

207 432



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
I Z T A C A L A**

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

**CONCEPTOS BASICOS EN LA MODIFICACION
DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
JORGE TRIANA ESTRADA**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

ABSTRACTO	I
DEDICATORIA	II
INTRODUCCION	III
REVISION DE LA LITERATURA	

CAPITULO I

¿QUE ES EL MANEJO DEL COMPORTAMIENTO?

- 1) Importancia del Manejo del Comportamiento.
- 2) Actitud negativa hacia la Odontología.

CAPITULO II

DESARROLLO DEL NIÑO

- 1) Principios generales en desarrollo
- A) Naturaleza Multidimensional en desarrollo:
 - a) Desarrollo físico.
 - b) Desarrollo social.
 - c) Desarrollo intelectual.
 - d) Desarrollo de la personalidad.
 - e) Desarrollo de la salud del niño.
 - f) Asesoramiento en el desarrollo del niño.

CAPITULO III

COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

- A) Clasificación de los niños cooperativos.
- B) Formas de clasificar el comportamiento cooperativo del niño.
- C) Cooperatividad.
- D) Falta de habilidad cooperativa.

- E) Potencialidad cooperativa en el comportamiento:
 - a) Comportamiento incontrolable.
 - b) Comportamiento desafiante.
 - c) Comportamiento tímido.
 - d) Comportamiento tenso cooperativo.
- 1) Influencia del medio dental en las variantes del comportamiento del niño.
 - A) Variantes principales.
 - a) Ansiedad materna.
 - B) Variantes menores.
- 2) Aspectos prácticos en la Investigación de la Ciencia del Comportamiento.

CAPITULO IV

INFLUENCIA DE LA FAMILIA

- 1) Ansiedad de la madre.
- 2) Preparación del niño.
- 3) Factores socio culturales.
- 4) Relación con los padres.
 - a) Posición cronológica entre los hermanos, sexo.
- 5) Recursos de no cooperación.
 - a) Madres o padres solteros.
 - b) Información obtenida.

CAPITULO V

SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO

- 1) Incidencia.
- 2) Diagnóstico.

- 3) Caracteres radiológicos.
- 4) Diagnóstico Diferencial.
- 5) Aspectos socioprácticos.
- 6) Obligación del informe.

CAPITULO VI

TECNICAS EN EL MANEJO DEL COMPORTAMIENTO.

- 1) Terapia no farmacológica en el manejo del comportamiento.
 - A) Comunicación con los niños.
 - a) Lenguaje y expresión.
- 2) Psicología del aprendizaje.
 - A) Estímulo y respuesta.
 - B) Motivación.
 - C) Reforzamiento.
 - D) Discriminación y extinción.
 - E) Modificación del comportamiento.
- 3) Condicionamiento aversivo o restricción.
 - A: a) Indicaciones.
 - b) Controversias.
 - B) Manejo del niño problema.
 - a) Técnica.
- 4) Motivación.
 - a) Modificación del comportamiento bajo la influencia del consultorio dental.

CAPITULO VII

HIPNOSIS EN ODONTOLOGIA INFANTIL.

- 1) Conceptos mal entendidos.
- 2) Estados hipnóticos.
- 3) Selección de pacientes.

- a) Edad.
 - b) Coeficiente intelectual.
 - c) Personalidad.
 - d) Situación.
- 4) Conceptos básicos en la inducción a la hipnósis.
- 5) Técnica.
- A) Captación de la atención del paciente.
- B) Motivación.
- C) Establecer confianza.
- D) Sugestiones indirectas.
- E) Uso de repetición.
- F) Uso de imaginación del paciente.
- G) Actitud positiva.
- H) Preparación.
- 6) Preparación para niños (Inducción).
- a) Hablar (Verbalización).
 - b) Sugestión.
 - c) Imaginación.
- 7) Razones por las que puede fallar la inducción.
- 8) Sugestión posthipnótica.

CAPITULO VIII

PACIENTE ESPECIAL.

- 1) Niño especial.
- 2) Experiencias médicas pasadas.
- 3) Desarrollo social.
- 4) Enfermedades crónicas y deshabilidad progresiva.
- 5) Medio familiar.
- 6) Manejo del paciente especial.
 - a) Condiciones neuromusculares.
 - b) Retraso mental.
 - c) Anormalidades en comunicación.

CAPITULO IX

TECNICAS FARMACOTERAPEUTICAS EN EL MANEJO DEL COMPORTAMIENTO.

- 1) Selección de drogas y vías de administración.
- 2) Restricción.
- 3) Administración oral.
- 4) Administración intramuscular.
- 5) Otras vías de administración.
- 6) Signos vitales, responsabilidad del Cirujano Dentista.
- 7) Hidroxicinas.
 - a) Farmacología.
 - b) Efectos secundarios.
 - c) Precaución.
 - d) Indicación.
 - e) Dosificación.
- 8) Diazepam.
- 9) Prometacinas.
- 10) Hidrato de cloral.
- 11) Meperidinas.

CAPITULO X

OXIDO NITROSO

- 1) Inhalación en niños.
 - a) Fisiología y farmacología.
 - b) Administración.
 - c) Equipo.
 - d) Precauciones y complicaciones.

CAPITULO XI

CONSIDERACIONES PRACTICAS PARA EL MANEJO DEL COMPORTAMIENTO.

- 1) Ganarse la confianza del niño.
- 2) Horario de citas.
- 3) Comportamiento del niño en el operatorio.
- 4) Atuendo dental.
- 5) Obsequios a los niños.

CAPITULO XII

ENTRENAMIENTO DE PERSONAL.

- 1) Asistente dental.
- 2) Primera cita.
- 3) Citas subsecuentes.
- 4) Asistente en situaciones especiales.

CAPITULO XIII

TERAPIA DE GRUPO Y FAMILIA.

- 1) Ventajas de participación.
- 2) Programas de desarrollo.

DISCUSION.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

I ABSTRACTO

El conocimiento de las diferentes etapas del crecimiento general de los niños ayuda significativamente para el entendimiento de este.

Para ofrecer un tratamiento dental exitoso, en estos pacientes, ya sea en el consultorio dental o en alguna institución, será necesario definir el patrón de comportamiento con respecto al grado de ansiedad, ya que algunos niños requieren de atención especial para llevar a cabo determinado tratamiento dental en ellos.

El propósito de esta tesis es determinar el mejor enfoque acerca de las técnicas existentes en manejo o modificación del comportamiento, y así poder ofrecer el tratamiento dental y psicológico que el paciente niño requiere con respecto a sus limitaciones en cuanto a personalidad y actitudes hacia la vida en el momento de ser consultados.

La revisión literaria fué obtenida de varias fuentes de información, -- consultando desde tratados de psicología hasta compendios de pediatría, incluyendo una recopilación de datos de las experiencias médico dentales que se han obtenido durante los últimos años en este tema.

Datos muy importantes se encontraron al comparar las diferentes técnicas descritas para el manejo del comportamiento del niño, incluyendo tópicos tales como el manejo del comportamiento por medio de técnicas no farmacológicas, tópicos como la utilización de la "Hipnósis" así como se trata el tema de "Síndrome del niño maltratado", dan un enfoque de actualidad a este trabajo.

III INTRODUCCION

Considerando los diferentes niveles de desarrollo en los niños, desde el punto de vista de su formación física, intelectual y emocional, éstos no podrán ser evaluados, tratados o clasificados como adultos en la práctica dental.

El dentista, asistente dental, higienista dental, y otros posibles empleados en el consultorio no requieren de ser graduados en psicología, pero si es necesario que adquieran ciertos principios básicos esenciales, para poderlos reconocer y aplicar en la práctica diaria. Esta es una responsabilidad que debe aceptar el dentista en el perfeccionamiento o selección de una técnica adecuada en el procedimiento operatorio, así como también la de rendir un servicio adecuado al niño desde el punto de vista psicológico.

Son muchos los niños con problemas en el comportamiento que son referidos al odontopediatra o al dentista general que tienen interés y habilidad para tratarlos. Dando un programa adecuado de tratamiento preventivo para estos pacientes y con la experiencia adquirida nos podemos valer para dirigir el comportamiento del niño; para llevar a cabo este importante aspecto en odontopediatría, el dentista debe conocer los conceptos fundamentales en el manejo del comportamiento, y estar bien informado acerca de los patrones del desarrollo infantil, como también deberá reconocer la influencia del medio familiar así como la del medio dental.

Desde hace tiempo se ha enfocado la atención en el remodelamiento del comportamiento del niño en el medio dental, sin embargo algunos dentistas han reaccionado intuitivamente a las necesidades de sus pacientes, otros han sido más sistemáticos, tratando de identificar los patrones de comportamiento en niños y así encontrar el mejor medio para relacionarse con ellos.

Los cirujanos dentistas han adoptado y adaptado las técnicas de sus colegas. Los mejores métodos han ido pasando de generación a generación de dentistas.

Estos procedimientos han estado a prueba de tiempo, el efecto acumulativo de éstos y determinadas experiencias han sido el desarrollo gradual del área conocida como "Manejo del Comportamiento", como cualquiera esperaría, la práctica del manejo del comportamiento han sido recomendadas y rebastidas por los odontopediatras, como resultados el profesional de hoy tiene amplia selección de métodos que pueden ser usados para el manejo del comportamiento de los niños.

Es posible que términos subjetivos y anecdotaes pueden ser interpretados por ahora científicamente, orientando hacia el criticismo, pero ésta no es la intención. Los primeros investigadores que realizaron estudios acerca del manejo del comportamiento, fueron verdaderos pioneros, tratando de enlistar las causas del no cooperativismo en el tratamiento dental de los niños, clasificaron patrones de comportamiento e hicieron observaciones muy precisas. Establecieron guías para el manejo del comportamiento, y algunas de éstas han sido incorporadas dentro de la práctica contemporánea.

Reconocimiento de la profesión es que el comportamiento del paciente niño sea un factor altamente influyente para afectar significativamente el tratamiento; como consecuencia, los dentistas han empezado a tener interés en este tema.

La colaboración con psiquiatras y psicólogos han dado una base teórica acerca del manejo del comportamiento. El acercamiento sistemático ha sido referido en Odontopediatría como investigación en las "Ciencias del Comportamiento".

Los investigadores han explorado varias hipótesis en el intento de entrelazar en adelante las relaciones con los niños.

REVISION DE LA LITERATURA

CAPITULO I

¿ QUE ES EL MANEJO DEL COMPORTAMIENTO ?

1) IMPORTANCIA DEL MANEJO DEL COMPORTAMIENTO.

Uno de los **problemas** a los que se enfrenta el odontopediatra es el de obtener la cooperación del paciente mientras se dedica a realizar los diversos procedimientos dentales que serán de beneficio para el niño. El control de la conducta, incluyendo la eliminación de la angustia y el temor, es de gran importancia en odontología pediátrica, y ha sido tema de varias investigaciones recientes (11) (49) (50) (54) (88).

En los últimos quince años, ha aparecido un conjunto de técnicas de modificación de conducta que ha recibido la denominación genérica en psicología de análisis conductual aplicado. Dichas técnicas, se basan en los principios experimentales que rigen la conducta, y han sido observadas y probadas en condiciones rigurosas de control en el laboratorio. Las técnicas básicas se derivan del condicionamiento operante (un método altamente diferenciado) de gran efectividad en animales como en seres humanos. Este método experimental descansa en una serie de premisas fundamentales respecto a la forma de estudiar y controlar la conducta (67).

En el pasado, el odontopediatra, ante un niño retraído, agresivo y poco cooperativo ha tenido pocas opciones, aparte de la restricción física, la sedación o la anestesia general.

En el presente, la ciencia y la tecnología de la conducta han progresado considerablemente (32), por lo que ahora el odontopediatra cuenta con diversos procedimientos nuevos para la modificación específica de la conducta (49) (37) (76), algunos de los cuales pueden ser empleados en el consultorio dental. Estos procedimientos suelen permitirlo aumentar considerablemente -

la precisión y el grado de control que es capaz de ejercer sobre el comportamiento de sus pacientes. Aunque el odontopediatra sue le ser la persona llamada a tratar al niño y, por lo tanto, el que resulta beneficiado por la modificación de la conducta, esta técnica no podrá por ningún motivo ser limitada a ellos. Concier ne a todos los dentistas familiarizarse con los principios básicos del manejo del comportamiento y adiestrarse en la tecnología del control de la conducta humana.

El paidodoncista más que tratar con dientes y su rehabilitación interactúa con un ser humano inmaduro y en desarrollo, que es altamente emocional y reactivo. Trata sus pacientes en una forma muy íntima y sensitiva. El adulto más o menos domina sus temores y ha aprendido a controlar su comportamiento de acuerdo a las exigencias de la sociedad, incluyendo las demandas del dentista en el consultorio. Pero el niño tiene mucho menos control porque su mecanismo cortical de inhibición todavía no está completamente desarrollado. El es aún un reactor talámico, incapaz de esconder sus sentimientos y es por lo mismo que los da a conocer. El apelar a la razón y al orgullo del niño tiene pocos resultados sobretodo en niños pequeños o preescolares, sencillamente porque no están preparados para esto. (61)'

(61) Los niños crecen y cambian. Un niño de cuatro años difiere de sí mismo de cuando tenía dos, así como el de seis es diferente al de cuatro. Cada período de edad y cada niño es caracterizado por diferentes patrones de comportamiento, los cuales dependen de su nivel de desarrollo psicomotor, su nivel de desarrollo emocional, condiciones o influencia de su ambiente y la estructura básica de su personalidad. Si el dentista reconoce la característica del patrón de comportamiento que se puede presentar a un cierto nivel de edad, estará mejor preparado para enfrentársele. El estará también mejor preparado para reconocer desviaciones del comportamiento "Normal" a ese nivel de edad, así como buscar las causas.

