecuentemente fundada en conductas inadecuadas por parte del profesional.

Por último, conviene agregar que otros signos útiles a la hora de detectar pacientes aprensivos son el pulso, y el ritmo respiratorio, la sudoración y la rigidez muscular.

La respiración, que suele ser fácil de observar sobre la superficie del espejo dental, es otro indicio útil, alientos -- breves, rápidos y poco profundos deben llamar la atención sobre un enfermo excesivamente tenso.

La sudoración es también fácil de observar, y tiende a confirmar los datos anteriores, mientras que la rigidez muscular suele observarse en el grado de apertura de la boca y en la - resistencia de la lengua ante cualquier esfuerzo por manio-- brarla mediante instrumentos.

GENERALIDADES DEL MIEDO

1. Es una emoción perfectamente normal
2. Es necesaria para la vida del hombre

3. Es un mecanismo de protección y autoconservación que -
moviliza al organismo y le permite reaccionar rápida--
mente en caso de peligro.

CAUSAS DEL MIEDO

Una de las primeras y más útiles medidas que puede tomarse -
para atacar el miedo es tratar de averiguar sus raíces. Se
podrá comprobar, generalmente que muchos cuadros de rechazo -
al tratamiento odontológico tienen sus raíces en la tradición.
Para verdaderas legiones de pacientes, la realidad de la - - -
odontología sigue siendo la representación del dolor y del - -
castigo.

El exámen de situaciones producidas en el consultorio odonto-
lógico, en presencia de niños que enfrentan el primer contac-
to con el profesional, revela mucho sobre la génesis de situa-
ciones de tensión y miedo. Curiosamente en estas primeras --
entrevistas pueden observarse más conductas relacionadas con
el miedo entre los padres que entre los propios pacientes.

Esto no sería grave, si dichos padres no descargaran su pro-
pio miedo en sus hijos, quienes de esta manera, van desarro-
llando rápidamente una actitud negativa ante el odontólogo.

Es criticable también, en este punto, que demasiados odontólogos adopten actitudes pasivas al permitir que dicha actitud negativa crezca libremente, en especial si se considera que se han identificado muchas formas de desviar el temor, canalizándolo por causas útiles, no dañinos, por ejemplo: utilizando la técnica del manejo de los padres, (se mencionará más adelante).

UTILIDAD DEL MIEDO

Los temores son de gran valor, cuando se les da una dirección y vigilancia adecuada. Puesto que los estímulos generadores de miedo pueden causar al niño un daño real, el miedo entonces es también un medio de protección para la propia conservación.

Si el niño no teme a algún castigo por su comportamiento, puede convertirse en una amenaza para la sociedad, que por fin lo lleve a su encarcelamiento. Si no se le enseña al niño a temer al fuego, sus probabilidades de quemarse aumentan en una buena proporción. Si no se le enseña a temer a las aguas profundas, aumentan sus probabilidades de ahogarse. Por lo tanto, la educación adecuada del niño no debe desarraigar el

miedo por completo, sino más bién orientarlo hacia los peligros reales y alejarlo de aquellas situaciones donde no reside peligro alguno. De este modo servirá como mecanismo de -- protección contra los peligros reales y evitará el comportamiento antisocial.

Al niño en formación se le debe enseñar a temer al peligro, - pero la odontología no representa un peligro para su seguridad. Hay que enseñarle al niño que el consultorio dental no es un lugar que haya que temer. Por lo tanto los padres nunca deberán usar al dentista como amenaza.

El llevar al niño al consultorio dental jamás debe significar un castigo. El hacerlo así, creará un temor al dentista.

TIPOS DE MIEDO

La mayoría de los miedos evidentes en los niños pueden haber sido adquiridos en forma objetiva o subjetiva.

MIEDOS OBJETIVOS

Son aquellos producidos por estimulación directa de los órganos sensoriales en contacto físico con la experiencia y no -- suele reconocer un origen paterno. Son una respuesta a los -

estímulos palpados, vistos, oídos, olidos o gustados y son - de naturaleza desagradable o disgustante. Un niño que haya tenido contacto con un dentista y haya sido mal tratado que haya padecido un dolor indebido o innecesario engendrará, por fuerza, un miedo a todo tratamiento dental futuro.

Los miedos objetivos pueden ser de carácter asociativo. El - miedo odontológico puede estar asociado a experiencias no re - lacionadas con la odontología. Un niño que no haya sido tra - tado en forma adecuada o al que se le haya sometido a un do - - lor intenso en un hospital, por personas de uniforme blanco - puede generar un miedo intenso a la vista de uniformes simila - res en dentistas o higienistas dentales. Aún el olor caracte - rístico de ciertas drogas o medicamentos asociados con ante - - rioridad a una situación desagradable puede suscitar un miedo sin motivo.

El miedo aumenta el umbral del dolor, de modo que cualquier - dolor experimentado durante el tratamiento odontológico, pue - de elevar y llevar a un estado de ansiedad aún mayor.

MIEDOS SUBJETIVOS

Son aquellos basados en sentimientos y actitudes que le hayan sido sugeridos al niño por quienes le rodean, sin necesidad de que el niño haya padecido el incidente en persona.

El niño sin experiencia, que oye de una situación desagradable o dolorosa experimentada por sus padres u otras personas, generará muy pronto un temor a dicha experiencia. La imagen mental producida por el miedo queda retenida en la mente del niño y, con la vívida imaginación que posee la infancia, se magnifica y se torna tremenda.

Un niño que escucha a sus padres o a sus compañeros referirse a un supuesto terror al consultorio dental, pronto lo aceptará como real y lo evitará en cuanto le sea posible.

En los niños, así como los adultos, el productor mayor del miedo es el oír a los padres o amigos hablar experiencias desagradables en el consultorio dental.

Los niños tienen un inmenso miedo a lo desconocido. Cualquier experiencia nueva y desconocida para ellos provocará miedo, hasta que el niño se convenza de que ninguna amenaza para su

bienestar puede provenir en ese sentido. Su temor es un intento de adaptarse a una situación que puede resultarle dolorosa. Hasta que se haya convencido de que no hay razón alguna para que tema, su temor persistirá.

Es imperioso que los padres informen a sus hijos de lo que podrá hallar en el consultorio dental. El niño debe familiarizarse en una forma general con los procedimientos frente a los cuales se encontrará y debe conocer su aspecto y una descripción aproximada del equipo dental, antes de la primera visita. Pero antes hay que mostrar al padre lo que puede decir al niño que hay (ver manejo de los padres).

Ningún padre debe disminuir o decir alguna falsedad con respecto a la incomodidad de la odontología. Es preciso ser -- honrado sin exageración emocional.

Los miedos subjetivos o por sugestión pueden adquirirse por imitación.

El niño que observe temor en alguna otra persona con respecto a una determinada experiencia, observará pronto que un temor semejante se genera en él. La adquisición de miedo por imita

ción es sutil y puede ser provocado sin querer y con desconocimiento de ello, por los padres o amigos. Los miedos por imitación suelen ser recurrentes, permanentes y difíciles de eliminar. La emoción manifestada, tal como la ansiedad observada en el rostro de los padres, crea una impresión mayor que una sugestión verbal. Si los padres no se refieren a las experiencias futuras con ansiedad, el niño disminuye la posible ansiedad también.

La madre que teme ir al dentista y que va solo bajo una considerable tensión emocional trasmite, inconscientemente, ese temor al niño que la observa. Por lo general, los miedos subjetivos se hallan en crecimiento continuo mientras persisten en la mente. Estos temores son mucho más intensos y desproporcionados que el miedo objetivo, que les hubiera producido la experiencia misma. Los miedos de larga duración, generalmente de carácter subjetivo, suelen ser los más difíciles de dominar y de desarraigar.

El miedo por sugestión al dolor odontológico, por otra parte, no está circunscrito por ninguna experiencia personal real de modo que no hay limitación a la cantidad de miedo que pueda -

producirse. El temor a la odontología es en la mayoría de los niños de origen subjetivo y no tiene relación directa alguna con experiencias previas de atención dental.

Los temores observados en los padres suelen ser el reflejo de temores inherentes a sus padres y abuelos. Por lo tanto, aunque el miedo no se trasmite genéticamente, puede persistir de generación en generación, si aquellos que poseen dicho temor no enmascaran sus sentimientos. Si el miedo es a la odontología y los padres no están enterados de que deben ocultar sus temores a los hijos, puede engendrarse una verdadera fobia a la odontología. Re caerá por lo tanto sobre los hombros del odontólogo el corregir ese estado mórbido.

Los miedos sugeridos pueden adquirirse de los amigos o compañeros o de lugares tales como libros, periódicos, dibujos animados, radio, televisión y teatro.

Algunos miedos son de naturaleza irracional. Con frecuencia el niño temerá más aquello respecto a lo cual su experiencia ha sido menor. Al evolucionar la capacidad imaginativa del niño, sus temores imaginarios se hacen más intensos; éstos aumentan con la edad y el desarrollo mental, hasta cierta

edad, en la cual la razón les habla de lo infundados que eran.

Los miedos subjetivos surgen de ansiedades subyacentes que se exteriorizan de diversos modos y en diferentes momentos.

El niño soñoliento tiene tendencia a demostrar más miedo e irritación. Mientras exista un complejo subyacente de ansiedad, el miedo de un niño será de carácter general. No todos los miedos manifestados por el niño son genuinos. Con frecuencia el niño usa el temor al dentista, como mecanismo de protección, no se le exija al niño que cumpla con su cita dental o que se le haga el trabajo necesario. Son los padres y el odontólogo quienes deben juzgar cuándo el miedo es genuino y cuándo es falso.

Dos niños sometidos al mismo estímulo o experiencia y con la misma capacidad mental reaccionan en sentidos opuestos, uno de ellos demostrará valor e intentará luchar contra el agente causal, mientras que otro manifestará terror y huirá.

EL MIEDO Y EL CRECIMIENTO

A los padres se les debe hacer saber que los tipos de miedo - no son fijos para todas las edades, sino que se modifican con el desarrollo físico y mental del niño. El niño que siente - una amenaza a la seguridad del molde habitual de su vida, al ser lanzado a una situación nueva, responderá con miedo si es demasiado pequeño para razonar acerca de este cambio.

Al crecer y evolucionar su capacidad de razonar estos miedos adquiridos, van siendo descartados uno a uno, al ir enseñán--dole la experiencia y su inteligencia, que no había que temer.

La edad por lo tanto, es la delimitadora de aquello que producirá temor en un niño. Los padres y el dentista deben estar al tanto de estas variaciones con la edad y deben de interpretar toda respuesta a los estímulos de acuerdo con la edad emocional, mental y cronológica del niño.

Los primeros temores del niño asociados con la odontología -- son los derivados de lo desconocido e inesperado. Cualquier - estimulación intensa o súbita de sus órganos sensoriales pro- vocará temor en el niño, por ser inesperada, el ruido y la vi

bración de la pieza de mano así como la presión ejercida al usar los instrumentos de mano son conductores del temor en el niño muy pequeño. El niño, a menos que el dolor sea grande, teme por lo general más al ruido de los procedimientos dentales, que al dolor concomitante.

El que sea repentinamente descendido o hechado hacia atrás en el sillón dental, sin aviso previo, puede provocar su temor.

Los movimientos rápidos o impulsos repentinos de las manos -- son atemorizantes. Las luces brillantes, en especial la luz intensa del equipo, si diera directamente en los ojos del niño, también pueden asustarlo (ver técnica de readaptación social).

Los niños a edad preescolar pueden temer a los extraños. Si se separa del padre, experimentará una sensación de abandono. Los objetos o situaciones extrañas engendran miedo, puesto -- que algunos niños temen al ser separados de sus padres, es en en tonces preferible que lo acompañen al interior del consulto-- rio cuando son muy pequeños, (ver manejo de las padres).

Las personas desconocidas de blanco les provocará miedo, en particular si el ambiente les trae el recuerdo de experiencias dolorosas.

A los 4 años de edad se alcanza el máximo de los temores definidos y de los cuatro a los seis años, hay una declinación gradual de los primeros miedos, como el miedo a caer, ruido y a los extraños. Al adquirir el niño la posibilidad de valorar las situaciones generadoras de miedo, por su propia experiencia y por su propia capacidad de discernir la gravedad del peligro, pierde y olvida muchos de sus tempranos temores. El miedo a los extraños, que es más intenso entre los tres y cuatro años lo pierde por el amplio contacto con los demás. Por esta razón los niños que van a jardines de infantes son más sociables y dispuestos a acercarse a los extraños, mientras que aquellos sin mayores contactos sociales permanecen tímidos, -- vergonzosos y atemorizados a los desconocidos.

Se ha observado que los niños inteligentes suelen manifestar más miedo que los otros, quizás a causa de su mayor captación del peligro y a su desconfianza más definida para aceptar las afirmaciones verbales sin su prueba correspondiente.

A estas edades los varones tienden a ser agresivos, esforzados y a mostrar una actitud amistosa. Las niñas, en cambio, suelen ser mucho más reservadas. Alrededor de los cinco años un miedo generalizado, es aquel a las lesiones corporales.

El temor a una lesión está a menudo asociada con la odontología, porque ha aprendido que el dentista puede lastimar, y la lesión va asociada a un castigo en él. Puesto que el odontólogo podría lastimar, el pequeño interpreta que el visitarlo es un castigo. A esta edad el niño está generando un temor a su propia conciencia, formada por la disciplina con que lo -- corrigen los padres.

Desde los cuatro a los siete años, el niño entra en un período de marcados conflictos e inestabilidad emocional. Se halla en constante conflicto entre "su yo" que evoluciona y su deseo de agradar, combatirán en el plano de la imaginación, aquello que temen en la realidad. A esta edad el valor de seguridad - de la fantasía es importante y puede ser empleado por el odontólogo como un medio para tratar al niño.

Al llegar el niño a la edad escolar, la mayoría de los miedos a la odontología no constituidos por sugestión, imitación o -

experiencias dentales previas desagradables, pueden ser fácilmente manejados. Sólo unos pocos niños retienen fobias acentuadas, se tornan menos exigentes y más fáciles de conformar; y generan una marcada curiosidad por el medio que los rodea.

La diferencia fundamental que es preciso hacer ante el tratamiento de pacientes, presa de extremo nerviosismo o angustia, es entre aquellos que son susceptibles de ser ayudados mediante técnicas sencillas al alcance de todo aquel dentista que - se preocupe por aprenderlas, y en los casos de pánico severo o fobias, cuyo manejo es bastante complejo.

La angustia representa en sí, un estado doloroso, caracterizado por el temor a todas las opciones posibles que el enfermo tiene delante.

Cuando llega a este estado, lo expresa mediante el miedo al - trabajo odontológico, pero experimenta el mismo temor a la posibilidad de no someterse a dicho trabajo.

El miedo es fácil de identificar, ya que suele manifestarse - en el rechazo a un objeto determinado manifiestamente no peligroso, o en circunstancias en que el temor no constituye una

reacción completamente anormal en el cuadro general de la --
personalidad del individuo.

CONDUCTA DE LOS NIÑOS

Los niños presentan una cierta conducta, a continuación se -- describen características y factores que la originan, así como la conducta posible a seguir, sin ser estas, conductas determinantes.

NIÑO MIEDOSO

CONDUCTA:

- Tienen una actitud un tanto agresiva o negativa.
- Se presentan con el cuerpo tenso.
- Tienen las manos sudorosas.
- Su principal arma es el llanto.
- Tratan de convencer a sus padres para que abandonen, junto con ellos el consultorio.

FACTORES:

- Padres y amigos que dan una falsa información.
- Amenazas al niño.
- Experiencias dolorosas causadas por algún profesionalista - que no practique la odontología infantil.
- Miedo a lo desconocido.
- Comentarios oídos de otros niños que se quejan con exageración.
- Taparles la boca.

CONDUCTA POSIBLE:

- Tratar de calmarlo con paciencia y buena voluntad, para - así ganar su confianza y convencerlo de que no se le hará ningún daño.
- Se le mostrará los instrumentos y se explicará su funcionamiento.
- Clínicamente se tratará de evitar problemas dolorosos, - limpiando cavidades con cucharilla, lavando con agua tibia y colocando curación sedante.
- Es frecuente que en un principio no sea fácil someterlos - al tratamiento odontológico, debido a que por su estado físico y psicológico no presentan ninguna cooperación, una - vez dominado el miedo son los mejores pacientes en la clínica.
- Ganar su confianza a través de un interés positivo en sus preferencias, sus gustos y disgustos, sus amigos y aún en su religión.

NIÑO TIMIDO, VERGONZOSO Y ASUSTADIZO

CONDUCTA:

- Tienen temores y angustias.
- Son desconsiderados.
- Egoístas.
- Responde a pocas preguntas.
- Se esconde detrás de la madre.
- Mira fijamente al suelo o algún otro lado.
- Rehusa entrar en la conversación.
- No coopera.

FACTORES:

- Poca oportunidad para alternar con otras personas, fuera de su ambiente.
- Poca afecto de los padres.
- Excesiva autoridad paterna.
- Cuando es hijo único.
- Etapa de dependencia.
- Niño psicológica y emocionalmente inmaduro y subordinado.

CONDUCTA POSIBLE:

- Hay que observar que son pacientes de primera vez.
- Suele ser tímido y necesita ganar confianza en sí mismo con ayuda del odontólogo.
- Romper y traspasar la barrera de timidez, obteniendo con fianza.
- Permitir que éste sea acompañado por otro niño bien adaptado.
- Acercarse primero a la madre y después al niño para que - ambos logren tranquilizarse lo más pronto posible.
- Aprenderse el nombre del niño en diminutivo.
- Buscar la causa de su miedo.
- Tener interés en su conversación.
- En la primera cita, se atenderá con sumo cuidado si hay - dolor, para ganar su confianza.
- Hablar con él sobre su juego, cosa o interés favorito.

- Hacer que sea una visita agradable en la que todos se conozcan y familiaricen.

NIÑO DESAFIANTE

CONDUCTA:

- Desafiante.
- Retador.
- No abre la boca.

FACTORES:

- Demasiado protegido.

CONDUCTA POSIBLE:

- Apelar a su fanfarronería.
- Consentimiento del padre para que el niño entre solo al consultorio.

NIÑO TEMEROSO

CONDUCTA:

- Inseguro.
- Amenazado.
- Temor adquirido.
- Carecen de tomar decisiones por sí solos.
- Se preocupan por su salud.

FACTORES:

- Falta de apoyo
- Experiencia desagradable.

CONDUCTA POSIBLE:

- Evitar movimientos bruscos, rápidos y repentinos.
- Determinar los factores responsables.
- Conversar con el niño y enterarse de la causa del temor.
- Procedimientos simples en la primera cita.
- Explicar el uso de cada instrumento y lo que hace.
- Restricciones en urgencias.

NIÑO TEMPERAMENTAL

CONDUCTA:

- Poco expresivo.
- Se deja atender hoy y mañana no.

FACTORES:

- Falta de algunos de los padres.
- Excesivo consentimiento por parte del otro.
- Padres poco afectuosos debido a que trabajan o demasiado jóvenes, y no deseaban al niño.
- Padres indulgentes.
- Abuelos demasiado consentidores.

CONDUCTA POSIBLE:

- Debe tener paciencia.
- Aprovechar el tiempo, en que el niño se encuentre dispuesto a cooperar.
- Procurar hacer el tratamiento rápido y apropiado.
- Nunca debe de abusarse del niño con respecto al tiempo.
- Cuando esté cansado o poco cooperador, se hará un vínculo afectuoso o afectivo para que coopere más.

NIÑO ANSIOSO

CONDUCTA:

- Inseguros.
- Angustiados.
- Asustados.
- Agresivos.
- Rabietas.

FACTORES:

- Por experiencias desagradables de los padres.
- Ansiedad materna.
- Ambiente extraño.
- Fantasía, acerca del dolor y enfermedad.

CONDUCTA POSIBLE:

- Debe mostrarse comprensivo y trabajar con suma lentitud.
- Dominio de la situación.
- Manejo de los padres (se describirá más adelante).

NIÑO CON RESISTENCIA O RECHAZO

CONDUCTA:

- Regresión e inseguridad.
- Ansiedad.
- Desconfianza.
- Vengativos.
- Desobedientes.
- Inquietos y sobreactivos.
- Agresivos y belicosos.
- Rabieta por ejemplo: darse en la cabeza contra la pared, moja la cama, provoca vómitos.
- No habla con conocidos ni extraños.
- Cuando es lastimado llora.
- No puede comunicarse.
- Sentimiento de desolación que lo lleva a profundas angustias.

FACTORES:

- Falta de autoestimación.
- No tiene seguridad en su hogar.
- Experiencia previa.
- Medio ambiente.
- Educación en el hogar.

CONDUCTA POSIBLE:

- Manejo de los padres.
- Hacer que el niño escuche y se tranquilice.
- Indicarle de que no hay nada de que defenderse.
- Consejo de especialistas en conducta (terapia familiar).

NIÑO INCORREGIBLE O CONSENTIDO

CONDUCTA:

- Lloriquea y se tira al suelo.
- Mal humor.
- Golpea.
- Patea.
- Trata de disuadir a sus padres para que lo saquen.
- Hace lo que desea.

RESISTENCIA ACTIVA.

- Por primera vez no presentan problema, las siguientes - pretextan que algo les disgusta y no dejan que se les - atienda, franca negativa ante cualquier comentario o intento del dentista.

RESISTENCIA PASIVA.

- Actitud de reto.
- No lloran, no hacen berrinches, no hablan, no abren la - boca.
- Falta de cooperación.

FACTORES:

- Excesiva indulgencia.
- Rechazo de los padres.
- Le hacen promesas que evidentemente sabe que le van a -- dar, ya que lo va a creer todo suyo con solo pedirlo.
- Padres protectores.
- Enfermedades largas.

CONDUCTA POSIBLE:

- Entrevista inicial con el padre y el niño.
- No enojarse.
- No mostrar antipatía.
- No irritarse porque se opera con daño.
- No ridiculizar o avergonzar al niño.
- No subirlo o bajarlo del sillón durante largo tiempo.

- Resistencia Activa; no se pierda la paciencia, se le explicará al niño la conveniencia de lo que se le está haciendo y terminarlo, cuando llore o dé patadas se utilizarán las técnicas de acuerdo al diagnóstico de su comportamiento, a solas con el niño se tratará de obtener su colaboración por medio de su autoestimación. Si presenta dolor se tratará con cuidado evitando lastimarlo.
- Manejo de los padres (se verá más adelante).
- Felicitarle.
- Pedir que ayude en alguna operación.

CAPITULO II

"LA INFLUENCIA DE LOS PADRES EN EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO"

CONDUCTA DE LOS PADRES

Si se desea lograr o realizar una aproximación exitosa en la práctica odontológica para niños, debe de conocerse la importancia del ambiente hogareño y la influencia de los padres, - difieren ampliamente en sus actitudes hacia los niños, los padres se convierten en el principal problema para la conducción exitosa de la práctica odontológica en los niños. Estos niños presentan en gran medida el producto del ambiente hogareño y las actitudes de los padres.

La manera de comportarse de los padres, generalmente repercute en la conducta de los niños.

PADRES PROTECTORES

Son padres que generalmente tienen su primer hijo, hijo adoptado o que por sus hijos sienten un celo excesivo. Estos padres monopolizan el tiempo de sus hijos, ayudándoles a vestirse, comer, jugar, toman parte en sus actividades sociales, -- restringen sus juegos por miedo a que se lastimen, enfermen o adquieran malos hábitos. Generalmente no les niegan nada, son cariñosos, protectores, indulgentes, su preocupación y afecto son exagerados.