El dentista que trata con niños deberá entender la psicología del niño si quiere ser efectivo. Cada pavidodoncista se convierte - psicológicamente orientado hacia las necesidades de sus pacientes niños a través del puro peso de la experiencia. Sin embargo, la -- experiencia guiada y el conocimiento del crecimiento emocional pue den transformar esta experiencia en interesante y recompensante en vez de frustrante. El pavidodoncista necesita una variedad de cono cimientos técnicos así como un conocimiento del crecimiento y desa rrollo (físico, mental y emocional) para tratar satisfactoriamente las necesidades dentales de los niños. Pero él necesita especial-- mente el conocimiento del cómo, tratar con el comportamiento del - niño. El debe saber cómo tratar la ansiedad y el temor del niño. - El conocimiento técnico será inútil si el niño no coopera y el den tista no puede colocar la restauración o tratar a la pulpa, sino - está capacitado para persuadir al niño de que acepte el tratamien to.

Por si no fuera suficiente ahí están los padres (por lo gene- ral la mamá) con quienes el dentista tiene que tratar. Debe en- tenderla casi tan bien como entiende al niño si se quiere ser efec tivo. Una gran parte del comportamiento del pequeño está condicio- nado por la relación que existe con su mamá. De hecho debe ser -- considerada la constelación de la familia completa si uno quiere - entender realmente a los niños (13). Los temores del niño, su pos- tura hacia los adultos, sus gustos y disgustos; todo condiciona su comportamiento en el consultorio dental. Detrás del comportamiento poco cooperativo del niño puede estar un padre severo, una madre - sobreprotectora, una vida insegura en su hogar y muchas otras si- tuaciones en la vida. Está claro que antes de que nosotros podamos entender las características de comportamiento del niño, debe- ríamos conocer algo de su comportamiento en casa, en la escuela, y en sus juegos. Antes de que podamos apreciar los sentimientos y ac titudes del niño hacia el dentista, deberíamos de conocer los sen- timientos y actitudes de los niños a diferentes niveles de edad -- con respecto a los adultos, sus padres y extraños. Antes de que po damos entender realmente los temores de los niños en la situación dental deberíamos conocer algo acerca de sus otros temores y de có

mo reaccionan ante ellos, (13).

2) ACTITUD NEGATIVA HACIA LA ODONTOLOGIA.

Los procedimientos dentales son muchas veces dolorosos y la imágen que tiene el niño del dentista es usualmente aterrizadora. Es por eso que una gran parte del tratamiento dental debe incluir el problema de ayudar al niño a sobreponer estos temores y a aceptar el tratamiento dental adecuado. Desafortunadamente, en el pasado, el primer enfoque del dentista era forzar al niño a aceptar el tratamiento aunque no quisiera. El niño al sentirse forzado no ayudaba en nada a mejorar la imágen del dentista. Muchas veces estas experiencias traumáticas dejaban un temor profundamente asentado dentro del niño, el cuál tomaba a su doble por ejemplo al oír comentarios por un procedimiento dental doloroso. Sin embargo, así como la profesión dental ha madurado y reconocido su responsabilidad con respecto a su paciente como persona, sus actitudes y temores, así como de sus afecciones dentales. Los niños en edad preescolar con antecedentes de cuidados médicos frecuentes, suelen transferir sus reacciones favorables o desfavorables respondiendo de manera similar a las experiencias dentales. Por ejemplo, los alérgicos o asmáticos suelen ser buenos pacientes dentales porque están acostumbrados a los médicos. Sin embargo, también puede ocurrir lo contrario; tales niños pueden resultar pacientes dentales difíciles precisamente porque han sido sobretratados por médicos (16). Los que han padecido enfermedades largas o han estado hospitalizados pueden tener miedo a las jeringas o a que "les hagan dormir". Muchos niños no saben distinguir los diferentes tipos de doctores, y una visita al dentista los puede aterrar. La fantasía de los niños en edad preescolar puede ser estimulada por el ambiente dental. Por ejemplo, el miedo a la sangre puede transferirse a alguna botella que tenga algún preparado de color rojo vista en el consultorio del dentista. Entonces el niño puede sentir despertarse conflictos emocionales, sentimientos de culpabilidad y ansiedades asociadas con episodios dolorosos no confesados del pasado. Los padres a los cuales el tratamiento dental les produce ansiedad

exagerada, con frecuencia intentan ocultarlo, pero afirmaciones ta les como "Me desagrada ir al dentista, pero nunca se lo he dicho - al niño", o "Cuando voy al dentista llevo al niño conmigo para que se vaya acostumbrando", son reveladoras. Como a los padres les es difícil ocultar completamente sus sentimientos de temor, transmiten esos temores a los hijos. Además, tíos, tías y abuelos bienintencionados, al tratar de calmar los miedos del niño aprensivo -- pueden proyectar inadvertidamente sus propias reacciones adversas a los procedimientos dentales. El padre o el pariente que prometen una recompensa para sobornar al niño rebelde antes de acudir al -- consultorio del dentista, pueden crear, sin darse cuenta, temores en el niño. Los padres con conceptos erróneos sobre la salud dental retrasan las visitas al consultorio del dentista hasta que sus hijos presentan alguna urgencia. Por desgracia, estas situaciones de urgencia todavía hacen más difícil que el niño acepte el tratamiento dental. (63).

CAPITULO II

DESARROLLO DEL NIÑO

CONSIDERACIONES EN CONCEPTOS BASICOS Y CLINICOS

1 No parece tarea muy difícil el definir lo que entendemos por crecimiento y desarrollo, pero una revisión de los muchos estudios en este campo nos permitiría comprobar que ambos términos tienen significados muy diferentes, para los que estudian estos fenómenos. Recientemente, la Sección de Crecimiento y Desarrollo del - National Institute of Child Health and Human Development definió estos términos de la forma siguiente: (25)

Podemos definir el crecimiento como un incremento del tamaño o de la cantidad, y también es un término que indica la multiplicación de la masa, que puede aplicarse a una proliferación de células, o de agregaciones de células como los tejidos, órganos, organismos, etc. Abarca intrínsecamente toda la reproducción y depende de una serie de influencias genéticas, constitucionales, ambientales, nutricionales, y endócrinas. El desarrollo se define como la adquisición de un aumento de la complejidad de función, ya sea aplicada a la diferenciación celular, a la morfogénesis de órganos, o maduración de un organismo individual, y está influido tanto por la herencia como por la experiencia, es decir, por factores nutricionales, bioquímicos, intelectuales, emocionales, sociales, culturales, etc. (25).

1) PRINCIPIOS GENERALES EN DESARROLLO.

A) Naturaleza multidimensional en desarrollo.

A cada edad le corresponden unas tareas peculiares en el curso del desarrollo. Erikson (34) ha definido acertadamente las del niño en edad escolar como el desarrollo de un sentido de industria o capacidad de utilizar las herramientas y las habilidades del mundo que le rodea en un esfuerzo para realizar tareas específicas. Aunque este desarrollo se produce principalmente por medio de las

experiencias del juego y de la escuela, es básico para el dominio de posteriores tareas de desarrollo y la integración efectiva en la vida adulta. La alternativa sugerida por Erikson (34) a la falta de un proceso favorable del desarrollo es la creciente adquisición de un sentido de insuficiencia e inferioridad. La creciente capacidad del niño en edad escolar para utilizar las herramientas y las habilidades del mundo que le rodea es, en grado considerable un reflejo de su desarrollo físico, social, intelectual y de la personalidad; y continúa: por lo tanto, será apropiado examinar el desarrollo físico, social, intelectual y de la personalidad; para así poder comprender su importancia en el moldeamiento de las potencialidades adaptativas, es decir, en su comportamiento (25).

- a) Desarrollo Físico. Durante las primeras semanas de edad hay normalmente respuestas a los estímulos externos y los reflejos tendinosos, cutáneos y oculares son expresión de ellos. Mantiene una posición flexionada y levanta la cabeza decúbito ventral. Las manos están flexionadas. El bebé de pocos meses parece tener una sensibilidad gustativa muy fina ya que es capaz de rechazar un biberón demasiado frío o demasiado caliente, o un alimento al que se le hace alguna modificación (80). A los cuatro meses de edad el niño presenta coordinación de los movimientos oculares, siendo capaz de seguir un objeto luminoso, sostiene la cabeza erguida, estira la mano para tomar objetos, lo logra y los lleva a la boca. A los seis meses de edad, el niño levanta la cabeza estando de espaldas, puede en condiciones normales, volverse, del decúbito dorsal al abdominal, transfiere objetos de mano a mano. Toma objetos pequeños. De los siete a los ocho meses de edad, es capaz de sentarse solo; más tarde empieza a gatear y a los once meses inicia la bipedestación apoyándose en el barandal de la cuna o en los muebles cercanos. Al año de edad empieza a dar los primeros pasos; cruza de una silla a otra y camina cuando se le lleva de la mano (80). A los dieciocho meses camina sin caerse, puede comer con esfuerzos precautorios en su silla de niño; construye una torre de tres cubos, toma en vaso sin ayuda, imita garabatos y raya verticalmente (80).

A los dos años, corre, sube y baja escaleras asiéndose del barandal, construye una torre de sies cubos, pide que lo lleven al baño, abre puertas, maneja bien la cuchara (80).

Tres años. Ahora camina en triciclo, pedaleando y dirigiendo, --- construye una torre de nueve cubos. Imita una cruz trazada con el lápiz, da su nombre completo, se seca las manos, se viste y des--viste incluyendo botones, come bien solo, se puede parar en un só lo pie durante dos o tres segundos. Copia un círculo.

Cuatro años. Salta y brinca. Alterna los pies al bajar escaleras. Atrapa la pelota, corta objetos con tijeras. Se trepa bien a las cosas.

A los cinco años, brinca alternando los pies. Brinca la cuerda u - obstáculos pequeños. Se ata las agujetas de los zapatos. Se para - en un pie durante ocho segundos.

A los siete años, sabe los nombres de los días de la semana, puede hacer un nudo o copiar un rombo; repite cinco cifras hacia adelano tres hacia atrás (80).

(70) Menciona éstas características sobresalientes de las diferentes edades, selectivamente de numerosos patrones o "tests" que comprenden, además de la evolución neuromotriz, los relativos al -- lenguaje, al desarrollo intelectual y a la conducta personal social

La valorización del desarrollo del niño es integral; y aunque son aspectos, sin embargo, difícilmente separables de las caracte--rísticas neuromusculares, el autor las esboza por separado (16)!

El desarrollo del lenguaje, conjunto de sonidos articulados -- conque el hombre se expresa , comprende varios procesos evolutivos en el niño. El primero, "lalación", o "balbuceo", se inicia al principio del tercer mes de edad con la emisión del algunas consonantes guturales (j,g,c). Más tarde, se considera de los siete a los nueve meses el perfodo de comprensión pura. De los ocho a los quince me--ses de edad se constituye el período de imitación (locutorio), con la emisión de las primeras sílabas: ma-má, pa-pá, etc. posteriormente, a los veinte meses de edad aparecen frases, juicios y la desig-

nación de sí por tercera persona, es el período "delocutivo"; las expresiones son abstractas y generales. Finalmente el período del lenguaje constituido aparece a los dos o tres años con el pronombre de primera persona y el perfeccionamiento de la noción sustantiva. En términos generales el desarrollo del lenguaje es más precoz en las niñas que en los niños (26).

Frecuentemente se valora poco o se ignora la importancia del desarrollo físico para el crecimiento psicológico del niño. Así como el niño desarrolla relaciones con las personas de su alrededor, también adquiere una relación con su cuerpo. La estructuración de su cuerpo, la comparación con sus compañeros de su coordinación --- neuromuscular y sus habilidades manuales, visuales y auditivas son factores, para mencionar tan sólo unos pocos, que influyen en cómo es visto el niño por nosotros e igualmente cómo se ve así mismo. Así pues, este enfoque es especialmente importante para la valoración de los problemas de adaptación del niño, puesto que la cultura recalca generalmente la edad cronológica (70).

b) Desarrollo Social . Al mes, prácticamente ninguno.

Dos meses, sonríe cuando se le habla .

Tres meses, franca sonrisa en respuesta a estímulos. Trata de tocar a las personas.

Cuatro meses, ríe cuando está contento y se enoja cuando se pierde el contacto social.

Seis meses, prefiere a la madre. Manifiesta sus gustos y disgustos. Estira las manos para que lo carguen.

Nueve meses, empieza a anticipar acciones en juegos visuales (hacerle cosquillas, escondidas, etc.). Tiene recelo de extraños.

Dos meses, realiza juegos simples con la pelota. Hace cambios posturales para ayudar a vestirlo o desvestirlo.

Quince meses, aumenta su interés por la gente, y empieza a tolerar extraños.

Dieciocho meses, imita las acciones de rutina (barrer, sacudir). juega en compañía de otros niños. Busca ayuda cuando tiene problemas. - Se queja cuando está orinado o sucio.

Dos años, pide que lo lleven al baño. Juega con otros niños. Defeca

en la tasa por sí mismo. Relata experiencias inmediatas. Le gusta que le lean cuentos con dibujos.

Dos años y medio, orina en la tasa por sí sólo. Guarda sus cosas. Conoce y dice sus apellidos. Se sirve un vaso de líquido sin ayuda.

Tres años, comparte sus juguetes. Juega bien con otro niño. Espera su turno.

Cuatro años, inventa historias. Presume. Juega en cooperación con otros niños. Va al baño solo. Se lava los dientes. No se orina durante la noche. Toma líquidos através de un popote.

Cinco años, ayuda a la madre en las labores de la casa, realiza juegos competitivos y obedece las reglas. Sabe su edad. Sabe el día de la semana. Conoce su mano derecha e izquierda (16).