PADRES CRITICOS

Se caracterizan por la imposición de mandatos autoritarios - sancionadores, impositivos e incluso negativos que dejan sus padres, abuelos, tíos, hermanos, etc., y que éstos a la vez los reproducen en sus hijos.

Sancionan imperfecciones, reclaman acciones fallidas, recriminan el comportamiento que no se apege a las normas, reprimen física o mentalmente la disciplina, supervisan con celo y perfeccionismo el comportamiento de los demás, reclaman circunstancias adversas que no compaginen con sus propios valores, exigen responsabilidades excesivas incompatibles con la edad del niño, no lo aceptan como es y suelen ponerlo en competencia con otros niños mayores.

PADRES ANSIOSOS

Son padres que demuestran temor o angustia ante el tratamiento dental, esto, influye determinadamente en la conducta del niño antes y durante el tratamiento de la primera consulta, - así como la aceptación o rechazo que el niño demuestre y manifieste en el futuro.

PADRES NO AFECTIVOS

Hay una indiferencia, rechazo, para con el niño, por falta de tiempo, clase social, problemas emocionales, incompatibilidad entre los padres, lo esperaban de otro sexo, no era deseado, - porque carecen de responsabilidad, o son demasiado jóvenes, - pueden tratar a los niños con severidad, burla, atormentarlos, críticas y abiertas demostraciones de disgusto.

PADRES IDENTIFICATIVOS

Padres que tratan de volver a vivir a través de sus hijos, -- brindándoles todo lo que les fue negado, si los niños no reaccionan en forma favorable, el padre manifiesta disgusto.

PERSONALIDAD

Una parte importante del comportamiento y del condicionamiento de los hombres, es la consecuencia directa de los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales. Si estas necesidades no son satisfechas, se originan graves perturbaciones, en ocasiones irreversibles durante el crecimiento y desarrollo del organismo.

El individuo necesita una interrelación muy estrecha con adultos protectores y responsables, a fin de poder 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.

La madre, es una fuerza ambiental predominante. El desarrollo emocional del niño depende de su disponibilidad para establecer lazos afectivos con personas tales como educadores, padres, médicos, para satisfacer las necesidades fundamentales de un organismo en continuo movimiento y básicamente, estas necesidades son las afectivas, nutricionales, sanitarias, educativas y sociales.

La preparación emocional del niño, para la odontología, como para otras experiencias de su infancia, se hace primordialmente en su hogar y bajo orientación paterna. El dentista debe observar al paciente en su totalidad examinando sus acciones, comportamiento, lo que dice, cómo lo dice, su modo de vestir, su aspecto personal, etc..

TIPOS DE PERSONALIDAD

Las perturbaciones de conducta en la infancia y los trastornos psicopáticos en el adulto pueden ser considerados frecuentemente, en términos de condicionamiento operante, los berrinches y otros comportamientos agresivos, que pueden desarrollarse como resultado de un reforzamiento inapropiado, en el cual la conducta constructiva no se recompensa y sólo las travesuras reciben atención de los padres y maestros. Entonces el menor aprende que puede obtener recompensas tales como regalos y atención amorosa, si es travieso, mientras que ser bueno está asociado como una falta de atención.

PERSONALIDAD BUCAL

Es un valor emocional exagerado a la boca y a sus funciones, para él, es una fuente importante de placer y el medio para --

aliviar la tensión. Para él, las funciones de comer, beber, masticar y morder, serán el objeto de grandes preocupaciones. Generalmente son personas obesas e impacientes, que toleran mal, cualquier frustración y aunque parecen simpáticas y amigables, su humor puede cambiar rápidamente volviéndose mordaces, sarcásticos, exigentes e irracionales, pueden caer más fácilmente en estado de depresión. Son personas exageradas y dan quejas injustificadas o piden cuidados que no son necesarios. Sus síntomas bucales están determinados psicológicamente y no representan patología real.

PERSONALIDAD COMPULSIVA

Tiene como síntoma fundamental, la idea obsesiva, consiste en la aparición brusca e involuntaria de una idea absurda, que el paciente reconoce como tal, y que acarrea una lucha ansiosa por expulsarla de su mundo psíquico. Una de las ideas más frecuentes, es por ejemplo; el deseo de insultar a una autoridad o a una imagen religiosa. El paciente, dándose cuenta de lo ilógico de este pensamiento súbito, trata de combatirlo -- por medio de recursos que al complicarse, pueden convertirse en los llamados rituales. Es normal, por ejemplo, durante la adolescencia, incluso en la etapa adulta tener esbosos de --

ideas obsesivas, que suelen acentuarse, en épocas de debilidad física o de estenuación psíquica. Son personas puntuales, meticulosas, preocupadas por los detalles. Generalmente se trata de pacientes en los cuales nos refieren problemas de personalidad.

PERSONALIDAD HISTERICA

Es emocionalmente inestable, inclinado al histrionismo y dramatiza todas las situaciones, se sugestiona y tiene una gran imaginación. La coquetería y la vanidad son rasgos habituales, la preocupación por la apariencia va unida por un exceso de adornos en el vestir, las fobias y las angustias conscientes son característicos. Tartamudean fácilmente, no toleran las manipulaciones en boca y garganta.

PERSONALIDAD MANIACO DEPRESIVA

Los trastornos psiquiátricos de este tipo se caracterizan por alteración del área afectiva que pueden manifestarse como manía o como depresión, por una periodicidad en que alternan fases de enfermedad con otra de normalidad y finalmente la recuperación íntegra de ésta normalidad, después de un brote maniaco depresivo.

La psicopatología puede entenderse fácilmente estableciendo lo que son los cuadros extremos de este grupo de psicosis. Por un lado la manía constituye una exaltación del estado de ánimo hacia la euforia. No existen prácticamente quejas de tipo corporal y hay una sensación de bienestar que hace sentir al paciente que todo es fácil y realizable. Por otro lado la depresión se manifiesta, por un estado de ánimo triste, con baja cantidad y calidad de ideación, discurso lento y una sensación de incurabilidad que muchas veces lleva al paciente al suicidio.

La evolución de la psicosis maniaco depresiva, puede consistir en uno o varios brotes de manía durante la vida del paciente, en brotes únicamente de depresión o bien en la presentación alterna de brotes maniacos y depresivos.

PERSONALIDAD PARANOIDE ESQUIZOIDE

Suele usarse para un grupo de enfermedades mentales caracterizados por síntomas psicológicos específicos que conducen, - en la mayoría de los casos a una desorganización del paciente. Existen tres grandes subgrupos de esquizofrenia; hebefrénica, catatónica y paranoide.

La Esquizofrenia Hebefrénica, se caracteriza por un empobrecimiento progresivo del área afectiva, acompañado de trastornos del pensamiento y a veces con alucinaciones y delirios.

La Esquizofrenia Catatónica, se centra más bien al área psicomotora produciendo a veces estados de estupor y otras descargas de furia psicótica e imprevisible.

La Esquizofrenia Paranoide, es la más frecuente en sintomatología, ya que suele haber alucinaciones, delirios en general de perjuicios y una alteración del área emocional.

Estos pacientes, tienen comportamiento receloso, desconfiado y emotivamente frío, es difícil ganarse la confianza de estos pacientes, son frecuentes las manifestaciones de ira sin causa, de crítica y de reprobación. Su tratamiento debe de ser con prudencia y sumo cuidado.

FILOSOFIA DE LOS PADRES

La enseñanza y la disciplina son para dirigir al niño por canales aceptables para superar las formas de conducta menos maduras y refrenar las demandas emocionales excesivas. La enseñanza es un estímulo activo y la disciplina implica restricción.

AUTORITARISMO

El perfeccionismo y el colocar el premio sobre la progresión no desviada en línea recta; el adulto debe aprender la nueva generación, sus hijos son formadores de hábitos que pueden ser moldeados en determinadas formas de conducta. La ideología no es incompatible con la tendencia del pensamiento totalitario y la disciplina tendiendo a ser severas y hasta crueles, producen negativismo y sentimiento de inferioridad en el niño, que son expresadas en el consultorio.

LIBERALISMO

Los padres piensan que las cosas irán de lo mejor si el niño no es confinado o restringido en sus actividades, creen que el niño sabe y elegirá lo mejor para él.

A los padres se les debe de programar para la guía del niño, se les pide ejercer poco esfuerzo físico mental, el chiquillo muestra síntomas comunes al desafecto.

EVOLUCIONISMO

Esta proximidad al cuidado y guía del niño es intermedia entre las dos anteriores. Reconoce y admira las fuerzas hereditarias de la raza y familia que determinan y dirigen la secuencia, así como también el patrón de crecimiento individual del niño. Cree en la autorregulación y la autodeterminación dentro de los controles bien dirigidos e inteligentes. El --objetivo es conservar todas las potencialidades mejores del --niño, un chico así guiado se adaptará rápidamente a las rutinas del consultorio.

Los padres tienden a usar su propia educación como modelo para educar a sus hijos, las privaciones, falta de cariño, rechazos, abusos, comentarios que causen daño y provoquen lesiones psicosociales, modifican la conducta y serán desfavorables.

Los padres que ridiculizan al niño, como técnica de control, se debe de considerar si éste ha sido acostumbrado al regaño o

a la restricción.

Si los padres están tratando de resolver sus propios conflictos a través del niño, no se puede esperar que un niño forme una personalidad propia.

Los niños adquieren su madurez emocional de sus padres, por lo que no es posible, esperar un comportamiento emocional maduro de un niño, que se ha educado con padres emocionalmente inmaduros.

La disciplina indica al niño hasta donde puede ir, pone un límite al alcance de su libertad de acción. El niño indisciplinado no es dueño de su libertad de acción, porque no sabe en que punto sus acciones pueden causarle dificultades propias.

Las actitudes paternas pueden determinar si un niño será dócil u hostil, cooperativo o rebelde.

CAPITULO III

**"CONDUCTA POSIBLE DEL ODONTOLOGO EN EL MANEJO DE LOS PADRES
Y DE LOS NIÑOS"**

MANEJO DE LOS PADRES

El profesional hará lo posible por explorar los antecedentes y actitudes de los padres, de una manera diplomática, por su actitud y filosofía de enseñanza de los padres y la disciplina del niño.

Son de importancia para la conducción de la práctica odontológica. La dificultad del manejo del niño con problemas de conducta, generalmente tienen su origen en los padres.

El objetivo del dentista debe ser: el valorar y comprender a cada padre lo más cabalmente posible, para determinar de ese modo la actitud en el tratamiento para el niño en particular.

Generalmente un padre lleva a su hijo al consultorio, con --aprensión, por el tratamiento dental que se llevará a cabo.

Por lo que el odontólogo debe de educar al padre y tranquilizarlo, se le hará saber que no serán necesarias medidas disciplinarias extremas y que el niño participará voluntariamente en la nueva experiencia y se aconsejarán unas reglas simples - que deberá saber y seguir antes de llevar al niño al dentista:

1. Aconseje a los padres que no manifiesten sus propios te mores al niño debiendo disimular sus sentimientos de an siedad, en particular la expresión de su rostro. No -- mencionar momentos desagradables con el dentista, evitan do el miedo en el niño. No debe de temer al tratamiento ya que la modernización de técnicas operatorias, el cono cimiento en el manejo de los niños y la técnica anestési ca, hacen más fácil y rápido el tratamiento.
2. No debe de usarse la odontología como amenaza ni castigo, ya que se asocia con lo desagradable y el dolor.
3. Se debe de familiarizar al niño con el consultorio, lle vándolo y acostumbrarlo a entablar amistad con el dentis ta.
4. Explicar al padre que un despliegue visible de valor en en cuestiones dentales, le dará coraje al niño, ya que el va lor es no tener miedo, sino vencerlo.
5. Aconseje a los padres acerca del miedo hogareño conve--- niente y la importancia de las actitudes moderadas en la creación de un niño de buenos ajustes.

6. Recalque el valor de un cuidado dental regular, no solo como conservación de los dientes, sino para la formación de buenos pacientes dentales.
7. Aconseje a los padres que no sobornen a sus hijos para -- que asistan al dentista, porque podría sugerir a los ni-- ños que hay una posibilidad de peligro.
8. Se instruirá al padre para que no avergüence, rete o ridi culice al niño para dominar su temor al tratamiento den-- tal.
9. Se deben evitar las impresiones perjudiciales con respec-- to a la odontología que provienen de fuera de casa.
10. No se le debe asegurar al niño que es lo que hará o no -- hará el odontólogo, pues lo coloca en una situación compro metida. Ni prometerle que éste no hará nada, pues mentir, solo llevará a decepciones y desconfianzas.
11. Antes de la cita, se le dirá al niño que ha sido invitado a ir con el dentista, en forma casual. No deberá de in-- sistir, ni forzar el tema, ni exceder su simpatía o temor.

12. Se deberá confiar el niño al cuidado del dentista y no entrar a la sala de tratamiento, a menos que se lo pida el dentista, y solo deberá de ser un simple espectador.
13. Deberá de ser acompañado al consultorio, para conocer y comprender el estado dental en que se encuentra el niño y asumir las responsabilidades que esto implica.
14. Antes de rechazar al paciente, hay que explicar los motivos de nuestras actitudes. Si insiste, se rompen relaciones.
15. En la primera cita, se realiza la historia clínica y se platica con el paciente para entablar una mejor relación con él. No presione al dentista para que desarrolle otra tarea.
16. Solo deberán acompañar al niño uno u otro de los padres, sin ningún otro familiar.
17. No se alarme si su hijo llora, el llanto es una reacción normal en él, ante situaciones que no le son familiares.

18. Cada persona y cada boca son completamente diferentes y con necesidades diferentes, por lo que el plan de tratamiento y la duración depende de múltiples factores que el odontólogo le dará a conocer.

REQUISITOS INDISPENSABLES PARA CONDUCIR O INDUCIR EN
EL NIÑO UNA BUENA SALUD MENTAL

Dentro del manejo de los padres, y las reglas que rigen en la consulta, se pueden agregar los siguientes requisitos y normas para una mejor orientación en los padres con respecto a la educación y orientación de los niños.

- Sensación de seguridad dentro del ambiente familiar, esta sensación, la proporcionan los padres, a través de sus palabras y de sus actos. La alimentación de pecho, puede ser un factor inicial para que el niño sienta más seguridad y calor afectivo.
- La presencia y ejemplo de ambos padres; la convivencia con ellos y sus hermanos por tiempo suficiente, desde la infancia hasta la madurez.
- Enseñarle a que busque y encuentre más satisfacciones, en la vida real que en las fantasías.
- Engendrar progresivamente en el niño la convicción, de que su presencia en el hogar es querida y necesaria.
- Educarlo y prepararle a la vida de la comunidad, enseñándole como él forma parte de su grupo dentro del cual tiene -

oportunidad de llegar a ser útil y obtener éxito, pero -- siempre "respetando para que me respeten".

- Estimular las experiencias de autosuficiencia, iniciativa e independencia.
- Unidad de criterio en los padres en materia de educación; una disciplina firme y justa en los asuntos fundamentales y básicos, buscar que la escuela y el hogar sean siempre acogedores, en donde los problemas se enfrentan siempre - sin temor a la verdad o de presentar conflictos; buscando resolverlos siempre con un espíritu de ecuanime y debida justicia.
- Limitaciones obligadas de la actividad infantil espontánea; (obediencia, disciplina), el desarrollo de la actividad - infantil, es el problema básico que reside en fomentar la - independencia progresiva en el niño, para lograr que cada - día tenga más autodeterminación y procurar así, una forma-- ción más adecuada de su personalidad.
- El castigo o regaño como método de educación infantil debe-- rá de atenerse a lo siguiente:
 - a) Será castigada la acción, no al niño.

- b) Será comprensible para la mentalidad del niño, es decir - deberá castigársele siempre que haga lo que él sabe que - no se debe de hacer.
- c) Será inmediato, por lo tanto durante la acción y al térmi no de ésta, de modo que se establezca fácilmente la rela- ción entre la falta y el castigo, salvo en los niños mayo res, en los que por circunstancias muy particulares de -- los adolescentes pueda llegar a ser aplazado.
- d) Ha de ser inevitable y por lo tanto cuando se amenace al niño, se debe de cumplir esta advertencia o explicar el - motivo de la suspensión del castigo.
- e) La intensidad del castigo tendrá relación con la falta, - es decir que ha de ser siempre justo, pero con una justi- cia fácilmente comprensible, para la mentalidad del niño.
- f) El educador no responderá al niño cuando esté dominado -- por una fuerte emoción.
- g) Los niños no guardan ningún resentimiento ante el casti- go o regaño, cuando se produce en las condiciones enuncia das.
- h) Amenazas y no cumplirlas mediante el castigo previsto, es el peor procedimiento educativo.

NORMAS GENERALES DE EDUCACION INFANTIL

- La educación será individual, son los padres quienes mejor logran entenderlos, debiendo saber individualizarlos en ca da uno de ellos, la conducta apropiada en cada caso.
- Existen niños difíciles y otros fáciles de educar, la dife rencia consiste, en la facilidad de adquirir rápidas o len tas experiencias, no se puede hablar entonces de fracasos educativos, al hacerlo cooperativamente con los otros her- manos y los otros niños dadas las notables diferencias que existen en cada niño.
- Si no se logran las inhibiciones, los niños serían salvajes, sin embargo éstas no deben de alterar la maduración normal de su personalidad. Los niños difícilmente educables no so lo aprenderán con dificultad, sino también poseen poca capa cidad de inhibición, y en este caso la pasión y la capaci-- dad del educador son siempre puestas a prueba.
- Las excesivas condenas, sentencias o las implacables severi dades provocan iguales defectos desastrosos sobre la educa- ción correcta del niño.
- La educación es distinta en cada edad, por lo tanto, los -- padres educarán a su hijo conforme a este concepto.

- Los hijos deben de ser educados siempre en el respeto hacia los padres, la igualdad entre el padre y el hijo no es natural pero hay que entender la real comprensión entre ambos, la comprensión perfecta y el respeto será el lema que ha de seguirse en la convivencia entre padres e hijos.
- En los actos educativos, salvo en los niños mayores, deben emplearse pocas palabras, ya que el niño quiere acciones y necesita convencerse del cariño de sus padres o educadores, que si se porta mal, lo pierde.
- La educación sexual correcta, es permitir ir educando al niño integralmente, incluso en lo que respecta a los problemas sexuales, desde luego de manera siempre oportuna y adecuada, de acuerdo a su edad. Por lo tanto; en lo relativo a satisfacer sus curiosidades como sus facultades de comprensión.

ASPECTO DEL CONSULTORIO DENTAL

Ya que el niño llega al consultorio con cierto temor, el primer objetivo debe ser el de procurar que el niño esté cómodo y que comprenda que su experiencia no es totalmente inusitada. Si la práctica no está limitada exclusivamente a los niños, un método eficaz de inducir este sentimiento, es el de hacerlo -- aguardar en una sala de espera, que en muchos aspectos, se asemeje al ambiente hogareño siendo cómoda y cálida pensando que los niños la suelen frecuentar y que por lo tanto la habitación no les sea extraña.

Uno de los modos más simples de lograrlo es disponer un rincón para los niños, con sillas y mesas adecuadas para ellos -- donde puedan sentarse y leer. Tenga a la mano una pequeña biblioteca con libros para todas las edades, juguetes sencillos y fuertes que sean entretenimiento de los más pequeños.

La música ambiental, los hará sentirse más cómodos a los niños más atemorizados.

Las tarjetas y los avisos de citas deberán ser atractivos para los niños, de modo que sientan que les están especialmente des

tinados. Un buen precedente que conviene establecer, es el de enviar tarjetas de felicitación a las pacientes que se -- conviertan en madres.

En el primer cumpleaños del niño, se le enviará una tarjeta de felicitaciones con un recordatorio para los padres de que ya es el momento, que el niño conozca al dentista y para que reciba un regalo de cumpleaños, estará bien regalarle un cepillo dental.

En el segundo cumpleaños, conviene que con la tarjeta de feli citación se recuerde que dentro de muy poco ya será oportuno que el niño reciba atención odontológica regular.

PERSONALIDAD DEL ODONTOLOGO Y PERSONAL AUXILIAR

Es muy importante que al niño le inspiren confianza todos --- aquellos a quienes deba ver en el consultorio. Esto se aplica a la asistente, la secretaria y al dentista mismo.

Si un odontólogo se dispone a aceptar pacientes infantiles, - debe estar seguro de que posee conocimientos suficientes de - psicología infantil, como para tratar a los niños, sin produ cirles un trauma psicológico. También debe asegurarse de que

sus colaboradores sientan y actúen con cariño por los niños y que sepan cómo tratarlos.

Al acercarse por primera vez a un niño, llámelo por su primer nombre, si no lo sabe, pregúnteselo. Toda la conversación debe estar dirigida al niño. Al hacer la historia clínica, deslice alguna pregunta que el niño pueda contestar, no estreche con demasiada fuerza la mano del niño, no lo salude en voz demasiado alta. Acérquese al niño con confianza al hablar y en sus acciones, pero de un modo llano y con un saludo cálido y amistoso.

Con frecuencia un niño se negará a pasar al consultorio con el odontólogo y se tomará del brazo de la madre, si el pedido verbal fuera ineficaz, el odontólogo deberá acercarse al niño en forma amistosa y pasarle los brazos a su alrededor como un movimiento de cariño, luego, sosteniéndolo con firmeza, lo levantará y lo transportará, sin peligro, de que sus pies puedan dañar a nadie, el niño debe sentir que usted es bastante fuerte como para sostenerlo y protegerlo, pero no como para hacerle daño.

Si el dentista tiene confianza en sí mismo, es seguro que un poco de este sentimiento se transmitirá al niño, si ésta no se tiene, se reflejará en el comportamiento del niño.

LA CONVERSACION DEL ODONTOLOGO

Al hablar con el niño, el odontólogo, debe descender al plano del paciente, tanto en las palabras como en las ideas.

Emplee las palabras simples, de acuerdo a la edad del paciente. Al elegir los temas de conversación, elija objetos y situaciones familiares para él, al hablar de deportes con un niño no entre a considerar las reglas complicadas de los mismos, sino de preferencia sobre los detalles y sensaciones más simples vividas por el niño.

Deje a propósito que el niño lleve la conversación, con los muy pequeños, conviene agregar un poco de fantasía para estimularlos.

No emplee un lenguaje demasiado infantil para un niño de cuatro o cinco años, a los niños les agrada que se les juzgue mayores de lo que en realidad son. Hábleles en el nivel de edad que les corresponda o ligeramente sobre él.

A casi todos les agrada oír al dentista hablar de un tema -- que les interesa y mantiene alejada de sus mentes la cuestión del trabajo dental que se les está haciendo, la mayoría de -- los niños gozan cuando se les habla sin cesar.

Cuando se le esté trabajando al niño, no le haga preguntas -- que exijan una respuesta si ambas manos están en su boca así como los instrumentos, los niños tienden a hacer preguntas, -- trate de contestarlas lo mejor posible, pero sin que las em-- pleen como táctica dilatoria.

Un apoyo a esta actitud es el uso del dique de hule.

ATENCIÓN DEL PACIENTE

El niño debe de tener toda la atención del odontólogo y tra-- tarlo como si fuera el único paciente del día, no dejarlo so-- lo en el sillón, o cambiarlo de un consultorio a otro, ya que sus temores y ansiedad aumentarán, como para hacerlo huir del consultorio dental. Se debe de evitar el trauma psicológico teniendo habilidad, conocimiento e inteligencia.