Brauer (16) nos dice:

Cuando el niño tiene seis años, él solo será un miembro por decirlo así "inactivo" del grupo de amigos o "pandilla" con quien conviva, teniendo que hacer lo que los más grandes le ordenan. El está muy apegado todavía a su casa y a sus padres. Gradualmente va participando conforme se le conceda este privilegio. Al empezar a ir a la escuela - por lo general se interesa en coleccionar cosas y se le llega a encontrar en los bolsillos objetos de toda índole, así como en sus cajones, piedras, cordones, corcholatas, etc. estas colecciones pueden incluir timbres postales, cosas raras, etc.

Al avance del tiempo el niño se va convirtiendo en un ser más organizado; para el niño dichas colecciones serán de gran valor, por lo que -- los padres, maestros y gentes cercanas a él deberán de tomárselo muy en cuenta. Alrededor de los ocho a los nueve años, por lo general el niño ya es un miembro activo de su grupo y aparecen marcados cambios en sus sentimientos, pudiendo convertirse en un extraño respecto a su familia. Es aquí cuando se dá cuenta de su independencia, y comienza el rompimiento con su familia. A los niños de esta edad les encantan los secretos y los rituales. Sus rituales, habilidades y colecciones son provistas de una mágica dominación sobre la realidad. Ellos le darán gran importancia al vencer a alguien del grupo o rebelarse contra alguna autoridad del mismo. Todas son facetas de su crecimiento lo que lo llevará hacia su madurez e independencia. Dentro del grupo ó pandilla se identificará al niño con apodos. por ejemplo: "el flaco", "el --

gordo", "el cuatro ojos", "piernas de pollo", etc. A la gran mayoría de niños les fascina el poder manejar estos sobrenombres, inclusive se jactan de poseer alguno ya que así son identificados por su grupo y eso es mejor que ser ignorados. Es muy común que el niño actúe retadoramente hacia un adulto en compañía del grupo, siendo esto más marcado en niños que en niñas. Las niñas prefieren quedarse con los padres o intimidar más con sus amigas, juegan a la casita, a las muñecas, las visten, bailan, etc. A los chicos les interesa más las pistolas, las bicicletas, el jugar luchas, el pelear, jugar fútbol, basketbol, etc. En nuestra sociedad los niños están orientados a obtener el control de su medio ambiente, mientras las niñas son más pasivas y aceptan que se les oriente. Los niños a la edad de diez años no les agrada por ejemplo el vestirse bien, este grupo le dá más énfasis en imitar a alguien como hacer lo que el más fuerte hace. A la edad de doce años (claro -- con sus variaciones y excepciones) el niño ha desarrollado un aire de grandeza, y se considera completamente independiente.

Las niñas maduran a esta edad más rápido que los niños. Para esta edad ya se encuentran en secundaria y en la mayoría de los casos se han empezado a desarrollar como adolescentes en todo lo que a esto se refiere.

La sociedad del niño es en verdad una gran prueba, el chico aprende a vivir con la gente fuera de su familia. El dentista y otros empleados que laboran en el consultorio deberán tener conocimiento de esta etapa que está viviendo el niño.

Adolescencia. Las complejidades de la vida adulta y su sociedad, exigen el aprender muchas cosas, para lo cual se es inmaduro. El problema inmediato es encontrarse a sí mismo. Esto requiere del rompimiento con muchos vínculos familiares basados en autoridad, respeto, afecto, intimidad.

Se notará en el desarrollo del niño lo que se ha tomado del padre (en lo que se refiere a emociones) un sentimiento de frustración, humillación y resentimientos se harán presentes en un enfrentamiento entre el padre y el adolescente, ya que este exigirá ciertos privilegios tanto de niño como de adulto. Las áreas predilectas en disputa son por ejemplo: Las horas de llegar a casa, el atuendo, dinero, amistades y prestar el carro, la escuela, etc., por lo tanto, el adolescente se ve inmerso en una restricción de su libertad.

Las aficiones favoritas del adolescente pueden ser: deportes, lectura y cine. A las mujeres les interesa más leer y estar con la familia. Los muchachos en cambio tienden a tener más vida social (16).

El pasar por las diferentes etapas, desde la infancia hasta la adolescencia son indispensables para el desarrollo del individuo ya sea físico o intelectual .

Es muy importante tomar en cuenta esta etapa de transición, por esta razón debemos saber reconocer el potencial que cada paciente tiene por sí sólo, así como el potencial de cooperación por parte de los padres -- (80).

c) Desarrollo Intelectual. La inteligencia es la actitud o capacidad que permite los más amplios y complejos fenómenos de conocimiento; pero las funciones intelectuales no son el único sino el más específico aspecto de la actividad cognoscitiva. La inteligencia tiene equivalentes funcionales.

Reflejos e instintos tienen análoga función, pero mientras estos mecanismos pre-establecidos, que recibimos como legado hereditario, como instrumentos de adaptación a situaciones no nuevas para la especie, - la inteligencia es la que nos permite la adaptación y la resolución de problemas frente a situaciones nuevas (80).

Durante las primeras semanas de vida, el niño usa las manos y la boca como los más eficaces instrumentos para la exploración. Pero hacia -- las cuarenta semanas de edad, la boca va perdiendo importancia como órgano sensorial al mismo tiempo que la vista y el oído van logrando un lugar prominente como vías de acceso para los conocimientos la tendencia investigadora con la curiosidad, es el acicate, el motor que impulsa al niño a realizar las funciones cognoscitivas, en virtud de las cuales llegará a conocer el ambiente, y adaptarse a él, merced a este conocimiento Tal adaptación supone asimilación de elementos nuevos, aprendizaje y acomodación (modificación de la estructura personal en virtud de las nuevas adquisiciones).

(80) Afirma que la inteligencia tiene equivalentes funcionales. Entre tales equivalentes figuran el instinto y el reflejo, lo que en cierto modo

equivale a decir que hay diferentes grados de inteligencia. El hecho de que el instinto y el reflejo sean considerados grados distintos de la actividad intelectual o cognoscitiva, no supone que la inteligencia proceda de una progresiva evolución de los reflejos e instintos; sino que es una función que coexiste con aquellos, y que entra en juego cuando los reflejos e instintos fallan, por tratarse como hemos dicho, de situaciones no previstas para la especie.

Entre los equivalentes funcionales de la inteligencia está también lo que Claparade (22) llama inteligencia "empírica" o de "tanteo". Esta es una forma primitiva de inteligencia predominante en los animales, y en los niños durante los primeros meses de vida. El tanteo se caracteriza por ser una forma de actividad investigadora desorganizada -- que llega a la solución del problema por casualidad. La verdadera inteligencia es la forma de investigación llamada "inteligencia reflexiva racional" observable en la infancia, pero típica de la edad adulta. Tal forma de actividad intelectual sugiere la hipótesis como condición previa para llegar a la solución. La inteligencia como capacidad, crece durante todo el período infantil. Este crecimiento no se verifica con velocidad uniforme, sino que es más rápido en las primeras etapas que en las fases posteriores.

Examinando las diversas escalas de medida de maduración o desarrollo intelectual, (17) Carlota Bühler que encontró que entre los dos y -- tres primeros años son diferenciables niveles intelectuales equivalentes a tres o seis meses de evolución; mientras que a partir del tercer año -- las etapas son de un año de duración, y entre los diez y los dieciseis -- años de edad cronológica, de dos, tres o cuatro años.

Al iniciarse la adolescencia el desarrollo de la inteligencia es ya poco visible con las técnicas actuales de exploración psicológica. En los niños de edad preescolar y escolar predominan los aspectos concretos de la inteligencia sobre los abstractos, y hasta los ocho o nueve años de edad, los inventivos sobre los analíticos. Durante la infancia, la inteligencia crece preponderantemente de manera global, y a partir de la adolescencia el crecimiento afecta más a unos -

factores que a otros, de donde resulta una marcada especialización en la inteligencia adulta.

El pensar es una forma típica de actividad intelectual. Pensar es elaborar las adquisiciones logradas merced al ejercicio de la función cognoscitiva (62).

El pensamiento humano sigue dos caminos, el análisis y la síntesis. Espontáneamente nuestra inteligencia analiza y sintetiza para conocer. - Descompone y compone.

El pensamiento infantil, sobre todo antes de los siete u ocho años, sigue un camino distinto. Percibe de primera intención la realidad como una totalidad. El análisis y la síntesis vendrán después, si las circunstancias se lo exigen y se lo permiten.

El niño menor de siete años es capaz de análisis y de síntesis, pero en él predomina caracterizado a su pensamiento, el fenómeno de "sincretismo" (80).

El niño percibe primariamente estructuras, conjuntos, a condición de que estas estructuras sean simples, de forma bien definida fuertes (sus partes deben estar sólidamente relacionadas) y para él inteligibles. El análisis y la síntesis le exigen mayor esfuerzo, pues son formas de pensar que corresponden a etapas más evolucionadas.

Puede parecer a veces que el niño propende a la comprensión o percepción de detalles allí donde el adulto ve o realiza síntesis; pero -- si analizamos el fenómeno con cuidado veremos que lo ocurrido es que lo considerado por nosotros como conjunto, como totalidad, era demasiado -- complicado, o desprovisto de significado para él; y lo que nosotros consideramos elemento, es en realidad un conjunto más sencillo y de estructura más simple, que el niño sí comprende, y por eso es la base de su -- percepción o pensar sincréticos (80).

Desarrollo intelectual en la edad escolar.

El problema de la medición del crecimiento intelectual en los años escolares es el mismo que el de medir la estatura si no hubiera una escala en pulgadas o centímetros referida a un punto cero.

Es decir, las predicciones pueden ser totalmente equivocadas, por ejem--

plo, en el caso de un "niño precoz", quien en los años preescolares obtiene un índice alto o muy alto que luego disminuye conforme el crecimiento rápido propio de su precocidad se retarda hasta alcanzar el término medio. Por el contrario el niño tardío puede empezar su experiencia escolar con un CI (Coeficiente Intelectual, dato de extraordinario valor para la estimación del grado de evolución intelectual de un sujeto, con el que se obtiene la relación existente entre el nivel intelectual alcanzado y la edad cronológica.) modesto que luego, cuando su tasa de crecimiento intelectual aumenta, alcanza un nivel superior. Dada la posibilidad de estos cambios de la tasa de crecimiento intelectual acompañada de cambios del C.I., no es aconsejable fundamentar ninguna decisión académica importante en un C.I. que no tenga más de dos años de antigüedad. Es muy poco lo que se sabe acerca de los factores que puedan alterar la posición de un niño en la curva de crecimiento intelectual, lo que se debe principalmente a la escasez de datos sobre el curso longitudinal seguido por cada niño a través de los años. Sería particularmente necesario conocer más datos longitudinales de los grupos clínicos especiales - que se sabe están sujetos a las vicisitudes del crecimiento intelectual durante la infancia (26).

El sistema nervioso central y el crecimiento intelectual tienen una notable capacidad de adaptación y de resistencia y recuperación ante muchos tipos de insulto. En cambio el rendimiento escolar es un índice extremadamente sensible de las numerosas enfermedades de la infancia, sean somáticas psicológicas, sociológicas o de naturaleza mixta.

El aprendizaje es en parte un proceso de identificación que consiste en asemejarse al maestro adquiriendo los conocimientos de éste. Cuanto más admire el alumno al maestro, más efectivo será el aprendizaje, y desde luego, más agradable (34).

El Dr. Haim Ginott (44) en el prefacio de su libro "El maestro y el niño", nos demuestra como las palabras utilizadas por el maestro en el salón de clases puede aplicarlos de igual manera el dentista hacia sus pacientes. El Dr. Ginott en Noviembre de 1973 incursionó no solo en el campo de la psicología sino también en el de la Odontología, y en especial en el área de la Paidodoncia.

Para la valoración del desarrollo intelectual, nos valemos de los

llamados "tests", ya sean tests únicos graduados, o series de tests organizados en escalas (80).

A continuación el autor nos recomienda algunas referencias bibliográficas de las cuales se podrá obtener la información necesaria para poder determinar el desarrollo intelectual del niño: Tenemos la escala de -- Terman-Merrill para la valoración del desarrollo intelectual infantil - (77); (80) recomienda el estudio de la escala de maduración de Gesell - en los que aparecen los aspectos intelectuales de la evolución implicados en lo que el llama esferas "motriz", "Adaptativa", "lingüística" y "personal-social". Carlota Bühler (17) en sus tests de Primera Infancia (17) nos ofrece, también, un excelente método de diagnóstico de la evolución total individuo, que incluye los aspectos intelectuales.

Las escalas a las que se ha referido anteriormente estudian a la evolución intelectual en el aspecto global, como un todo.

Rara vez un tipo de test o escala es suficiente, no ya para el complejo diagnóstico del fenómeno evolutivo, sino para una exacta determinación de un aspecto aislado de la evolución por ejemplo, de evolución intelectual (66).

d) Desarrollo de la Personalidad. Más bien que hablar de personalidad del niño, es necesario referirse a los mecanismos integradores de la personalidad infantil; a la psicodinamia de esa organización. Para hablar de la personalidad conviene adoptar un punto de vista evolutivo. Todo intento de adoptar un punto de vista estructural anatómico, para el estudio de la personalidad tiene una eficacia limitada. Nuevas experiencias vitales, nuevos impulsos, nuevos estímulos rompen cada momento el equilibrio estructural conseguido, e imponen un reajuste, una re-estructuración del sistema. Al hablar de estructura -- personal en un determinado momento de la vida, usamos una metáfora. -- Así tenemos que la personalidad es un sistema de equilibrio que no -- dura, que se transforma constantemente (80).