No deben hacerse movimientos súbitos, ni bruscos evitando mie-- do al niño.

Los niños con cualquier movimiento pueden asustarse, por lo que debemos tener en cuenta que nuestros procedimientos deban ser suaves y elegantes.

Al ascender y descender el sillón o hacer tracción del respaldo, debe de hacerse lentamente, al llevar la jeringa a la boca del niño, no lo haga dentro de su campo visual, ya que esto puede asustarlo.

El odontólogo debe de realizar su trabajo con rapidez y un mínimo de dolor, por eso para trabajar con niños se debe de contar con asistente, ayudando en el dominio del niño y hacer más fáciles los procedimientos operatorios. Todos los instrumentos necesarios deben de estar al alcance de la mano y los quirúrgicos fuera de la vista del niño. Se debe de trabajar suave, rápido, sin desperdiciar movimiento y tiempo, el niño puede soportar molestias cuando sabe que el tratamiento ya va a terminar.

En el proceso educativo, el castigo y la recompensa son fundamentales, existen muchos tipos de recompensa, una de las más importantes buscada por el niño, es la aprobación del dentista.

El niño sabe cuando es buen paciente, y ésta será su meta a seguir en el futuro, hará lo mejor que pueda, el alabar a un niño se hace más bién con referencia a su conducta, que a su persona. Lo que más impresiona al niño favorablemente, es - el reconocimiento. El odontólogo no debe de ceder a la cólera, si perdiera su autodomínio o levantara la voz, solo lo--grará asustar al niño, haciendo que su adaptación sea más difícil.

CONOCIMIENTO DEL PACIENTE

Es bueno conocer al niño que se sentará en el sillón dental, cuando el padre llama por primera vez, para conocer la visita, se debe obtener la información pertinente del niño, pregúntele al padre, que sabe el niño acerca del dentista y de - las intervenciones dentales.

Si el niño teme la visita al dentista, si está nervioso, si - se lleva bien con los adultos, si ha pasado algún tiempo en - algún hospital, si le tiene miedo al médico.

Estas preguntas pueden brindar una buena visión del posible - comportamiento futuro. Una información completa se podrá obtener de la historia clínica, procure en esta ocasión conocer

también a la familia, con este conocimiento del paciente es posible prever la reacción del tratamiento dental. Es muy valioso poder predecir el comportamiento.

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO

Es grato observar que la mayoría de los niños que llegan al consultorio pueden ser clasificados como buenos pacientes, son pocos niños de cualquier edad que a causa de los miedos inducidos en su hogar o por el proceder errado de los padres, y profesionales, no querrán o no podrán adaptarse a la disciplina de la labor dental.

Si el dentista aprende como tratar los problemas de comportamiento en el consultorio, y si los padres aceptan la responsabilidad de llevar al niño sin temores preconcebidos, en cuanto al tratamiento dental, entonces no deberán surgir problemas enfadosos.

La falta de cooperación en el comportamiento de un niño en el consultorio, está motivada por un deseo de evitar una situación desagradable o dolorosa y lo que él puede interpretar como una amenaza a su comodidad y bienestar.

Una vez que el niño se presenta para su atención, su comportamiento dependerá no sólo de su conformación previa sino -- también de la habilidad del dentista para manejarlo.

Con un tratamiento adecuado será raro que no se logre su cooperación. Mucho depende del odontólogo como se gane su confianza y de como lo impresione, ya hecha ésta relación debe comenzar el tratamiento.

METODOS Y TECNICAS PARA TRATAR AL NIÑO

En años recientes, la ciencia y la tecnología de la conducta han progresado considerablemente por lo que ahora el odontopediatra cuenta con diversos procedimientos nuevos para la modificación de la conducta, algunos de los cuales pueden ser empleados en el consultorio dental.

Existen diversos modos para manejar al niño psicológicamente, todos ellos destinados en último término a sobreponerse y desarraigar las respuestas de miedo previamente condicionadas.

METODO DE LA IMITACION SOCIAL

A los niños les agrada hacer lo que otros niños o personas hacen, a continuación se describirá la técnica "Pequeño Ayudante Dental" (P.A.D.).

El objetivo de ésta técnica es dejar al niño que observe el trabajo dental que se le hace a otros.

La técnica consiste básicamente en invitar al nuevo pequeño paciente a colaborar estrechamente con el profesional, formando el equipo de "pequeños ayudantes del dentista" y de su

asistente dental. Esta técnica ha venido constituyendo un -
auxiliar primordial en el manejo clínico de la conducta de -
los pacientes en el consultorio.

La técnica P.A.D. sirve fundamentalmente como una excelente
preparación en la primera visita, para el momento en que el
pequeño ayudante se convierta o deba de ser tratado como pa--
ciente.

Con esto se habrá logrado mayor confianza y entusiasmo del -
P.A.D. y del odontólogo, perdiendo el miedo al instrumental -
y al acto terapéutico.

La técnica se ha utilizado sistemáticamente con los pacien--
tes que acuden al consultorio por primera vez, cuando ha sido
necesaria. Existen niños que quedan condicionados en la pri--
mera visita, otros necesitan reforzamiento de la conducta, --
utilizándose en estos casos la técnica en las visitas subse--
cuentes o periódicas.

Por lo tanto, podría decirse que esta técnica es un tipo de
variación de la terapia psicológica por medio del juego.

La integración del P.A.D. es para ambos sexos, y la edad de -

tres a diez años. La colaboración de un niño de tres años es muy sencilla, y más compleja la solicitada y obtenida en la de un niño de mayor edad. Es muy importante que el niño se sienta libre para ayudar, que no experimente presión alguna, en esta forma se le permite un escape apropiado a su temor a lo desconocido.

Existen niños que vienen al consultorio por primera vez, con un grado tan exagerado de miedo, ansiedad y angustia, que no debe extrañar al profesional que se resista a colaborar como ayudantes en esta primera visita, no es aconsejable forzarlos; voluntariamente lo harán en visitas subsecuentes.

Esta técnica se utiliza en:

- Pacientes cooperadores obteniéndose de ellos una mayor colaboración, excelente educación dental y motivación.
- En niños tímidos, ya que les proporciona una mayor oportunidad de desinhibirse y familiarizarse.
- En niños con trastornos severos de conducta, que no quieren saber nada que tenga que ver con el dentista, logrando cambios altamente deseables, tratando de evitarles tratamientos más drásticos.

En el paciente de emergencia, es necesario valorar el momento apropiado en que se deba solicitar su colaboración como pequeño ayudante. En los actos quirúrgicos menores debe quedar al criterio del profesional la presencia o no del P.A.D., debe decidir si tiene la suficiente edad, madurez e inteligencia, ya que el propósito de constituir una experiencia agradable e instructiva, podría convertirse en desagradable y angustiosa.

Un factor muy importante a considerar, es el que únicamente se le debe permitir instrumentos que le den seguridad y confianza, evitando proporcionarles los que puedan lastimarlos y producirles angustia, ansiedad y miedo.

Los niños por naturaleza son inquietos, tomando en cuenta este factor, de ninguna manera es conveniente permitir pasar al consultorio, a dos o más niños ayudantes.

El habituar al P.A.D. a los hechos terapéuticos, puede convertirlo en inoportuno en su demanda de participación activa como ayudante, actitud que debe ser calmada más frecuente en la niña.

Materiales utilizados en la técnica:

Niñas: bata y cofia para la cabeza de tipo que utilizan -- las enfermeras.

Niños: bata, si se desea se puede colocar algún emblema.

- Los resultados definitivamente, son mucho más positivos -- cuando se les proporciona el uniforme.
- La idea de que usen el uniforme, es con el propósito de -- que el niño ayudante se sienta altamente importante.
- El proporcionar al niño cubrebocas, es opcional, ya que en algunos pacientes origina miedo y angustia.

T E C N I C A

El primer contacto con los padres del niño o del acompañante, es a través de la recepcionista, quien obtiene los datos iniciales y la historia preclínica.

Los datos obtenidos los entrega la recepcionista al profesional, y hace pasar a los padres y a los niños.

El odontólogo, conoce al nuevo paciente, y revisa los datos -- obtenidos en el examen preliminar. En el momento indicado se explicará en una forma clara y rápida en que debe consistir --

la colaboración activa del niño, la actividad del P.A.D. puede realizarse cuando se esté empezando o haya sido iniciada - la revisión o tratamiento de un paciente, que está sentado en ese momento, en el sillón dental, si el niño observa a un hermano en el sillón, le inspira más confianza, que si se tratara de un extraño. Si el niño ve que el trabajo se hace sin ningún dolor, con frecuencia se sentirá deseoso y aún ansioso de que se emprendan los mismos procedimientos con él.

A menudo se subirá al sillón sin que se lo pidan, en este entusiasmo hay un peligro, si el niño no observa expresión alguna de dolor, en la persona que fue atendida, antes que él, pero se dá cuenta que al sentarse en el sillón se le lastima, - su entusiasmo se transforma en desilusión y puede perder la confianza en el odontólogo, si la intervención es un poco dolorosa, lo mejor es advertírselo y conservar su confianza, a que piense a que se le ha defraudado.

La asistente que ha sido previamente informada sobre la técnica, y la cual ya tiene todas las instrucciones necesarias, tomando en cuenta la edad del ayudante le facilitará:

- Una bata de su tamaño.

- Se le indica el lugar donde debe lavar sus manos.
- Le enseña el lugar adecuado donde deberá permanecer, preferentemente todo el tiempo que colabore, con el fin de que no interfiera en el trabajo.
- Se le proporcionará el vaso, el ayudante lo llena con agua.
- Le facilitará el eyector para que lo coloque en la manguera.
- Se le dará la toalla y la pinza, para que la pase alrededor del cuello del niño paciente.
- Puede ayudar al profesional a enseñarle dibujos al paciente en los que se explica el tratamiento.
- El niño ayudante, dá al dentista la historia clínica y el espejo para que pueda contar los dientes del paciente.

METODO VERBAL

En esta técnica, se procura hablarle al niño para que abandone sus temores, una vez, que el niño ha entrado en contacto inmediato con la situación atemorizante, la sollicitación verbal, de nada servirá, decirle a un niño que no tiene razón para sentir temor, indica falta de conocimiento, ya que el niño

no puede evitar sentirse como se siente. No gaste sus energías diciéndole al paciente que no tiene que estar atemorizado, sin antes no darle motivos para estarlo.

METODO DE APLICACION FRECUENTE DEL ESTIMULO

Este método puede exigir frecuentes visitas al odontólogo, antes de que la primera intervención sea realmente necesaria; puesto que los niños tienen un gran temor a lo no familiar y son aprensivos y no están preparados para afrontar una nueva situación, una visita al consultorio antes de iniciar el tratamiento, puede familiarizar lo desconocido y mitigar cualquier necesidad futura de huir. Este método da buen resultado con los niños en edad preescolar, y no tanto con los mayores.

METODO DE LA READAPTACION

Mediante esta forma de acercamiento, con la guía del odontólogo, el niño se readecúa, para disfrutar los procedimientos dentales mediante simpatía y tacto, es posible establecer un buen contacto, y los procedimientos operatorios se transformarán en placenteros.

El método de la readaptación o de sustitución del placer, ha sido considerado brevemente, incluye muchas de las características de la técnica empleada por Addelson, del " diga, muestre y haga ".

El autor cree que este método no producirá trauma psicológico alguno y que el niño, al transcurrir el tiempo pensará en su futura visita al consultorio con placentera anticipación.

El primer paso, consiste en determinar si el niño tiene, un temor injustificado por la odontología y si así fuera, el -- porqué, es posible descubrirlo, interrogando a los padres sobre sus propios sentimientos respecto a la odontología, sobre su comportamiento paternal y observando muy bien el niño.

Una vez conocida la causa del temor, resulta más fácil, el -- dominarlo.