Las teorías sobre la personalidad son innumerables y discrepan no solo en el modo de concebir los mecanismos de integración; sino en el número y naturaleza de los elementos constitutivos de la personalidad. Freud (41) distingue tres elementos: importantes en el desarrollo de la

personalidad, del niño los cuales son, el ELLO, el YO y el SUPERYO. Son éstos, llamados los tres planos funcionales. El ELLO, constituido por la Libido (impulso instintivo de naturaleza sexual) y el Instinto de Muerte (o destructivo) es el impulso o motor fundamental que, a lo largo de la vida, y por la presión del medio ambiente va a socializarse.

En este proceso de socialización del ELLO ciertos aspectos o formas de manifestación sufren un rechazo, una "represión" y quedan relegados al "Inconsciente" donde permanecen activos determinando en gran parte las formas de conducta; pero fuera del control voluntario individual, es de cir, fuera de la "Conciencia".

La parte socializada del ELLO constituye el YO que Freud, incurriendo - en evidente contradicción, define como la totalidad del psiquismo organizado (42). El Yo participa a la vez de la calidad consciente e inconsciente. Tenemos pues, una fuerza primitiva, el ELLO, que, al chocar con el ambiente, en parte se socializa, transformándose en YO, y en parte - se reprime merced a la acción selectiva de ese mismo YO, que funciona - como censura.

Un tercer plano el SUPER-YO, especie de YO ideal, de meta u objetivo, - que el YO se asigna a sí mismo y que, según Freud es el resultado de la interacción del padre, en el cual cabe distinguir dos aspectos fundamentales: uno positivo, constituido por las cualidades paternas, con las - cuales tiende el sujeto a identificarse, y otro negativo, constituido - por las cualidades o formas de conducta adultas que el niño aprende como barreras o prohibiciones para él (41).

Durante la infancia del SUPER-YO tiene una fuerza extraordinaria - como imagen del padre. El niño acepta el modelo sin discutirlo. Durante la primera infancia hay en el niño una normal sobredependencia, si comparamos al infante con sujetos más maduros. Desde la absoluta dependencia vegetativa del lactante, a través de una etapa de superdependencia psíquica, se va a llegar a la rebeldía contra los modelos, característica de los adolescentes, rebeldía que contrasta con una exagerada necesidad de apoyo, y en ese contraste estriba la peculiar angustia del ado-lescente que al mismo tiempo que busca la autonomía o independencia individual, huye de ella (41) (42) .

La agresividad es la tendencia básica sobre la que asiente la psicología Freudiana. Agresividad que se manifiesta en forma de impulso sexual (Instinto de vida) o en forma de instinto de muerte (o de reafirmación del YO).

Este conflicto empieza a manifestarse desde el crecimiento, y lo que varía es el compromiso. El tipo de equilibrio encontrado por los contendientes de esta lucha varía de individuo a individuo, de etapa a etapa. Freud hace resaltar más que las diferencias individuales, las diferencias de edad o nivel evolutivo.

El impulso sexual, la Libido, existe, según Freud, (42) desde el comienzo mismo de la vida del individuo " y aunque al principio está asimilada a otras funciones vitales y no llega a ser independiente de ellas, sino más tarde, tiene que pasar a través de un largo proceso de desarrollo, antes de que se conviertan en lo que se acostumbra a decir o considerar como vida sexual normal del adulto". Empieza a manifestarse en la actividad de un gran número de "instintos componentes". Estos dependen de "zonas erógenas" del cuerpo; algunas de ellas hacen su aparición en parejas de impulsos opuestos -- (tales como el sadismo y masoquismo), operan independientemente entre sí en busca del placer, y encuentran comunmente su objetivo en el propio cuerpo del individuo. Es la fase de "autoerotismo". Más tarde empiezan a coordinarse. En una primer etapa como coordinación resalta la boca como zona erógena. Es la época en la cual el niño encuentra placer en el chupeteo. Según Freud (42), hacia el segundo año de vida, la fase oral es substituída por la sádico anal, durante la cual el placer Libidinoso es despertado por la irritación producida por los propios excrementos, y es sólo después de la tercera etapa, cuando se llega al fin a establecer la primacía de los genitales.

Cuando el niño se acerca a la Segunda Infancia, la Libido, que continúa siendo autoerótica y se ha fijado en determinadas zonas (pecho - mejillas, región glútea, ano, boca, etc.), empieza a utilizar nuevo órgano para la búsqueda de placer sexual, la vista, despertándose el interés de mirar y ser mirado (41) (42).

Después del estado de autoerotismo la Libido se muestra al exterior. El primer objeto de amor, en el caso de ambos sexos es la madre, y parece probable que al principio el niño no distinga el órgano de nutrición de su madre, de su propio cuerpo. Más tarde, pero todavía en los primeros años de infancia, se establece la relación conocida como "Complejo de Edipo" (42).

Los niños concentran sus deseos sexuales en la madre y desarrollan impulsos hostiles contra el padre, como si fuera un rival. En las niñas se establece un doble impulso de relación erótica de amor al padre y odio hacia la madre, que autores posteriores a Freud han denominado "Complejo de Electra" (42).

Los impulsos sexuales que durante los cuatro o cinco primeros años de la vida tienen las características que acabamos de describir, y que en esa etapa muestran una gran vivacidad, son ahogados por la represión, y después del periodo exhibicionista existe un lapso considerable de tiempo, en el cual no se observa ninguna manifestación objetiva de la sexualidad infantil. Es el llamado periodo de latencia que persiste hasta la pubertad y en el cual se forman los elementos reaccionales denominados moralidad, vergüenza, y repulsión.

En la pubertad se reaniman los impulsos y objetivos de los primeros años del niño y entre ellos los lazos emocionales de los complejos de Edipo y Electra. La vida sexual de la pubertad es una lucha de los impulsos de estos primeros años y las inhibiciones del periodo de latencia. Antes que esto y mientras que el niño está en el punto culminante de su desarrollo infantil, se establece cierta organización genital; pero sólo en el macho actúan los genitales, en tanto que en la hembra permanecen velados. Es el periodo de primacía "fálica". En esta etapa el contraste entre los sexos no está determinado por los términos de "macho o hembra"; sino por el de poseer pene o ser "castrado". El complejo de "castración" que surge así es de la mayor importancia, tanto en la formación de la personalidad como en la neurosis (40).

Cuando la pubertad se acerca, el niño vuelve automáticamente a la fase de autoerotismo con todas sus manifestaciones y además por todas las barreras que el mundo opone a otros tipos de satisfacción sexual, se refugia en la satisfacción "Onanista" y "masturbadora", pe-

ro la evolución de la Libido persiste. La segunda etapa autoerótica es superado y esta vez la Libido elige el objeto sexual fuera del núcleo familiar, ya que la educación y la moral le impiden ahora fijarla en sus progenitores.

Residuos infantiles pueden dar lugar a la existencia de este período de manifestaciones de ambivalencia sexual (42).

(80) Nos dice que según Adler, disidente de escuela psicoanalítica freudiana, y fundador de la corriente psicológica que ha recibido el nombre de Psicología Individual, la clave de la dinámica de la personalidad es también un conflicto; pero Adler, en lugar de mirar el aspecto intra-individual del conflicto, que es lo que hace Freud, enfoca su atención hacia el individuo y su dinámica considerado como un todo individuo sensible, y la situación ambiental. Adler nos muestra el lado externo de la lucha entre el individuo y la Sociedad. Freud nos descubre el lado interno. Adler, como Freud, afirma la existencia de impulsos vitales primarios que necesitan socializarse; pero en lugar de hacer el eje de su teoría del impulso sexual, destaca la función de lo que él llama "voluntad de poder" o de "dominio" (80).

Se explique la Personalidad con la teoría de Freud o con la de Adler, en el núcleo central de ésta aparece el conflicto entre los impulsos tendencias básicas del individuo y la presión ambiental. Los modos de resolución de este conflicto son personales, pero susceptibles de reducirse a tipos.

Son estos modos los que constituyen los rasgos de la Personalidad, de terminantes de las pautas reaccionales o modos de conducta (80).

Entre estos rasgos destaca en primer término el llamado tipo de vivencia o de contacto con el medio ambiente.

(80) Dice que enfrentando el sujeto al mundo ¿Qué actitud adopta, se retira, o se acerca?; es decir, ¿se introvierte o se extrovierte?, diríamos usando la terminología de Jung (80) o bien (siguiendo la terminología adoptada por el psicodiagnóstico Rorschach (80) asume una actitud activa, introversiva, merced a la cual proyecta su YO hacia el exterior tratando de adaptarse al medio ambiente merced a la modificación de este último; en lugar de extrovertirse, o sea, de adoptar una actitud pasiva que supone él, el sujeto, el que se amolda al ambiente que exige su adaptación (80).

En el niño predominan las reacciones de tipo extroversivo sobre las de tipo introversivo, por ésto se dice de él que es sobre dependiente, fácil de influir por los modelos, lábil o inconstante en sus estados afectivo, abierto a las influencias del mundo ex--terno, falta de autonomía.

El niño tiene miedo cuando los que lo rodean están asustados, se inquieta y adquiere una estructura personal frágil e inestable si le rodean personas nerviosas; tranquilo y equilibrado en un am---biente de quietud y equilibrio.

Contrastando con este rasgo y en aparente contradicción con el, - en el niño hay un típico autismo más acorde con el concepto de - introversión de Jung. El niño vive su vida en un mundo que él crea para su uso personal, en un mundo de fantasía, un mundo de juego. Cuando el mundo exterior le es demasiado extraño, demasiado aleja--do de sus intereses, su tendencia extroversiva no le alcanza para adaptarse, y entonces se retira, refugiándose en un mundo de irrealidad donde todo es posible y donde sus deseos y tendencias insa--tisfechas en el mundo real de los adultos, encuentran campo apro--piado para su satisfacción (80).

Los niños como actores, difieren en gran manera en su modo de comportarse en su papel. Muchos, con una cómoda seguridad aceptan el papel que se les ha asignado. No pocos son trágicamente ineptos para el papel que se les ha destinado: de sexo equivocado, demasiado atrasados, demasiado individualistas, demasiado insubordinados, débiles para la lucha titánica o demasiado ávidamente audaces para un papel que requiere de docilidad. Algunos niños van constantemen--te a tientas, tratando de hallar en su confusión el sentido de sus papeles, mientras que otros, crecen, van a la escuela, trabajan se casan, tienen hijos, sin llegar ni siquiera a tener más ligera ide--a del porqué de todo ello (80).

e) Impresión de salud del Niño; La impresión de salud del niño la obtendremos básicamente de:

- 1) Lo clínicamente observable en el .
- 2) La información obtenida en la historia clínica. Es obvio mencio

nar la función tan importante de la recopilación de datos clínicos (ya que nos proporcionará los hechos esenciales referentes a la salud física y emocional del niño, y nos ayuda a preveer la respuesta del niño a las visitas de consultorio dental).

La salud del niño puede ser valorada en parte por las observaciones del crecimiento y desarrollo y así obtener una impresión -- del estado del paciente (64).

"El niño pequeño que no sabe jugar, tiene algún problema". (26). Hartman (46) cita la siguiente frase de Bally, escrita en - - 1926. El niño para desarrollar su capacidad de juego necesita cuidado y protección de los enemigos"El juego del niño revela mucho - sobre los pasos sucesivos del desarrollo emocional e intelectual, y por supuesto, esta información sólo la obtendremos de una buena historia clínica (proporcionada por los padres) y de una observación minuciosa del comportamiento del niño por parte nuestra. El estudio de las actitudes y sentimientos de los niños será tan - importante como saber reconocer alguna enfermedad (43).

f) Asesoramiento en el desarrollo del niño. Ante una desviación del desarrollo, el dentista que trata niños, debe recurrir al médico (pedir una interconsulta) del paciente, para que nos asesore al respecto. Se trata de un médico general o de un especialista, nos podrán responder preguntas sobre el aparato somático, fisiológico y mental del niño, como también nos podrán -- auxiliar, los capacitados en esto, para valorar las influencias del ambiente, especialmente del ambiente humano, así como las - características de los niños en sus diversas fases del desarrollo.

Este asesoramiento puede y debe ampliarse, ayudándonos también de psicólogos, trabajadores sociales y de un número cada vez mayor de médicos expertos en campos especializados. Nuestro papel, muy importante, consistirá con frecuencia en coordinar las observaciones y estar informados de un determinado programa terapéutico dictaminado por el médico (26).

El médico que cuida al niño es el que se halla en mejor posición - para darse cuenta de las dificultades del desarrollo, El reconocimiento precoz de éstas permite en muchos casos el tratamiento que alivie o resuelva el problema (26).

Aparte de la importancia que tiene el reconocer alguna desviación en el desarrollo del niño, la comprensión de ese desarrollo, hace que la supervisión de la salud del niño sea mucho más satisfactoria para nosotros y aún más para los padres (26).

CAPITULO III

COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO

1) Clasificación de los niños cooperativos.

A) Formas de clasificar el comportamiento cooperativo del niño.

Para poder realizar alguna clasificación acerca de la conducta o comportamiento del niño en el consultorio, nosotros debemos de tener en cuenta ciertos factores determinantes que influirán directamente en ese comportamiento, los cuales son:

- a) Emociones primarias. En este factor intervienen ciertas situaciones emotivas que pueden alterar en determinado momento la conducta del niño, como lo son: el amor, el temor y la cólera (24).
- b) Patrones de conducta a diversas edades. Cada niño es individual y difiere su comportamiento a diferentes edades, y uno de otro.
- c) Conducta de los padres. La relación existente entre padres e hijos es fundamentalmente para la estructuración de la futura personalidad del niño, y por lo mismo se ve afectada o alterada la conducta que los padres adopten hacia el niño, en este caso se verá reflejada en circunstancia que rodea al medio dental (13).