El siguiente paso, consiste en familiarizar al niño con la -- sala del consultorio y todo su contenido sin producir una alarma indebida en el niño, ganándose la confianza del niño, y el miedo se transforma en curiosidad y cooperación, es posible -- acercarse a la mayoría de los niños despertando su curiosidad.

Todo mecanismo nuevo les interesa y aún les deleita, el - - - miedo, podrá ser mitigado, si se permite o incita al niño con sutileza, a que pruebe todas las partes del equipo, explicándole como funciona cada una, de modo que el niño se familiarice con el ruido y acción de ellas, familiarizado en el consultorio, nuestro próximo objetivo será ganar su confianza total, eligiendo las palabras apropiadas y las ideas, para tema de conversación, se puede lograr un entendimiento sin mucha pérdida de tiempo, al establecer una confianza, el odontólogo debe llevar a la mente del niño la idea de que comparte y conoce sus problemas.

Al ir estableciendo el contacto, la conversación deberá alejarse de los problemas emocionales y orientarse hacia los objetos familiares para el niño. La conversación tratará sobre temas de colegio o sobre algún animal doméstico favorito.

Si el niño ha tenido dificultades con algún tema escolar haga-le notar que lo mismo le ocurrió a usted, dígame que comprende sus problemas porque tuvo los mismos cuando iba al colegio.

Ha llegado el momento de tomar el tema del tratamiento dental, el odontólogo podrá hacer notar que cuando él era niño también

tuvo que ir al dentista, porque atenderse los dientes es necesario.

Durante la primera visita sólo se harán trabajos menores e indoloros, se hará la historia clínica, se darán las instrucciones de cepillado, se informará al paciente que sus dientes van a ser limpiados y se hace aplicación tópica de fluoruro, se pueden tomar radiografías, la unidad de rayos X será descrita como una cámara fotográfica grande y la película donde saldrá la fotografía. Cuando el niño vea las radiografías reveladas se sentirá orgulloso de lo obtenido.

Es una buena táctica comenzar por las intervenciones más sencillas y pasar luego con las más complejas, a menos que sea necesario un tratamiento de emergencia.

Al tratar al niño se le debe explicar de una manera llana que a veces se produce un ligero dolor en relación con el tratamiento que se le habrá de efectuar.

Al niño se le debe decir que podrá manifestarlo cuando se le esté lastimando demasiado y que el dentista parará o se las arreglará para que no siga doliendo tanto, o que procurará --

ser mucho más amable.

Al tratar con niños demasiado pequeños para entender explicaciones difíciles, se procurará establecer contacto mediante una conversación sobre objetos y acontecimientos de la experiencia del niño, háblele con voz natural y agradable, la apariencia también debe ser natural y de comprensión, puede ser necesario trabajar mientras el niño llora, a veces los niños de edad preescolar gritan fuerte y durante bastante tiempo mientras están sentados en el sillón dental con los gritos continuos es difícil hacerse entender, si el padre se encuentra adentro, la amenaza de hacerlo salir de la habitación puede ser suficiente para hacer callar al niño, también puede ser conveniente darle tiempo para que deje de llorar.

"METODO" DEL SOBORNO Y LA RECOMPENSA

Jamás se debe de sobornar a un niño, no logra nada bueno y prolonga el mal comportamiento. Haciendo la diferencia de soborno y recompensa. La recompensa al final de una cita -- puede servir para atraer al niño nuevamente, el soborno se usa para que tenga un buen comportamiento, y la recompensa es el reconocimiento de un buen comportamiento.

"METODO" DEL RIDICULO

Se caracteriza por la adopción de una actitud burlona y de mofa hacia el niño, con el fin de avergonzarlo para que adopte un buen comportamiento, este método es inadecuado y peligroso cuando se aplica a los niños.

El niño que se sienta en el sillón dental desea ganarse la aprobación del dentista, sin embargo si el mecanismo de miedo es tan fuerte que hace imposible la cooperación, su juicio está vencido y su comportamiento resulta indeseable. El ridículo social puede producir frustración y resentimiento en un niño, la reacción puede ser en sentido inverso al deseo y se logrará un disgusto por el dentista y el tratamiento odontológico.

"METODO" DEL NO HACER

Este método se caracteriza por la demora y la postergación, - el niño es traído al consultorio, pequeño aún, con necesidad de la intervención dental. Comienza a llorar a veces con -- fuerzas considerables tan pronto se sienta en el sillón dental.

El odontólogo algo confuso e ignorante de cómo dominar la si tuación, despide al niño con la sugestión a modo de disculpa, le dice a la madre que traiga de vuelta al niño cuando sea -- un poco mayor. A los seis meses vuelve y se repite la visita con el mismo patrón de comportamiento.

La realidad es que el temor a la odontología puede haber aumentado, puesto que una imaginación vívida exagera la necesidad fundamental de huir, la postergación de una situación así puede proseguir indefinidamente con pésimas consecuencias para los dientes. Con la aparición de dientes adoloridos, puede este dolor llevar a una verdadera fobia a la odontología.

Así el temor del niño ha crecido juntamente con el miedo del dentista de atenderlo, todo motivo no explicado genera temor

en el niño, no espere a que el niño sobrepase la respuesta - indeseable, es seguro que los resultados serán decepcionantes.

"METODO" DE PALABRAS ATEMORIZANTES

Se debe evitar el uso de palabras atemorizantes, que puedan despertar miedo en el niño, muchos de los temores no son por el procedimiento mismo, sino por la connotación atemorizante de una determinada palabra, como el uso de la palabra " aguja" o "pieza de mano". Se deben usar palabras con las que los niños estén familiarizados, como " picadura de mosquito ", y en lugar de " pieza de mano " que es " un limpiador de bichitos malos " evitando inducirle miedo. La realidad hay que transformarla en fantasía que es el ambiente del niño. Se le debe informar que es lo que se le va hacer, pero sin asustarlo.

TECNICA DE MANO SOBRE BOCA

Muchos odontopediatras y dentistas de práctica general que -
tratan a niños pequeños, que llegan a la consulta con histeria,
agresivos, con berrinches y resistentes al tratamiento,
siendo imposible tratarlos, solo con sedación o anestesia ge-
neral, o simplemente esperar a que su comportamiento sea el
correcto.

Los padres que buscan tratamiento para sus niños, es neces-
ario darles explicaciones de los procedimientos o riesgos en
el uso de la premedicación, o de las restricciones físicas y
otros procedimientos para el manejo del niño en el consulto-
rio, sin excluir el uso de " mano sobre boca " o " mano sobre
boca y nariz ", generalmente dan consentimiento para las res-
tricciones físicas.

Generalmente se usa para niños de tres a nueve años, que lle-
gan resistentes al tratamiento. El uso de " mano sobre boca "
ha sido usado para modificar la conducta del niño y eliminar
esta situación.

La aplicación de " mano sobre boca " deberá ser: sentar fir-

memente en el sillón al niño, si agita sus brazos o piernas, éstas deberán de ser inmovilizadas previniendo que se haga daño con el equipo. Si no hay comunicación entre el niño y el dentista, el niño puede empezar a llorar o gritar, el dentista colocará su mano sobre la boca del paciente simultáneamente - debe decirle que se calme firmemente pero sin ira, " para de llorar ", " solo quiero ver tus dientes " , usualmente el niño para de llorar y de agitarse, debe de reforzarse en este momento su comportamiento, " eres buen ayudante ", " se que puedes estar un rato más sentado ", " me caes bien ", " porque eres buen ayudante ", siendo aplicado de forma natural. El uso apropiado de " mano sobre boca ", y de la comunicación evita tácticas innecesarias.

El uso de " mano sobre boca " hace que el niño sea más cooperador, en el tratamiento y los subsecuentes. Para esta técnica los movimientos del operador deben ser diestros, hábiles y cuidadosos. Puede surtir efectos positivos en unos casos y - en otros no. La técnica elimina el intento de evitar la situación, por forzar al niño a la exposición de la situación, - descubrirá que no puede evitar la situación y parará su mal comportamiento. El uso de " mano sobre boca " apropiadamente,

hace que el niño acepte el tratamiento, y el impacto psicológico es positivo.

El dentista no puede predecir cuanto tiempo se llevará ni que técnica usará, cuando al consultorio llega llorando, histérico, tirándose al suelo, haciendo berrinches. No debe interrumpirse el tratamiento ya que esto sería un reforzamiento al mal comportamiento del niño, por lo que se procede hacer la restricción del comportamiento, con la autorización de los padres, informándoles que será necesario inmovilizarlo con una correa al sillón, o envolverlo en una sábana sin excluir el uso de "mano sobre boca" o "mano sobre boca y nariz" y guiarse por la expresión de los padres para los procedimientos.

Cuando aún después de haberse usado correctamente "mano sobre boca" el niño no ha cambiado su conducta, se proseguirá a evitar la entrada del aire no más de quince segundos, el niño decidirá cooperar ahora y cuando el niño afirme que está listo a cooperar, se retirará la mano y se hará énfasis en el comportamiento del niño como buen ayudante, el uso de "mano sobre boca y nariz" es en apariencia un castigo por su ma

la conducta. Se explicará su uso después del tratamiento y se previene una historia de " abuso " contra el niño.

CONTRAINDICACIONES:

La técnica de " mano sobre boca ", no es para todos los niños, debe evitarse en niños de lento aprendizaje, mal adaptados, - miedosos, tímidos o muy pequeños, lo cual una buena comunicación por parte del dentista ayudará mucho.

REFUERZOS PARA LA MODIFICACION DE LA CONDUCTA

Según sus efectos sobre la conducta, los estímulos pueden -- ser clasificados en tres categorías; reforzadores positivos, estímulos aversivos y estímulos neutrales.

Un reforzador positivo se define en la práctica como cual--- quier estímulo o hecho que aumenta la frecuencia de una conducta o una respuesta que se provoque inmediatamente.

Los estímulos que tienen un valor de supervivencia para el -- organismo, tales como alimentos y agua suelen servir de reforzadores. Además, existe gran cantidad de estímulos sociales que han adquirido propiedades reforzadoras, tales como una -- sonrisa, una palabra de halago, o diversos estímulos ambientales como juguetes, otras posesiones personales y una gran variedad de actividades agradables.

Como un reforzador se define en la práctica por su capacidad para aumentar la respuesta, es obvio que un estímulo puede -- servir de reforzador para un niño y no servir de reforzador -- para otro.

Además, un estímulo que sirve de reforzador para un niño en --

alguna ocasión puede no servir de reforzador para otra ocasión.

ESTIMULOS DE AVERSION

Un estímulo de aversión puede definirse como un estímulo que disminuye la frecuencia de la conducta que le sigue inmediatamente, o como un estímulo que aumentará la frecuencia de cualquier reacción que termine o reduzca la intensidad del estímulo. Un estímulo relativamente leve, tal como un radio tocando a un volumen moderadamente alto, puede ser considerado como un fenómeno aversivo, si el individuo se comporta de forma determinada, tal como girar el control para poder reducir o dar fin al estímulo.

Los estímulos de aversión pueden ser aquellos hechos que son físicamente dolorosos o que han adquirido propiedades de aversión, tales como críticas y la pérdida de privilegios o estímulos que señalan la proximidad de un hecho desagradable.

Los hechos que pueden ser aversivos en una ocasión pueden no serlo en otra y los que son aversivos para un individuo pueden no serlo para otro.

ESTIMULOS NEUTRALES

Existe una gran variedad de hechos o estímulos que ocurren--
constantemente en el medio ambiental natural, tal como el so
nido de la bocina de un automóvil, el ruido del funcionamienn
to de un reloj y el ruido de música de fondo, que no aumen--
tan ni disminuyen la frecuencia de una conducta dada. Tales
estímulos pueden ser clasificados como estímulos neutrales,-
con frecuencia adquieren propiedades reforzadoras ya sean po
sitivas o negativas.