B) Cooperatividad. El comportamiento poco cooperativo de un niño en el consultorio dental, está generalmente motivado por deseos de evitar lo desagradable y doloroso, y de lo que el pueda interpretar como una amenaza para su seguridad y bienestar. Puesto que los niños actúan por impulsos, el miedo al dolor pueda manifestarse en una conducta desagradable, sin que esto tenga relación alguna con la razón o con saber que existen pocas razones para asustarse (39). A pesar del deseo que pueda tener el niño de cooperar, se le hace imposible ser complaciente en presencia de un miedo insoportable al dolor. Puesto que el miedo proviene de un nivel cerebral inferior a la razón, se comprende que se manifieste con base más emocional que intelectual, y por lo tanto, no se puede interpretar basándose tan solo en el uso de la razón.

Si se maneja adecuadamente al niño, es muy raro que no se pueda

obtener cooperación de su parte. Mucho depende de como impresione el dentista al niño, y de cómo va a ganar su confianza. Cuando se ha establecido la relación, será el momento de actuar (39).

- C) Falta de habilidad cooperativa. La falta de cooperación o de habilidad cooperativa de un niño en la situación dental, básicamente esta determinada como se mencionó anteriormente en la conducta que adopten los padres hacia el niño, y se resumen tres - aspectos fundamentales que son: la comprensión, disciplina y autoridad (16).

Así tenemos que hay padres "extremistas" en cuanto a las actitudes que toman hacia sus hijos (13).

Los padres que demuestran afecto excesivo hacia el niño (por lo general se trata de hijos únicos que padecen o han padecido alguna enfermedad crónica) tendrán en ese niño a alguien que asuma una conducta de inadaptación y cobardía (13).

El niño sobreprotegido será caprichoso y egoísta.

Los padres demasiado indulgentes presentan niños miedosos, que tienen dificultades para adaptarse al medio social que les rodea. La ansiedad excesiva por parte de los padres repercute en el niño con una conducta excesivamente dependiente, de cobardía y timidez.

Padres autoritarios. como resultado tendremos a un niño negativo, retraído, temeroso y tímido.

Los padres indiferentes, tendrán niños con falta de dignidad, - estos también son tímidos y cobardes.

El rechazo o repudio de los padres se manifiesta en los niños - con una conducta de agresión belicosa, rebeldía y de negativismo (13).

- 2) Potencialidad cooperativa en el comportamiento.

Está involucrado en base a lo considerado anteriormente como la actitud de los padres, la conducta del niño en casa, su desarrollo social, y su reacción al consultorio (24).

a) Comportamiento incontrolable. Todo operador que ha trabajado con niños habrá experimentado el tratar con un niño malcriado o incontrolable, el cual es el resultado de padres demasiado indulgentes, y en algunos casos de rechazo.

Este niño tiende a quejarse, patear, oponer resistencia, o puede hacer "berrinches" pateando en el suelo, todo con el fin de que sus padres lo saquen del consultorio.

El enfoque que se dé a este caso será muy importante para poder manejar al niño, de eso dependerá el éxito o fracaso del dentista.

Es muy frecuente el perder pacientes por no saber manejar esta situación, y todo por decir "lo dejaremos ir, le damos otra cita y veremos como reacciona la próxima vez", esa próxima vez por lo general no difiere en nada, así que no se gana nada para poder tratarlo (16).

Muchos dentistas ante tal situación optan por avergonzar o ridiculizar al niño, lo cual se considera una psicología muy pobre. Además todo es una pérdida de tiempo. Incluso algunos padres ante esta situación sugieren algún arreglo especial, como el de pagar un período de tiempo de entrenamiento para el niño en el consultorio con el fin de que acepte el tratamiento, sobre todo cuando es imperioso realizarlo.

Algunos niños no se niegan o no oponen resistencia a la visita inicial, pero al entrar de lleno al tratamiento dicen: "No quiero abrir la boca" o "No quiero que uses nada en mí, comienzan a moverse, se resisten y realizan escenas (16).

El manejo de este tipo de pacientes será discutido en capítulos posteriores, por medio de técnicas como control de voz, restricción física, medicación o de hospitalización. De igual manera podría tratarse al niño con un comportamiento desafiante, lo mencionaremos a continuación (16).

b) Comportamiento desafiante. Algunos pequeños, en especial niños quienes han recibido una protección excesiva por parte de sus padres, desafían al dentista al tratar de "tratarlos". Estos niños no lloran, y raramente hablan mucho. Una de sus más comunes expresiones es "No abro mi boca", otros dicen "No quiero ningún -

tratamiento dental en mí, no me importa esto".

(16) Una actitud arrogante caracteriza a estos niños. Si se requiere de su cooperación, podemos seguirle el "juego", y recurrir a su fanfarronería para lograrlo. Este niño sabiéndolo tratar podrá ser un excelente paciente en corto tiempo (16).

- c) Comportamiento tímido. Los niños pueden ser llorones, tímidos o miedosos por un gran número de razones; por falta de desarrollo o convivencia con el medio externo, es decir, fuera del hogar, por falta de afecto por parte de los padres, o por tratarse de un hijo único. También puede ser por las actitudes severas de los padres hacia él.

Este grupo de niños puede clasificarse como psicológica y emocionalmente inmaduros, y por lo tanto, niños dependientes (16).

Es fácil detectar al niño llorón, él busca ocultarse tras las faldas de su mamá, mira hacia el suelo o en otra dirección al dirigirnos a él, sus respuestas son mínimas al requerirlas. Además es poco cooperativo, necesita estar protegido. Estas reacciones son muy comunes en niños preescolares, particularmente en quienes no han tenido experiencias médicas anteriores. También se remarca en niños de procedencia rural o semirural, los cuales por lo general han tenido poco contacto con la gente de zonas urbanas (39).

- d) Comportamiento tenso-cooperativo (Ansiedad excesiva).

Esta actitud se caracteriza por una preocupación excesiva de los padres por el niño, como resultado de alguna tragedia anterior en la familia, que fue como consecuencia de alguna enfermedad o accidente. Se asocia generalmente con excesos de afecto protección y mimo. No se le permite al niño que juegue o trabaje solo. Se exageran muchas enfermedades que tienen poca importancia y frecuentemente se les hace guardar cama sin necesidad. Estos niños son generalmente tímidos, huraños y temerosos. Se preocupan cada vez más por su salud y les falta carácter para tomar decisiones por sí mismos. Por lo general son buenos pacientes si se les sabe instruir para hacerlo. Sin embargo es posible que ten--

gan ciertos problemas en vencer sus temores. Pero si se alienta y se le da confianza al niño, reaccionará de manera favorable (39).

3) Influencia del medio dental en las variantes del comportamiento del niño.

A) Variantes principales.

- a) Ansiedad materna. Es muy raro encontrar una madre que lleve a su hijo al dentista sin aprensiones ni desconfianza sobre cual será reacción del niño al tratamiento.

Influencia directa tendrá la ansiedad materna en el comportamiento del niño en el consultorio dental. Como se dijo, un niño bajo esta actitud por parte de la madre, generalmente será un niño temeroso, huraño y tímido.

Muchos estudios se han efectuado sobre la conducta del niño en relación directa con el nivel de ansiedad de la madre en el momento de la consulta (60) (21) (39). Los cuales nos demuestran la importancia de entender el papel que desempeña el stress y la ansiedad en la conducta del niño.

- B) Variantes menores. Básicamente tenemos la actitud negativa que existe hacia la odontología (63), es decir, comentarios escuchados por el niño ya sea por parte de los familiares o de amigos y compañeros de escuela.

Otro aspecto importante será la personalidad del niño, como también los de salud tanto física como psíquica de que goce el niño al momento de la visita al dentista.

Todo ello influirá de manera negativa o positiva en el comportamiento del niño (61).

4) Aspectos prácticos de la investigación de la ciencia del comportamiento.

Con frecuencia, la misma complejidad de la conducta humana ha llevado a la desesperación, incluso cuando se aplican reglas emanadas de las pruebas científicas. En tal virtud, se han aplicado tratamientos más bien fortuitos a la condición humana.

En parte, son las exigencias de la acción rápida las que han de terminado ese enfoque, en parte han sido razones históricas - cuando se demanda acción inmediata sobre problemas sociales importantes, los programas no científicos llevan ventaja sobre la tarea de cuantificar y documentar los progresos reales, cosa difícil que además requiere tiempo. Por otro lado, las exigencias prácticas que imponen la escuela, el hospital, el mismo consultorio dental y otras instituciones han hecho difícil la tarea - de recolectar datos detallados, al tildarlos de imprácticos e inconvenientes (79).

Sin embargo, existen ahora técnicas moderadas para el análisis experimental de la conducta, que son adecuadas para construir - una ciencia de la conducta humana en la cual es factible basar una tecnología. No hay necesidad de suavizar las reglas de la evidencia o de no prestar atención a los detalles del tratar con la conducta humana. Dada una ciencia de la conducta, la relación ocasional, anecdótica, de la conducta se vuelve un asunto de interés puramente heurístico.

Los estudios que se han realizado específicamente hablando de odontología, dan cuenta del desarrollo satisfactorio que ha tenido la tecnología de la conducta. La comprensión de las prácticas que se siguen hoy en día y la evolución tecnología futura dependen de que tan precisamente observemos los resultados de los - procedimientos actuales, de que tan explícitamente pueden expresarse esas operaciones y de que tan bien estemos preparados para observar resultados sutiles e inesperados. A su vez cada una de estas cosas dependen de cuán firmemente fundemos y comprendamos el análisis de la conducta humana, tanto experimental como aplicado (79).

CAPITULO IV

INFLUENCIA DE LA FAMILIA

- 1) **Ansiedad de la madre.** La ansiedad del niño y su comportamiento claramente negativo están íntimamente relacionados con ansiedades de los padres.

Los temores por imitación pueden transmitirse sutilmente, y la madre puede hacer muestra de ello y el niño adquirirlo, sin que ninguno de los dos se de cuenta; son temores que ocurren regularmente y por lo tanto difíciles de eliminar. Una emoción, como por ejemplo ansiedad, que se observa en el rostro de la madre, puede impresionar más que una sugerencia verbal.

Una madre que teme ir al dentista y que siempre va presa de -- una gran tensión emocional, transmite inconscientemente ese -- miedo a su hijo que la observa (39).

Es bien conocido el papel de la madre en la superación de temores tempranos. Arsenian (7) ha demostrado el papel de la madre como fuente de bienestar y seguridad para niños de incluso un año de edad.

Harlow y Zimmerman (48) demostraron con monos huérfanos de corta edad, que una madre falsa pero satisfactoria, podría satisfacer temores inducidos en poco tiempo, mientras que una madre falsa pero insatisfactoria producía disturbios emocionales definidos que persistían en un tiempo indefinido cuando se exponía a los monos al objeto que les producía temor.

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

La relación madre-niño es a la vez biológica y social.

La mayoría de las interacciones sociales del niño se presentan íntimamente asociadas a la satisfacción de sus necesidades biológicas, mientras que la relación emocional se manifiesta al principio, fundamentalmente a través del contacto físico. Erikson (35) ha subrayado especialmente la importancia de la adaptación mutua entre madre e hijo en el desarrollo de la relación. Se cree que el niño llega a conocer a la madre gracias a la repetición frecuente de sus respuestas a sus necesidades; el niño experimenta molestias a causa del hambre, el frío, etc. y llora, lo que lleva junto a él a la madre, quién hace algo para que vuelva a sentirse cómodo, ésta experiencia, combinada con el desarrollo ulterior de su aparato perceptivo, conduce gradualmente al reconocimiento de quién es la persona que trae comodidad y placer.

- 2) Preparación del niño. El manejo adecuado de los niños en el consultorio dental es responsabilidad del dentista y la debe asumir sin dudar, si quiere cumplir con la obligación que tiene hacia sus pacientes y su profesión. También está claro que condicionar a los niños hacia el dentista y servicios dentales es responsabilidad de los padres.

Antes de que el dentista esté en posición de aconsejar a los padres sobre la preparación psicológica adecuada de sus hijos debe comprender los problemas que intervienen. Debe estar enterado de la formación de personalidad y como se desarrollan ansiedades.

La preparación emocional del niño, hecha de manera inteligente, proporcionará una de éstas ventajas esenciales, porque puede decidir que tenga éxito o no (13).

Debe enseñarse al niño que el consultorio dental no tiene por qué inspirar miedo. Los padres jamás deberán tomar la odontología como amenaza. Llevar al niño al dentista no deberá nunca implicar castigo, ya que al emplearlo así crea indudablemente miedo al dentista. Por otro lado, si el niño aprecia al dentista, el miedo a perder su aprobación puede motivarlo para a-

ceptar la disciplina del consultorio.

La influencia de los padres es de importancia vital en la actitud del niño hacia la odontología. Es imperativo que los padres informen a sus hijos sobre lo que pueden esperar del consultorio dental. El niño debería conocer de manera general los procedimientos que podrían serle aplicados y el aspecto y descripción del equipo de laboratorio antes de la primera visita dental. En la odontología actual, no se debe infligir dolor innecesario. Ningun padre, por lo tanto, deberá de decir a su hijo que va a experimentar dolores intensos. Pero tampoco debe minimizar ó mentir sobre las molestias de la odontología. Debe emplearse honestidad sin exageraciones emocionales (39).

- 3) Factores socioculturales. Aunque las influencias de los padres son las más profundas en materia de sugestión, los niños pueden adquirir miedos sugeridos de amigos ó compañeros de juego, ó de materiales como libros, periódicos, dibujos animados, radio, televisión. La eficacia de éstas influencias dependerá de la fuerza y repetición de los estímulos y de la sugestibilidad del niño. Por lo general, un niño miedoso temerá a todas las personas y cosas (39).