LOGRO DE UN CAMBIO EN LA CONDUCTA

La importancia de seguir una rutina en el tratamiento dental en los niños, es con el fin de lograr paulatinamente que el niño se sensibilice al tratamiento y comenzar con procedimientos indoloros nos reditúa múltiples beneficios. Esta rutina deberá comprender procedimientos ya mencionados, de poca o nula molestia para el niño, (ver método de la readaptación), para que en las subsecuentes citas lograr tratamientos de mayor molestia.

El comportamiento de un paciente puede ser manipulado con precisión sin su conocimiento, siempre y cuando se administre un refuerzo inmediatamente después de haberse presentado la reacción deseada, por ejemplo: cuando el niño ya sentado en el -- sillón, se rehusa abrir su boca, se le pedirá con voz suave; " abre tu boca porque quiero contar tus dientes ", por supuesto que no lo hará, pero se le dará un estímulo positivo diciéndole; " muy bien abrela más, eso es, lo estás haciendo -- muy bien, ahora abrela un poquito más grande "; esto hará que el niño, que mantenía sus labios apretados, poco a poco vaya relajando su ansiedad y acceda a lo que nosotros queremos y -

al obtener nosotros la respuesta deseada utilicemos inmediatamente el refuerzo que le sigue.

A continuación veremos un ejemplo de lo que vimos anteriormente:

Paciente de cuatro años que se presenta a la clínica de infantil.

Primera Cita: Se sentó en el sillón dental, se le explicó con reforzamientos positivos que el tratamiento a realizar en esa sesión no le causaría ninguna molestia y que a cambio él obtendría la satisfacción de quedar como un niño muy valiente ante papá y mamá; esto permitió que se le tomarán dos radiografías.

Segunda Cita: En esta cita el niño regresó más calmado sin embargo, aún presentaba síntomas de temor, mostrados al separarse de la madre y al introducirlo a la clínica. El procedimiento a seguir, fue recordarle que en la ocasión pasada, nos había gustado su comportamiento y que en esta ocasión serían también muy agradables todos los procedimientos que le haríamos. Procedimos a hacer el profiláctico y aplicación de flúor, y se le felicitó ante mamá diciendo que era un valiente.

Tercera Cita: En esta ocasión, el paciente entró por sí solo aunque llevado de la mano por nosotros. Los procedimientos a realizar esta vez de acuerdo a la rutina establecida en la clínica, era el tratamiento clínico de las lesiones -- cariosas, en el cuadrante inferior izquierdo, seleccionado -- casi siempre como el primer cuadrante en nuestro plan de tratamiento. Después de haber logrado nuestro objetivo que era la anestesia, proseguimos a colocar el dique de hule. Con un lenguaje apropiado a su edad se le dijo lo siguiente: -- " voy a colocar en mi dedo este anillito, el cual servirá -- para detener este impermeable (dique de hule) para tu muela lita ".

Hacemos pruebas, una vez aislado, con la pieza de mano que -- previamente le habíamos mostrado su funcionamiento comparándola con un avión, el cual se puede acelerar y parar a nuestro antojo.

Durante todos estos procedimientos, nos estamos comunicando constantemente con el niño, reforzándolo positivamente por medio de halagos. En las siguientes citas, se actúa de la misma forma. No hay que sentir que hemos ganado la batalla,

ya que en cualquier momento que descuidemos algún detalle, - el niño puede regresar a una conducta no favorable para nuestros propósitos.

EXTENSION DE LA CITA

Al tratar con niños, son importantes la hora del día como la duración de cada cita. Ambas horas pueden afectar el comportamiento del niño.

Siempre que sea posible no se debe tener a los niños en el - sillón durante más de media hora, las citas más prolongadas los tornan inquietos y menos colaboradores y deben soportar sesiones demasiado extensas, alcanzando un punto de satura--ción donde se pondrán a llorar.

También está relacionado con el comportamiento del paciente la hora del día en que se le cite, el momento más satisfactorio es por la mañana, cuando no está cansado y molesto, sino que gracias a que ha dormido bien durante la noche está fresco y descansado.

Cuando el niño deja el colegio, está cansado o ansioso de ir a jugar con otros niños, en estas circunstancias la odontolog

gía se transforma en una carga, castigo o molestia .

Los niños en edad preescolar no deben ser citados en las que son sus horas de descanso, cuando son traídos a esta hora, - están soñolientos y poco dispuestos a soportar nada.

No se debe llevar a los niños al consultorio dental poco después de una experiencia emocional seria, como el nacimiento - de un hermano menor o la muerte de un ser cercano a él, en - ocasiones el niño padece un trauma emocional y la sesión - odontológica aumentará su ansiedad y su confusión.

A N E X O

"ATENCION ESPECIAL A NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL"

MANEJO DEL NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL

DEFINICION:

Es una disfunción neuromuscular con trastornos de movimientos: (convulsiones, visión, audición o problemas de la percepción así como trastornos del lenguaje, de la conducta y emocionales) y de la postura, e interfieren significativamente en la función y es resultado de una lesión cerebral, que no suelen ser progresivos y pueden provenir de defectos cerebrales congénitos traumatizantes, anoxia, infecciones o de etiología -- desconocida.

Las lesiones neurológicas pueden sufrirse en el período prenatal (dentro de la matriz), durante el alumbramiento (período perinatal), a consecuencia de diversos accidentes o enfermedades (fiebre elevada y prolongada, escarlatina, tosferina, parotiditis "paperas", sarampión o meningitis) que pueda sufrir en sus primeros años de vida (posnatal).

Pueden ocurrir interrupciones espontáneas en el desarrollo durante la vida fetal y crecimiento que pueden dar lugar a un daño neurológico. La rubéola es causa de muchos tipos de incapacidades en los niños y un agente importante que causa en los

niños el daño cerebral.

Los padres no ejercen control alguno sobre estos elementos, - por lo que no deben de desperdiciar sus energías culpándose. El tiempo es valioso para poder llevarlo hasta los límites de su capacidad de aprendizaje y de adaptación lo antes posible.

Un niño con lesión cerebral necesita todo el apoyo posible para que llegue a desarrollar un "ego fuerte", por lo que necesita padres estables.

CARACTERISTICAS:

En niños con parálisis cerebral, se observan ciertas características en movimiento y zonas afectadas que son:

ESPASTICIDAD:

Esta se caracteriza por reflejos hiperactivos, presencia de reflejos por estiramiento y una dureza general de las partes afectadas.

ATETOSIS:

Se caracteriza por movimientos involuntarios sin propósito.

ATAXIA:

Se caracteriza por la presencia de un defecto o de una falta total del equilibrio y una marcha inestable.

RIGIDEZ:

Se caracteriza por un endurecimiento muscular al intentar movimientos.

TEMBLOR:

Se caracteriza por temblores "intencionales" y "no intencionales", según el grado de involucración.

MONOPLÉGIA:

Es cuando está involucrado un miembro.

HEMIPLÉGIA:

Es cuando está involucrado medio cuerpo o la mitad de él.

CUADRAPLÉGIA:

Es cuando están involucrados los cuatro miembros.

PARAPLÉGIA:

Es cuando están afectadas las piernas solamente.

DIPLEGIA:

Parálisis que afecta partes similares del cuerpo (parálisis facial bilateral), suelen presentar convulsiones con frecuencia y mejor estado mental que los cuadripléjicos, ligeramente peor estado mental y menor frecuencia de colvulsiones que los hemipléjicos.

INTRODUCCION DEL NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL
A LA ODONTOLOGIA

El tratamiento del niño con parálisis cerebral se hará individualmente y se procederá según dicten las características y condiciones del paciente.

Es importante tomarse tiempo para la evaluación del paciente y los padres, se debe interpretar cuidadosamente las observaciones y acto de los padres para planificar el mejor método de tratamiento.

El consultorio debe de reunir ciertos requisitos para la atención de estos pacientes:

- Se deberá tener espacio suficiente o hacerlo, retirando -- muebles o moviéndolos de lugar para dar paso al paciente en silla de ruedas.
- El consultorio debe de ofrecer comodidad y relajamiento.
- El máximo de luz del día debe ser bien controlado, el sistema de iluminación eléctrica para los ojos del niño, incluyendo los de poca visión.

- Aislado de ruido de calle y de industrias cercanas.
- El decorado debe ser de superficies de madera, colores ligeros, los pulidos y brillantes deben evitarse.

HISTORIA CLINICA Y MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO

- Nombre, edad, sexo, lesión o lesiones que presenta por parálisis cerebral y zonas afectadas, aparatos protésicos, lentes, habitación, escuela a la que asiste, horario en -- que el niño se encuentra mejor en su conducta.
- Reporte médico detallado de la parálisis cerebral que presenta y su tratamiento.
- Medicamentos que esté tomando o haya tomado.
- Alergias.
- Se pedirán informes sobre intereses del niño, sus mascotas y entretenimientos. Permitiendo que el niño participe en la conversación estableciéndose ya una relación.
- Se debe de saludar al paciente por su nombre, al igual que a la madre.

- No son tan aprensivos, por convivir en un ambiente hospitalario, y su resistencia es baja.
- Se mostrará el sillón dental, instrumentos, usos, el aspirador, aparato de Rayos "X", la película que se usa para sus dientes, se debe usar terminología propia a nivel de comprensión del niño.
- En la toma de radiografías generalmente, el ayudante sostendrá la placa o se ayudará de un aparato mecánico para sujetarlo.
- Se deberá tener preparado el equipo y material que se usará durante la consulta.
- Se aprenderá junto con la madre, el manejo, aflojamiento o retiro de sus aparatos, para su comodidad, durante el tratamiento.
- Observar las reacciones que tiene el niño al manejo o retiro de sus aparatos o lentes, se le debe indicar donde se dejan o colocarlos en un lugar visible para él, ya que son parte vital de sí mismo, en ocasiones el niño sabe manejar sus aparatos e intervendrá en ayuda nuestra.

- Se le debe permitir hacer tareas en las que pueda participar.
- Pueden ser educados, enseñados y acostumbrados al tratamiento dental.
- Pueden poseer un umbral de dolor más alto que el de otros pacientes.
- Pueden tolerar visitas dentales largas y con frecuencia -- son pacientes ideales.
- Puede ser necesario, el uso de aparatos para restringir los movimientos del paciente, como: abre bocas, cintas restrictivas, sábana, tiras de tela para atar manos y pies, estos no causan dolor, y no se emplean como medida disciplinaria. Al emplear un aparato restrictivo, se deberá mostrar y dejar que el niño lo toque y se familiarice con el, y es considerado como objeto de seguridad y protección por el niño. Su indicación es para niños con espasmos. Pueden usarse cojines para zonas que son irritadas por sus prótesis.
- La visita deberá ser corta, ya que más tiempo de estar sentado puede ser que sus movimientos sean más agitados.

- Se debe hacer hincapié en la "buena conducta" del niño.

- Se liberará de sus aparatos de restricción, se sujetarán -
nuevamente sus aparatos, como llegó a la consulta, sus len
tes se le entregarán, nuevamente se hará el chequeo en su
ajuste y colocación de sus aparatos protésicos.

- Se ayudará a salir del consultorio, ya que se encuentra --
fatigado y no puede tener el mismo control que cuando en--
tró.

COMUNICACION CON EL PACIENTE:

- Es ventajoso para el dentista saber los factores que forman las personalidades, comportamiento y tensiones que afectan a pacientes especiales.
- Muevase y hable lentamente; convézcase usted mismo del significado de lo que diga.
- El paciente percibe generalmente las reacciones del dentista hacia él, las sensaciones pueden ser por experiencias médicas traumáticas experimentadas por el paciente o saber -- que es lo que le molesta, por lo que se requiere motivación, paciencia e ingenio para establecer una relación de confianza.
- El niño será más capaz de ayudarse así mismo, si usted se comporta como su guía y no como su dictador.
- Su comunicación puede ser variada dependiendo de su capacidad física, mental o emocional.
- Reconozca que cada niño es diferente, que es inteligente y capaz de razonar, ayúdele a alcanzar su potencial máximo a través de plantearle situaciones competitivas o de reto.