(39) Es bueno recordar que independientemente del condicionamiento, los niños normales con experiencia similares mostrarán gran variedad en la adquisición y reacción al miedo, cada niño es un individuo y reacciona de manera individual, -- gran parte de la reacción dependerá de las capacidades innatas físicas y mentales del individuo. Un niño que está físicamente sano, con funciones endócrinas normales, responderá de manera más activa que el niño con hipofunciones glandulares. El niño mentalmente alerta, responderá más inteligente y rápidamente que individuos retrasados mentalmente. A veces, se encuentran situaciones en las que dos niños, sometidos al mismo estímulo ó experiencia y con iguales capacidades mentales, reacciona en direcciones opuestas por ejemplo, uno mostrará valor y tratará de combatir a la gente casual, mientras

que el otro responderá con alarma y tratará de huir. Estas - diferencias humanas deberán ser comprendidas por los padres cuando enseñan a los niños individualmente para que acepten procedimientos comunes como los dentales y para que los tomen como una experiencia normal relacionada con la salud (13). Se ha observado que los niños inteligentes muestran más miedo - que los demás tal vez por ser más conscientes del peligro y mostrarse más recios a aceptar seguridad expresada verbalmente, sin presencia de pruebas.(39) Por ejemplo a la edad de seis años los niños suelen tener espíritu agresivo y aventurero y actitudes amistosas. Las niñas, por el contrario tienen a ser mucho más reservadas. Una conciencia de las diferencias culturales es de principal importancia al evaluar la entrevista. Ciertas situaciones como, por ejemplo, nacimientos ilegítimos, son mal vistas en ciertos grupos étnicos, en otros son aceptadas como hechos cotidianos.

En ciertos grupos étnicos, la actuación sobresaliente en la escuela es estimada por encima de todo lo demás, en otros, no es usual un impulso en favor de la excelencia en el trabajo personal.

Una actitud descuidada hacia la asistencia a la escuela que podría considerarse como la regla en un grupo étnico sería - una cuestión grave en otro (13).

4) Relación con los padres.

Las relaciones con los padres e hijos se cuentan entre las - principales relaciones interpersonales. (39) Énfasis a las - relaciones entre padre e hijo por ser las más íntimas, y por lo tanto, las más potentes para determinar el comportamiento emocional del niño (39).

Cuando se consideran el número y la variedad de factores emocionales que se manifiestan en actitudes de los padres, tales como afecto, indiferencia, hostilidad, rivalidad, dependencia, dominación, sumisión; es impresionante la gran varie

dad de factores que pueden modificar la personalidad individual del niño. Si las actitudes de los padres son defectuosas, el comportamiento del niño puede alterarse, hasta el punto de convertirlo en un paciente dental insatisfactorio. Por otro lado, si los padres muestran actitudes saludables hacia sus hijos, los niños serán bien educados, se comportarán bien y, por lo general, serán buenos pacientes. Las actitudes de los padres por lo tanto, pueden determinar que un niño sea amigable, hostil, cooperador o rebelde. En la mayoría de los casos, el comportamiento del niño en el consultorio dental es un excelente indicador de las actitudes que tienen sus padres hacia él (39).

Nunca se dará suficiente importancia a la necesidad que tienen los niños de vivir con adultos emocionalmente maduros. Puesto que los niños adquieren madurez emocional de sus padres, no se puede esperar comportamientos emocionales maduros de niños que han sido educados por padres inmaduros emocionalmente. No se puede esperar que los niños desarrollen personalidades aceptables por sí solos si sus padres están tratando de resolver conflictos emocionales propios a través de ellos. El niño en crecimiento y desarrollo aprende a través de ejemplos, y si los padres no les proporcionan estos modelos necesarios, pueden adquirir por otro lado otros menos convenientes. Pero si los padres son emocionalmente maduros y viven una vida coordinada feliz, el niño generalmente llegará a ser emocionalmente maduro (13).

Frecuentemente, los padres adoptan una actitud hacia sí mismos y otra hacia sus hijos. Esta falsedad no es eficaz. Los niños tienen poderes de observación muy agudos y no se les puede engañar mucho tiempo. No hace falta ser perfecto para ser un buen padre, si ambos padres muestran una perfección irreprochable, el niño no tendrá oportunidad de observar equivocaciones y su rectificación. Si ambos padres son perfectos, el niño no tendrá experiencia para combatir las vicisitudes de la vida y será incapaz de alternar satisfactoriamente con miembros de la no tan perfecta familia del Homo Sapiens (13).

Todo niño tiene necesidades fundamentales de amor, protección, aceptación, estimación propia, independencia, autoridad, limitaciones, consuelo y apoyo. Estas necesidades deberán de satisfacerse para que cada niño llegue a la madurez como individuo bien centrado. Es necesario amor para darle al niño la sensación de que se le desea. Le dá confianza en sí mismo y en su capacidad para hacer frente al medio que lo rodea. La disciplina, por otro lado, indica al niño hasta donde puede llegar, impone límites a los confines de su libertad, pero dentro de esos límites será completamente libre. El niño indisciplinado no tiene esa libertad de acción porque no sabe en que punto sus actos pueden crearle problemas.

Cuando no existan restricciones al comportamiento de los niños a menudo se producen sentimientos de culpabilidad, se vuelvan hoscos, temerosos y ansiosos. El primer contacto del niño con la autoridad son los padres. La manera en que es manejado determinará su comportamiento en general hacia la autoridad. La autoridad deberá ser ejercida de manera protectora y amorosa, nunca de manera excesiva. La autoridad ejercida adecuadamente dará confianza. La autoridad consistente y cariñosa es muy preferible a la rígida, inconsistente o punitiva. Cuando los padres satisfacen exageradamente las necesidades emocionales, el niño tiende a crecer con conflictos emocionales, y creará problemas a sus padres y a las personas con quienes entre en contacto. Si el niño llega al consultorio dental con padres aturdidos y desaliñados, que se quejan de que su hijo no quiere cooperar, a pesar de que han sido padres ideales, se puede ver que gran parte de la dificultad se debe a la atmósfera emocional que existe en su casa. Todo niño tiene derecho a tener en casa una atmósfera que le lleve a un desarrollo emocional normal, ya que el comportamiento humano se determina más por factores emocionales que por intelectuales. Para que un niño crezca y se comporte de manera normal, el medio emocional que lo rodea deberá estar dentro de los límites de la normalidad (13).

Existen razones definidas para explicar las actitudes extremas que ciertos padres toman con sus hijos. Los padres toman ciertas actitudes dándose perfecta cuenta de que no están creando ambientes favorables para el niño, y sin embargo, no se preocupan demasiado por las consecuencias. Otros padres tienen estas actitudes defectuosas, pero sin darse cuenta de sus sentimientos hacia los hijos, y olvidan el hecho de que el niño puede resultar dañado emocionalmente por ellas. Basta decir que los problemas que crean los padres por actitudes erróneas, pueden alterar el comportamiento del niño haciendo que su manejo en el consultorio dental resulte sumamente complicado (39).

A) Posición cronológica entre hermanos, sexo.

Las actitudes que unos niños tienen hacia otros están formadas principalmente por los padres. Estas actitudes pueden variar según el número de hijos y su cronológica en la familia. Así el hijo más joven es el que tiene más dificultades con las actitudes de los padres. El hijo mayor, por el contrario, ha nacido para una posición de mando, porque aunque los padres puedan carecer de experiencia, tienen el entusiasmo y el aguante juvenil que es a veces tan necesario para administrar una disciplina adecuada y justa. El hijo mayor, es a menudo conservador y de comportamiento moderado. Se portará bien si sus padres son inteligentes y comprenden sus propias actitudes. Si el hijo más pequeño nace con varios años de diferencia, tendrá tendencia a ser más mimado por sus padres o hermanos mayores.

El hijo único o adoptado puede recibir demasiada indulgencia por parte de sus padres, tiende a ser antagonista, desobediente, egoísta y dado a ataques de mal genio. Esto no es necesario, si las actitudes de los padres hacia él son moderadas, entonces el niño estará bien centrado.

Las relaciones entre hermanos, aunque no son tan importantes como las relaciones con los padres, también influyen en el comportamiento del niño. Entran a formar parte del niño la do

minación de un hermano mayor o el dominio del niño sobre un hermano más pequeño. La rivalidad que pueda existir entre hermanos por el efecto de sus padres así como la predilección de los padres hacia los hijos de acuerdo al sexo de cada uno, - puede influir en el patrón de comportamiento del niño (13).

5) Recursos de no cooperación

a) Padres o madres solteros.

Todo niño necesita amor y afecto. Sin embargo a causa de ciertos factores emocionales relacionados con experiencia o dificultades presentes, el impulso protector de los padres puede volverse excesivo e interferir en la educación normal del niño, como lo es el caso de madres o padres solteros. Es aquí - donde a menudo el niño está excesivamente protegido, por lo - tanto, no puede tomar decisiones o tener una iniciativa pro-pia. La madre ayuda al niño a vestirse o alimentarse y toma - parte activa en sus actividades sociales (es frecuente encontrar situaciones completamente antagonistas a lo que se está mencionando). Juegos y trabajos se ven restringidos por miedo a daño físico, enfermedades o adquisición de costumbres inde-seables de sus compañeros de juego (39).

Este exceso de protección maternal puede manifestarse por dominio extremo o indulgencia excesiva. Según Bakwin y Bakwin (39) parece que no existen términos medios. El que los padres, en especial la madre, se vuelvan demasiado indulgentes o demasiado dominantes depende de la disposición innata del niño y de como reacciona al comportamiento anterior de la madre ha--cia él. Parece que hay una reacción de comportamiento adversa a la de los padres.

Es muy frecuente en estos casos encontrar diferentes grados - de rechazo de los padres hacia los hijos, llendo desde una ligera indiferencia a causa de trabajo u otros intereses, hasta rechazo completo por problemas emocionales. El padre que es - algo indiferente, tiene hijos que se sienten inferiores y ol-vidados. No están seguros de sí mismos ni de el lugar que ocu

pan en la sociedad. Desarrollan resentimientos, se vuelven poco cooperadores, se retraen en si mismos sin amar ni interesarse por nadie.

Los hogares deshechos pueden ser dañinos para formar una buena personalidad. Pueden llevar a sentimientos de inferioridad, de inseguridad, de apatía y depresión. Sin embargo, los hogares deshechos son menos destructivos para la formación del carácter que los hogares con conflictos crónicos y desajustes completos. Un hogar armonioso es aquel donde los hijos son queridos. Un hogar excelente para la formación de carácter y personalidad (13).

b) Información obtenida.

Además de las preguntas usuales acerca de los padecimientos de la familia, enfermedades y tratamiento psiquiátrico, puede obtenerse a menudo valiosa información por un conocimiento de la edad de los padres, su educación, sus creencias religiosas, sus negocios profesionales e intereses sociales. Los padres que han tenido que esperar mucho tiempo después del matrimonio para tener un hijo ó que se han casado tarde es probable que sean afectuosos y protectores en exceso. Por otra parte, en casos en que no se deseó el embarazo ó cuando el niño nació de padres jóvenes antes de que ellos estuvieran emocionalmente maduros para aceptar la paternidad, no es improbable la indiferencia ó el rechazo de los padres. Grandes diferencias entre la edad de los padres y en creencias religiosas ó en información cultural pueden provocar distenciones entre ellos y, en consecuencia, trastornos en el niño. Con frecuencia, es esclarecedor preguntar las experiencias de los padres en la infancia. Aunque generalmente reticentes sobre sus relaciones conyugales, muchas personas hablan fácilmente sobre su vida familiar antes de casarse. Como podría esperarse, los padres que recuerdan su niñez como feliz es menos probable que tengan dificultades con sus hijos que los que tienen memorias de sagrables de sus primeros años de vida. El padre que ha tenido que luchar mucho para obtener bienestar económico es probable que proteja en exceso y mime a sus hijos, tratando de -

protegerlos de las privaciones que sufrió él. Por el contrario, algunos padres, en la misma situación, se resiente de la forma fácil y sin esfuerzo con que sus hijos aceptan las bendiciones de la vida.

(13) Para aprender sobre las relaciones entre los padres, puede preguntarse ¿Hay algo en el hogar que podría trastornar al niño?. La pregunta, por lo general se entiende, pero, si no, - podría ampliarse de éste modo: la mayor parte de las parejas - tienen sus episodios de desacuerdo, y ¿Ustedes? (13).

CAPITULO V.

SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO.

Los malos tratos físicos dan lugar a un síndrome pediátrico tan concreto como el resultante de las malformaciones congénitas, y que puede presentar desde formas leves y apenas reconocibles a las más graves, incapacitantes y a veces mortales: Como en la mayor parte de la práctica pediátrica odontológica, el diagnóstico debe establecerse por observaciones objetivas, aunque pueden solicitarse datos anamnésticos de confirmación. En el caso de llegar a sospechar de un maltrato físico sería de gran utilidad pedir una interconsulta con el médico de cabecera del paciente, y así pedir se realice un estudio radiológico de nuestro paciente; la confirmación de ésta circunstancia cuando aparece probable por datos clínicos diversos, (71).

No obstante, poseen igual importancia los factores emotivos con que se tropieza en los hogares donde se produce, y aquellos otros que afectarán la actitud del pediatra cuando se encuentre un paciente en estas condiciones. Finalmente hay que tener en cuenta las implicaciones sociales y legales que el caso pueda tener (71).

a) Incidencia. Los malos tratos físicos a los niños han sido descritos bajo las denominaciones de "traumatismo no reconocido, y más recientemente de "síndrome del niño maltratado" (52).