- Se le hablará con el nombre que más le agrade y tenerle -- atención total.
- Encuentre el nivel intelectual del niño para comprender sus problemas y no trate de dominarlo.
- Se debe conocer la capacidad del niño para comprender las - instrucciones.
- Cuando le pide al niño que ejecute una tarea, cuente hasta - diez antes de repetir o cambiar las instrucciones.
- Se podrá escribir las instrucciones y esperar a recibir la respuesta.
- Se deben emplear palabras sencillas, evitando dar doble ins- trucción, una a la vez, y esperar que sea realizada.
- La técnica que se usa es, "decir, mostrar y hacer" .
- La comunicación verbal es por medio de contacto, el pacien- te se siente más seguro, al tener una mano tranquilizadora sobre el hombro o movimientos repetidos de la mano sobre la cabeza.

- El observar la reacción del paciente durante el tratamiento como: apretamiento de puños, rigidez del cuerpo, llanto, sudoración, indican cuando hay dolor o molestias, que tienen que ser evitadas para que no sea esta una visita desagradable o encontrar la manera de que el paciente nos indique cuando halla dolor o molestias.
- Dele tiempo al niño para que resuelva sus problemas y procure no intervenir muy seguido. Evite inmiscuirse mucho en sus labores cuando no halla peligro de daños físicos.

ACTITUDES DEL ODONTOLOGO:

Hay dos tipos de pacientes que son:

"Dentalmente Incapacitados", que presentan afecciones importantes o defectos en su cavidad bucal que requiere atención especial (caries rampante).

"Incapacitados para la odontología", que son pacientes cuya salud dental puede ser considerada normal pero presentan afecciones físicas, mentales o emocionales (parálisis cerebral) a estos pacientes los podemos designar "pacientes especiales".

- En ocasiones hay dentistas que se niegan a darles atención

especialmente a "pacientes especiales", por su complicada atención y porque nunca han atendido a "pacientes especiales".

- Porque el atenderlos produce un fuerte obstáculo emocional, por sus defectos haciéndose sentir reprimido e incómodo, - esto hace que se comporte de una manera cuidadosa y temerosa, haciendo del tratamiento lento y de poca eficacia, y de demasiado prolongado para el paciente.
- El mecanismo de defensa inconsciente que usa el operador - puede manifestarse como: insensibles, retraídos y con poca simpatía hacia el paciente y su familia.
- Debe de reconocerse estas reacciones negativas hacia el paciente y hacerse más sensible a estas reacciones, podrá sobreponearse a estos bloqueos emocionales.
- Es preferible que eviten sus practicas, remitiéndolos a -- especialistas.
- Se decidirá si los padres, deben asumir el papel activo o pasivo en el consultorio.

- Su recepción puede ser motivo de preocupación por el aspecto que presenta y la impresión que puedan tener sus demás pacientes por lo que se puede designar un día o mañana especial para su atención.
- Se debe observar la relación padres e hijo, si es buena el recurso es más valioso para su tratamiento, y si es mala puede ser perjudicial para el tratamiento.
- Paciente especialmente satisfecho y su familia suelen ser pacientes lucrativos a largo plazo.

CARACTERISTICAS CLINICAS DENTALES:

- Los tejidos gingivales se encuentran inflamados porque su higiene bucal diaria resulta difícil, además hay una mayor afección periodontal, por su dieta blanda o dieta especial.
- Son más propensos a caries por el tipo de dieta rica en hidratos de carbono, así como pueden presentar también defectos hipoplásicos del esmalte.
- Son más propensos a infecciones y enfermedades por sus malas condiciones bucales y atenciones inadecuadas.

- Por deglución atípica y posición anormal de la lengua se -
provoca mordida abierta grave, mala oclusión, bruxomanías,
y además pueden ser respiradores bucales.

TRATAMIENTO DENTAL:

- Reducir la placa dentobacteriana.
- Dar instrucciones a su madre del cuidado en casa con el pa-
ciente, aprender a cepillar y cuidar la boca si éste es in-
capaz de controlar sus manos.
- El cepillo debe ser con mango de acrílico, dándole al pa--
ciente más superficie para sujetarlo.
- Se puede fijar una correa al cepillo.
- Se puede utilizar el cepillo eléctrico o abre bocas para su
mejor higiene,
- Fluoración del agua, aplicación tópica, buches o pastillas.
- En caso de alguna modificación en su dieta se consultará al
pediatra o el médico familiar.
- En caso de premedicación se consulta a su médico y para el
uso de la anestesia general se hará en un hospital en casos
extremos.
- Exámenes periódicos, profilaxis y tratamientos preventivos
y restauradores, regularmente para el buen estado de salud

de los tejidos blandos. Los exámenes pueden variar entre dos veces al año y con frecuencia de dos a tres meses, si no se puede mantener un adecuado programa de salud dental.

- Aunque hay diferencias entre "paciente normal" y "paciente especial" también hay mucha similitud, se debe operar con técnicas apegadas a las que se usan con niños normales.

C O N C L U S I O N E S

Terminada esta investigación, podemos señalar como puntos -- principales para el buen manejo del niño en el consultorio -- dental, la preparación psicológica, que primordialmente se ha ce en casa y bajo orientación paterna, ya que la familia es - el factor que más influye en la conducta y las experiencias - del niño, el niño se apropia de valores por medio de identifi cación e imitación los toma y los transforma, quedando fijos en la mente del niño formando su personalidad, aprendimos que esta conducta podemos modificarla ya que el niño empieza ha - aprender.

Se podrá cambiar o rectificar la conducta de los padres por - medio de una orientación adecuada, para que en el momento en que el niño tenga que ser atendido en el consultorio no tema, ya que los padres son los principales portadores de tensiones emocionales o de temor con respecto al tratamiento, teniendo una información errónea o exagerada que el niño capta.

Se procurará ganar la confianza del niño, familiarizándolo - con todo el equipo dental y su funcionamiento, se estudiará - su estado psicológico y causas para su manejo, para poder ---

modificar su conducta, adaptándolo para que acepte el tratamiento dental, ayudándolo a superar esta experiencia psicológicamente, que generalmente está regida por el miedo a lo desconocido.

Las técnicas y métodos empleados para su manejo, deben de ir cambiando conjuntamente con el comportamiento del niño hasta que acepte positivamente el tratamiento.

La comunicación y la información son indispensables entre el dentista y el niño.

En el manejo del niño con Parálisis Cerebral, nos ha enseñado a tratar a niños sanos.

La conducta del operador ante el niño es de gran importancia - porque a partir de las actitudes y la seguridad que brindemos al niño es el resultado que obtendremos en su aceptación o rechazo al tratamiento.

Los métodos y técnicas que usamos debemos subrayar que pueden ser efectivas con unos niños y con otros no, ya que estas no son determinantes por lo que a cada paciente se le debe tratar individualmente.

El uso de drogas tranquilizadoras o anestesia general se usarán como último recurso.

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

Bowers, L. Thomas.

The Legality of Using Hand-Over-Mouth Exercise for Management of Child Behavior.

Journal of Dentistry for Children.

XLIX, 4, Jul.- Agost; 1982. pags. 257-265.

Braver, Jhon Ch.

Odontología para Niños.

Ed. Mundi, 1955.

Buenos Aires, Argentina, pags. 8-10, 29, 38-39.

Braver, Jhon Ch.

Odontología para Niños.

Ed. Mundi, 1959.

Buenos Aires Argentina, pags. 3-17, 19-37.

Cimet, de Ellstein S.

Técnica P.A.D. para Guiar la Conducta del Paciente Odonto-Pediátrico.

Quintaesencia en Español.

Vol. 4, Num. 3, Abril; 1982. pags. 247-254.

Drash, W. P.

Clinicas Odontológicas de Norte América.

"Odontología para el Niño Incapacitado".

(Modificación de la Conducta).

Ed. Interamericana, Julio de 1974.

México, pags. 567-578, 595-599, 609, 615, 618.

Floyde, E. Doy H.

Odontología Infantil e Higiene Odontológica.

Ed. UTEHA, Hispano-Americana, 1940.

México, pags. 16-19, 20-25.

Fragoso, Picón Ma. P.
Psicología Aplicada a la Odontología.
A.D.M.,
XXXVI, 4, Julio-Agosto; 1979, pags. 376-386.

Finn, Sindy B.
Odontopediatría Clínica.
Ed. Bibliográfica, 1957.
Buenos Aires, Argentina, pags. 1-21, 23-69.

Fuentes, Servín P.
Factores Psicológicos que Influyen en la Odontología Infantil.
A.D.M.,
XXX, 2, Marzo; 1973. pags. 33-36.

García, Méndez G.
Técnicas Pediátricas, Normas y Procedimientos más Usuales en la Infancia.
Trad. por Mtz. H..
Ed. La Prensa Médica Mexicana.
México, pags. 25-34.

Griswold, P.A.
Jugando Juntos "Padres e Hijos".
Ed. La Prensa Médica Mexicana, Mayo de 1982.
Indianapolis, Indiana U.S.A., pag. 73.

Informe Técnico de la Federación Dental Internacional aprobado en el Congreso Mundial de Viena 1982.
La Atención Odontológica en el niño.
Actividad Odontológica, F.D.I..
Ed. Fondo Editorial Americano, S.R.L..
IV, 12, Oct.-Dic., 4-1982,
pags. 23, 23, 26.

Jorgensen, N. B. Hayden, J.
Anestesia Odontológica.
Ed. Interamericana, 1982,
México, pags. 18-20.

Kleiser, Jhon R. et al.
Aplicación of Psychological Principles to Dental Practice.
Journal of Dentistry for Children.
Vol. XXXIII, 2, March; 1966. pags. 113-117.

Martínez, Herrera J. M.
Manejo del Paciente en Odontopediatría.
A.D.M..
XXXVI, 3, Mayo-Junio, 1980. pags. 146-148.

Mayers, C.V., Chesser, E.S..
Terapeutica del Comportamiento en Psiquiatría Clínica.
Ed. La Prensa Médica Mexicana.
México, pag. 77.

Mc. Donald, Palph. E.
Odontología para el Niño y el Adolescente.
Ed. Mundi, 1975.
Buenos Aires, Argentina, pags. 25-35, 417-430.

Mitchel, R. G.
Crecimiento y Desarrollo del Niño.
Ed. Pediátrica, Jims, 1975.
Barcelona, España, pags. 278-326.

Pérez, de Francisco C.
Manual de Psicología Médica y Psiquiatría para Enfermos.
Ed. Méndez Oteo Francisco, 1973,
México, pag. 107.

Revista Práctica Odontológica.

La Atención Odontológica de los Hijos También Depende de los Padres.

IV, 4, Agosto-Septiembre; 1983. pag. 40.

Revista Práctica Odontológica.

Usted puede Calmar el Miedo.

V, 5, Junio; 1984. pags. 13-22.

Revista Práctica Odontológica.

El Niño en su Primera Cita.

V, 2, Marzo; 1984. pags. 6-17.

Seyler, Alfred E. et. al.

Physicians, Dentists and Children.

Journal of Dentistry for Children.

XXXIII, 5, September; 1966. pags. 284-287.

Villareal, de la Garza R. et al.

La Relación Médico Paciente en Odontología.

A.D.M.

Enero-Febrero; 1976. pags. 49-51

Villegas Malda R.

El Tiempo y Yo en un Encuentro.

(Análisis Transaccional).

Ed. Gala Editores, 1980.

México, pags. 7-39.

Watson, H. Ernest.

Crecimiento y Desarrollo del Niño.

Ed. Trillas, 1965

México, pags. 154, 168-171.

Weyman, Joan.

Odontología para Niños Impedidos.

Ed. Mundi, 1976.

Buenos Aires, Argentina, pags. 105-112.