Se desconocen las cifras de frecuencia, pero cada vez existen más pruebas de que es origen de una considerable morbilidad y mortalidad en la medicina pediátrica. Kempe y colaboradores (52) descubrieron 302 casos en 71 hospitales en el período de 1 año. De los niños afectados, 33 murieron, y 85 quedaron con secuelas cerebrales permanentes. Aunque el maltrato físico a los niños se produce a todas las edades, el síndrome que nos ocupa se encuentra generalmente en niños menores de 2 años, y en particular durante el primer año. Tan pronto como el niño es lo suficientemente crecido para quejarse - huir o defenderse, la frecuencia disminuye con rapidez. Además cuando el niño puede ser observado fuera de su casa, en la guardería, -- por ejemplo, entran en juego unos factores que así mismo disminuyen la incidencia (52).

b) Diagnóstico. Se establece en la mayoría de los casos cuando el niño es llevado al médico por causa de una lesión franca o de una enfermedad evidente, aunque en otras ocasiones se sospecha -- por los hallazgos radiológicos característicos durante el curso de un exámen por causas en apariencia independientes. En cualquier caso, los datos clínicos y radiológicos difieren de la historia recogida inicialmente. Esta discrepancia es de gran importancia en el diagnóstico y acaso representa una característica del síndrome. Si existe una lesión evidente el niño suele mostrar señales de un cuidado deficiente. El cuerpo y los vestidos aparecen con frecuencia sucios, y se reconocen contusiones, equimosis, cicatrices y hasta quemaduras, para las cuales la persona acompañante no dá de inmediato una explicación adecuada. A menudo el niño afecto muestra temor al acercárcele al adulto. A veces no se advierten signos concretos de maltrato, pero el niño preocupa al pediatra por no progresar en su crecimiento (71).

c) Caracteres Radiológicos. La exploración radiológica no sólo sirve para identificar los malos tratos físicos repetidos, sino que también constituye una guía útil para el tratamiento. Los signos diagnósticos dependen de la edad del paciente, la clase de la lesión, el tiempo transcurrido entre ésta y la exploración, y de si el episodio traumático fue único o uno de tanto. La mayoría de las veces las lesiones se encuentran en las extremidades, pero también debe prestarse atención a los huesos de la caja torácica y al cráneo. En los casos extremos incluso pueden aparecer vértebras dañadas. En general cuando hay lesiones en el esqueleto axial, se encuentran también signos diagnósticos en las extremidades. Es más frecuente la afectación del esqueleto de los miembros de los niños muy pequeños con traumas no reconocibles, y entonces puede haber irregularidades de mineralización en la metafisis de alguno de los huesos largos principales, con ligero defecto de alineación de los centros de osificación epifisarios adyacentes. En otro hueso puede haber una lesión evidente, que constituya la causa primaria del exámen. Junto a las irregularidades metafisarias se advertirán a veces reacciones subperiósticas bien calcificadas, activas y acaso abundantes, que ensanchan

el extremo de la epífisis. Uno de los huesos puede mostrar la cortical claramente ensanchada. Además de los caracteres radiológicos cabe reconocer en ocasiones un hematoma subdural (71).

d) Diagnóstico Diferencial. Los datos radiológicos son tan característicos, que en general sólo se examina la posibilidad de otras enfermedades por la repugnancia en aceptar la evidencia que ofrecen las lesiones óseas (18). Entre otras posibles causas se ha pensado con mayor frecuencia en el escorbuto, la sífilis congénita y la osteogénesis imperfecta. Todas éstas entidades, tienen sin embargo, caracteres radiológicos distintos, o los datos clínicos o de laboratorio que les son propios permiten una clara diferenciación. Existen dos trastornos que radiográficamente podrían confundirse con un traumatismo no reconocido, pero que en el fondo refuerzan la posibilidad de una base traumática de las lesiones. Los pacientes parapléjicos con déficit sensorial pueden presentar traumatismos inflingidos por ellos mismos o por sus cuidadores en el curso de la fisioterapia. El punto de la lesión suele ser la unión epifisometafisiaria, relativamente débil; los microtraumas repetidos, originados por la falta de movilización, son susceptibles de producir lesiones idénticas a las del síndrome traumático no reconocido. Los niños con indiferencia congénita al dolor, muy rara, se hallan igualmente expuestos a traumatismos repetidos no reconocidos, por su déficit sensorial subjetivo. Aparte las alteraciones similares en las dos entidades que acabamos de mencionar, las manifestaciones del traumatismo son específicas. Las lesiones se encuentran inesperadamente; la historia recogida inicialmente no basta para explicarlas. Con frecuencia son múltiples, de distinta antigüedad y en diferentes fases de cicatrización. Predominan en los extremos de la diáfisis de los huesos largos y su aspecto es distinto del de cualquier otra lesión ósea de los huesos infantiles (85).

e) Aspectos Socioprácticos. Aunque ésa énfasis sobre las manifestaciones radiológicas se justifica porque sirven para identificar el cuadro, también son de gran importancia las circunstancias sociales y psiquiátricas que rodean el desorden. Estas cir-

cunstancias afectan no solo a las personas responsables de la lesión del niño, sino también a los médicos llamados a establecer el diagnóstico, tratar los traumatismos, y a todas las personas que trabajen en las instituciones de asistencia ó legales en las cuales el médico solicite ayuda. En general se describe a los adultos responsables de malos tratos físicos a los niños como afectados a una estructura defectuosa del carácter, que hace que -- sus impulsos agresivos se manifiesten con excesiva libertad (85). Son inmaduros, impulsivos, egocéntricos, hipersensibles y pres--tos a reaccionar con una agresión incontrolada en las situaciones de frustración. Como quiera que se trata de un trastorno de la personalidad, no es indefectible que las circunstancias económicas restrinjan su pertenencia a grupos sociales determinados; no obstante, parece ser que en los económicamente débiles y que, -- por consiguiente, encuentran dificultad en efectuar unos ajustes sociales satisfactorios, la frecuencia de este trastorno es mayor. En algunos casos hay motivos para creer que los progenitores fueron víctimas en sus niñez de agresiones similares por sus padres respectivos. Por tanto, parece haber una identificación -- por parte del progenitor agresivo con el que fué su propio progenitor también agresivo, independientemente de su sincero deseo -- de comportarse en forma diferente.

El niño sujeto a maltrato nació a menudo a disgusto de sus padres, fruto de un embarazo antes del matrimonio o de un matrimonio anterior. En ocasiones son varios los niños de una sola familia que son maltratados; otras veces el maltrato se centra en uno solo entre diversos hermanos. Conviene recordar que la persona agresora no siempre es un progenitor; puede tratarse de otros parientes que vivan -- en la casa, de una niñera e incluso de hermanos mayores. La mayoría de las veces la acción causante de la lesión es ocultada por el a--gresor, que incluso afirma no recordarla.

Cuando la lesión fué accidental cabe, en efecto, el olvido del episodio, sobre todo si en una exploración clínica o radiológica inicial, solicitada por un progenitor realmente preocupado, no se demostró nada anormal. En ese caso conviene recordar que los signos -- radiológicos aparecen tardíamente. En casos en que el traumatismo -- era conocido, una nueva exploración expofeso de la extremidad apa-

rentemente normal, transcurridas unas 2 semanas, mostró una extensa reacción perióstica reparadora irregular en un momento en que faltaban los síntomas clínicos en el punto de cuestión. Además de la resistencia de los padres de informar sobre las agresiones perpetradas en sus hijos, también los médicos y funcionarios que intervienen en el estudio del caso suelen ser remisos en aceptar que un padre pueda haber maltratado a su hijo de modo tan violento. Se tiende a aceptar que las pruebas objetivas son meramente casuales pues inconscientemente resultará más fácil negar la posibilidad de un maltrato que hacer frente a las emociones y medidas que implica el reconocimiento de la situación. Téngase en cuenta que muchas veces en el consultorio dental es preciso proceder a un interrogatorio a fondo que desde aquel momento resultan antipáticas al médico (en caso de que sea un médico el que realice dicho interrogatorio, que para el caso sería lo más frecuente) o el cirujano dentista y que suelen negar los hechos; muchas veces carecemos de la firmeza y experiencia necesarias para conducir este interrogatorio con frutos. Todo lo antedicho representa otros tantos factores que se confabulan para que la lesión pase inadvertida y, en consecuencia, pueda repetirse (52).

Obligación del Informe. Se tiende en diversos países a formular una legislación que obligue a comunicar a las autoridades los casos de malos tratos a los niños, al igual que es preciso informar sobre mordeduras de perro, heridas por armas de fuego o blanca, etc. Es muy probable que entonces se evitarían bastantes casos de este tipo. El diagnóstico de lesión por maltrato es invariablemente efectuado después de que se ha producido al menos una vez, y así mismo efectuado por el médico general ó pediatra. No obstante, es raro que el niño resulte seriamente lesionado en el primer episodio de maltrato o incluso en el primero que requiera asistencia médica. Las estadísticas más extensas de que se dispone sugieren que la mortalidad puede ser hasta del 20%, y que se produce una repetición significativa en el 50% de los casos. Por tanto, la prevención de la reincidencia tendrá gran importancia para disminuir la morbilidad y la letalidad. En una legislación de este tipo debe procurarse, no obstante, que no se nos halle en la posición de fiscal, sino en la de observado--

res y que en el caso dado remitir a nuestro paciente o realizar una interconsulta con un médico general, el cual fungirá como perito en este caso (71).

CAPITULO VI

TECNICAS EN EL MANEJO DEL COMPORTAMIENTO

1) Terapia no farmacológica en el manejo del comportamiento.

A) Comunicación con los niños.

a) Lenguaje y expresión.

"Al hablarle a los niños es bueno ponerse a su mismo nivel en posición y conversación, en palabras e ideas. Nos dice Finn - (39): no tiene ningún valor usar palabras demasiado difíciles que el niño no puede comprender. Hablar demasiado confundirá al niño, y le producirá desconfianza y aprensión, como cualquier otra cosa que no comprende. Es conveniente usar palabras sencillas y cotidianas que usan los niños de la edad de su paciente. Al seleccionar temas de conversación, elegir temas y situaciones que le sean familiares. Dejar que el niño lleve la conversación. Si el niño es muy pequeño, es conveniente añadir algo de fantasía para dar más interés. También debe evitarse hablar a los niños como si fueran más pequeños de lo que en realidad son. Esto es una ofensa mayor que si se les hablara como si fueran mayores. No utilizar palabras de bebé con niños de 4 ó 5 años. Los niños se sienten halagados si los adultos los consideran o tratan como mayores de lo que son. Se les debe hablar como si fueran ligeramente mayores. - Nunca subestimar la inteligencia del niño. A casi todos les gusta que el dentista hable de algo que les resulta interesante. Debemos alejar sus mentes del procedimiento dental, ya que están interesados en lo que se está diciendo".

"Siempre que se esté trabajando con un niño, no conviene hacerle preguntas que requieran de respuestas si se tienen ambas manos y algunos instrumentos en la boca. Los niños tienden a utilizar su pregunta como un pretexto para interrumpir el tratamiento por unos cuantos minutos (39)".

Hay adultos que prefieren el silencio cuando se está trabajan

do con ellos. Sin embargo, a la mayoría de los niños les gusta oír hablar al dentista. A veces, en tono monótono y de repetición constante inducirán a un niño temeroso a someterse a inyecciones si no cambia el tono ni la inflexión de la voz al pasar de un monólogo sobre algo interesante al proceso de la inyección. Si los niños hacen preguntas, tratar de responderlas con la mayor exactitud posible. Sin embargo, no debemos dejar que el niño use las preguntas como técnica dilatoria.

(39) Nos recomienda evitar el uso de palabras que inspiren al niño miedo. Muchos de los temores sugestivos no los produce el procedimiento en si, sino el significado de alguna palabra. Algunos niños se estremecerán de miedo al oír palabras como aguja o fresa, no se oponen demasiado a la experiencia si se llama de otra manera al procedimiento. (39) Continúa: cuando se trate con niños deberán evitarse los engaños, pero cuando sea posible, deberán usarse palabras que no despierten miedo, palabras que ellos conocen y usan diariamente. La substitución exacta de la palabra deberá guiarse por la edad del paciente. Cada dentista deberá utilizar la selección que prefiera. En vez de palabras como "inyección", "aguja" podríamos decir: Vamos a poner algo en tus encías que se sentirá como el piquetito de un mosquito. A todos los niños les pican los mosquitos. Saben que los piquetes de mosquitos son molestos, pero el dolor no es suficientemente grande o duradero para producir ansiedades definidas. En vez de la palabra "fresa", que para un niño significa hayer hoyos en un diente decirle que es un cepillo para sacar los insectos malos de sus dientes; y así tendremos una infinidad de ejemplos para poder evitar el uso de palabras que puedan producir temor en el niño (39).

2) PSICOLOGIA DEL APRENDIZAJE

a) Estimulo y respuesta.

Es necesario mencionar al hecho de que una gran parte de la conducta es controlada por estímulos que preceden a la reacción. Paramos el automóvil en presencia de una luz roja, y no en presencia de una verde; levantamos el auricular al sonar -

el teléfono, pero no cuando está silencioso. El control ejercido por los estímulos antecedentes representa inicialmente - una excepción al principio general del control de la conducta por estímulos subsecuentes. En realidad, los estímulos antecedentes no poseen propiedades de control por sí mismos. Su capacidad para controlar la conducta se deriva totalmente del hecho de que son discriminatorios para un refuerzo positivo o - para las consecuencias de aversión (de esto se hablará más adelante). Si las consecuencias son cambiadas, el comportamiento como reacción al estímulo preceden también cambiará. (32) Dice: consideremos, por ejemplo, que las propiedades de control ejercidas por la luz roja podrían ser invertidas fácilmente por un cambio en la ley haciendo que la luz roja sea señal de moverse y la verde de pararse. El control de las luces mismas no ejerce ningún control físico sobre nuestra conducta (32).

La instrucción verbal como una forma de control de estímulo. Como la mayor parte de la conducta humana es controlada por instrucción verbal en forma de solicitudes, órdenes o simple comunicación, se piensa que el control ejercido por la conducta verbal ocupa precisamente la misma categoría especial. En el consultorio dental, como en cualquier otro sitio, se espera que los niños obedezcan, sigan las instrucciones o hagan lo que se les pide. Cuando no lo hacen, la falta de obediencia se le atribuye a algún factor variable interno tal como negativismo o mala motivación, factor sobre el cual se presume el dentista tiene poco control. Si el refuerzo positivo habitualmente relacionado con obedecer las instrucciones es retirado, o si seguir las instrucciones da como resultado un estímulo de aversión en lugar de un refuerzo positivo, como podría ser el caso de la situación dental, se perderá el control normalmente ejercido por la conducta verbal.

Pérdida y recuperación del control de los estímulos. Comprender que los estímulos antecedentes derivan sus propiedades controladoras de las consecuencias habitualmente relacionadas con los mismos proporcionan al dentista un método más eficaz

para controlar la conducta cuando se ha perdido el estímulo o el control por la instrucción. Si un niño suele ser cooperativo y atento, a las instrucciones verbales del dentista repentinamente se torna incontrolable y no reacciona, la técnica más eficaz para volver al control de la conducta será concentrarse en la identificación de reforzadores positivos poderosos - que serán dados únicamente cuando se presente la conducta deseada. Tal procedimiento suele ser más eficaz que recuperar - el control mediante la súplica, la restricción física y las - amenazas para indicar lo que deberá hacer el niño. Solamente en la medida en que las instrucciones y las súplicas sean discriminativas para el refuerzo podrán controlar la conducta (32).

B) Motivación.

Si el niño no realiza voluntariamente el comportamiento deseado ni se le aproxima, deberá emplearse algún incitante físico. por ejemplo, si la conducta deseada es que el niño abra la boca al ordenársele, pero el niño se sienta con los dientes fuertemente apretados, deberá incitársele para obtener el comportamiento deseado. En este caso se le pedirá al niño que abra la boca tocándole a la vez el labio muy suavemente, lo bajará ligeramente y alabará al niño por abrir la boca, "aunque los dientes hayan permanecido apretados". Este procedimiento continúa hasta que el niño abra la boca voluntariamente al ordenársele. La misma técnica puede emplearse para ordenar al niño que abra la boca completamente. Los dientes estarían separados suavemente, y de nuevo se le halagaría y premiaría por "abrir la boca". Tal procedimiento dará como resultado en poco tiempo la adquisición de la conducta deseada (32).

C) Reforzamiento.

Según sus efectos sobre la conducta, los estímulos pueden ser clasificados en tres categorías: Reforzadores positivos, reforzadores negativos (estímulos de aversión), Estímulos neutrales.

Reforzadores positivos. Se define en la práctica como cualquier estímulo o hecho que aumenta la frecuencia de una conducta o una respuesta que provoca inmediatamente. Los estímulos que tienen un valor de supervivencia para el organismo, - tales como alimentos o agua, suelen servir de reforzadores. A demás, existe gran cantidad de estímulos sociales que han adquirido propiedades reforzadoras, tales como una sonrisa, un halago, un cumplido, o diversos estímulos ambientales como ju guetes, cosméticos, otras posesiones personales y una gran va riedad de actividades agradables. Como un reforzador se define en la práctica por su capacidad para aumentar la frecuencia de la respuesta, es obvio que 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 en otra - (32) (15).

Estímulos de aversión. Puede definirse como un estímulo que disminuye la frecuencia de la conducta que le sigue inmediata mente, o como un estímulo que aumentará la frecuencia de cualquier reacción que termine o reduzca la intensidad del estímu lo. Aunque la primera definición es un poco más explícita, la segunda es más sensible y más funcional en el sentido de que un estímulo relativamente leve, tal como un radio tocando a un volumen relativamente alto, puede ser considerado como un fenómeno aversivo si el individuo se comporta de forma determinada, tal como girar el control para poder reducir el estímulo. Los estímulos de aversión pueden ser aquellos hechos - que son físicamente dolorosos o que han adquirido propiedades aversivas, tales como críticas y la pérdida de privilegios o estímulos que señalen la proximidad de un hecho desagradable. Como en el caso de los reforzadores positivos, los hechos pueden ser aversivos en una ocasión pueden no serlo en otra y - los que no son aversivos, para un individuo pueden serlo para otro (32) (15).

Estímulos neutrales. Existe una gran variedad de hechos o estímulos que controlan la compleja conducta humana, ocurren -

constantemente en el medio natural, tal como el sonido de la bocina de un automóvil, el ruido del funcionamiento de un reloj y el ruido de música de fondo que no aumentan ni disminuyen la frecuencia de una conducta dada. Tales estímulos pueden ser clasificados como estímulos neutrales. Sin embargo, es importante señalar que los estímulos neutrales con frecuencia adquieren propiedades reforzadoras, ya sean positivas o negativas, en condiciones específicas señaladas a continuación (32) (51).

Reforzadores condicionados. El procedimiento general para potenciar un estímulo neutral como un reforzador condicionado es emparejarlo con estímulo de refuerzo ó disponer las condiciones de tal forma que un estímulo neutral se convierta en un medio para la obtención de un reforzador deseado. Por ejemplo, el dinero posee poco o ningún valor de refuerzo para el niño pequeño hasta que se convierte en un medio para obtener algún juguete o chuchería deseada.

Un sistema de refuerzo condicionado que ha comprobado ser muy eficaz para el control de la conducta es el sistema de refuerzo simbólico (32). En este sistema algún estímulo tangible, tal como una ficha para jugar naipes, una canica, una estrella o simplemente una marca escrita, es designado como un símbolo o reforzador condicionado. El sistema se dispone de tal forma que sea entregado inmediatamente después de que ocurra la conducta deseada. Después de haber acumulado cierto número de objetos simbólicos especificado previamente, el niño podrá cambiarlo por algún premio o privilegio deseado. La ventaja de este sistema es que proporciona refuerzo inmediato de la conducta adecuada y al mismo tiempo permite considerable retraso en la entrega del reforzador primario (32).

D) Discriminación y extinción.

Un motivo de preocupación con los niños considerados como problemas de conducta en el ambiente dental es la eliminación de alguna conducta indeseable como golpear, gritar o llorar. Se han perfeccionado varias técnicas eficaces para reducir la con

ducta problema que se basa principalmente en la manipulación del refuerzo positivo, uno de éstos procedimientos es el denominado como discriminación y extinción.

Como la conducta se mantiene por el refuerzo, la eliminación de éste dará como resultado la desaparición paulatina o extinción de la conducta. Experimentalmente este procedimiento es uno de los más fácilmente aplicables, ya que implica únicamente la identificación y eliminación del refuerzo. Sin embargo, desde un punto de vista práctico esta técnica puede no ser el método de elección en el ambiente dental, debido a que el método es muy lento, porque frecuentemente no es posible identificar el reforzador, aunque pueda ser identificado. Se hace mención de esta técnica para que sea considerada en la práctica.

Alejamiento. Es una modificación de la técnica de extinción que implica retirar al niño brevemente de una situación de refuerzo dependiendo de una situación indeseable. Por esto, si el niño empieza a llorar durante el procedimiento terapéutico, el dentista podrá retirar el refuerzo social alejándose del niño durante algunos segundos (15) (32).

E) Modificación del comportamiento.

El medio dental es en muchas formas ideal para la utilización de técnicas para controlar la conducta. Todo el comportamiento deseado se escenifica en el espacio limitado del consultorio dental y el objetivo, o sea la cooperación, es similar para todos los pacientes y puede ser analizado fácilmente según sus componentes para su conformación. Además, el dentista tiene a su disposición una gran variedad de reforzadores que pueden ser empleados.

(32) Hace mención que para obtener éxito en la modificación de la conducta en el medio dental es necesario establecer la utilización de un programa para la modificación de la conducta, para el cual se requieren de ciertos datos básicos en casi todos los casos. Dichos datos básicos se mencionan a continuación:

a) Identificación del comportamiento deseado o repertorio de reacu

ción terminal. En el medio dental, el objetivo general del comportamiento puede ser igual para la mayor parte de los niños, o sea, pedir al niño que entre voluntariamente y tranquilo al consultorio dental, que suba al sillón de tratamiento, se siente y coopere durante el tratamiento.

- b) Identificación de conductas específicas que deberán ser producidas o condicionadas. Utilizando el repertorio de conducta terminal deseada como guía, se evalúa la conducta inicial del niño para determinar las nuevas conductas que deberán ser producidas. Por ejemplo, un niño que suele ser agradable y cooperativo puede negarse totalmente a subir al sillón dental. Esto se convierte entonces en el objetivo inmediato de conducta que ha de alcanzarse.
- c) Identificación de conductas iniciales que deberán ser debilitadas o eliminadas. Muchos niños que presentan problemas de comportamiento y manejo adoptan diversos comportamientos indeseables. Aunque muchos de esos comportamientos, como gritar, pueden ser incompatibles con la adopción de buen comportamiento dental, otros, tales como una actitud negativa en general, pueden no serlo. La labor del dentista será identificar en términos operativos precisos a aquellas conductas cuya frecuencia deberá reducir antes de poder proceder al tratamiento dental.
- d) Determinación de los reforzadores eficaces. Como el éxito de un programa de modificación de conducta depende principalmente de la existencia de estímulos de refuerzo apropiados es indispensable identificar desde un principio aquellos reforzadores que controlarán el comportamiento del niño. Esto puede lograrse con rapidez y eficacia mediante el procedimiento denominado muestreo de reforzadores. Los objetos en que el niño muestre gran interés servirán en la mayor parte de los casos como reforzadores.

Al niño se le dá la oportunidad de mirar, probar, sostener o escuchar una gran variedad de posibles reforzadores que el dentista tenga en su consultorio. Tal operación se denomina menú

de reforzadores.

- e) **Determinación de los procedimientos para el registro, programación y tabulación de los datos.** Aunque la tabulación formal de los datos de la conducta no suele ser necesaria, los programas para modificar la conducta se basan en la premisa de que los procedimientos para el reforzamiento empleados producirán en realidad un cambio determinado en la frecuencia del comportamiento buscado. Un sistema eficaz para el registro de los datos nos proporcionará inmediatamente datos respecto a la eficacia del programa. Si no se presentara ningún cambio mesurable en el comportamiento buscado, deberán modificarse los procedimientos. Aunque podrán observarse los cambios importantes, tales como una disminución rápida y sorprendente de la frecuencia del llanto sin el beneficio de aparatos o técnicas para medir, otros cambios en el comportamiento, tales como un leve aumento del tiempo que el niño mantenga la boca abierta, son difíciles de medir sin la ayuda de aparatos mecánicos de registro. Es, por lo tanto, deseable poseer como equipo mínimo un cronómetro, un contador y hojas para anotar los datos, registrando las modificaciones del comportamiento con base en el tiempo.
- f) **Esbozo del programa para el refuerzo y conformación.** Una vez que se hallan realizado los detalles básicos para identificar los objetivos respecto al comportamiento, los reforzadores y los procedimientos de registro, el siguiente paso será el de esbozar formalmente o informalmente, un programa tentativo y ordenando para llevar al niño de la línea de base de comportamiento al nivel en que logre observar la conducta deseada. Esto suele requerir la identificación de los diversos comportamientos precisos para alcanzar el objetivo final y ordenar las conductas en forma lógica y paso a paso, de tal forma que en cada etapa del programa de reforzamiento el niño haya dominado todos los pasos anteriores. El programa inicial sirve de guía para la acción aunque debe considerarse tentativamente, ya que si durante la elaboración del programa se piensa que el orden

necesita ser cambiado o debe agregar otras conducta, podrán hacerse las revisiones pertinentes a este programa (32).

3)
A)

Condicionamiento aversivo o restricción.

Aunque el método preferido para el control de la conducta es a través del refuerzo positivo, también es verdad que las técnicas por aversión pueden ser utilizadas tanto para aumentar la frecuencia de una reacción deseada como para aumentar la frecuencia de una reacción indeseable. Es, por lo tanto, importante comprender los procedimientos y reconocer algunas de las desventajas derivadas de la utilización de las técnicas de aversión. Indicaciones. Cuando se utilizan estímulos negativos para disminuir la frecuencia de una conducta, la técnica se le denominó castigo. El castigo implica la administración de un estímulo de sagrado después de observarse la conducta indeseable. El estímulo negativo puede ser un estímulo físico doloroso tal como una bofetada o un ruido agudo de gran intensidad, o puede ser un estímulo negativo condicionado como un "¡No!" enérgico. En general, puede esperarse que del comportamiento indeseable se deriven los procedimientos punitivos y éstos produzcan una disminución de la frecuencia de dicho comportamiento. Sin embargo, con frecuencia se obtienen resultados paradójicos, produciéndose un aumento y no una disminución de la frecuencia de la conducta. Por esta razón no se recomienda la utilización de procedimientos en la situación dental (15).

Refuerzo negativo. Aumentar una conducta deseada. Mientras que el uso de la aversión para disminuir un comportamiento indeseable, es un método bien conocido, no se sabe que las técnicas por aversión puedan ser empleadas para aumentar la frecuencia de la conducta deseable. Si se disponen las cosas de tal forma que la ocurrencia de comportamiento deseado elimine un estímulo negativo, el comportamiento que elimina el estímulo aumentará en frecuencia. En el refuerzo negativo pueden emplearse los procedimientos básicos que son: un procedimiento de escape y uno de evitación. En el procedimiento de escape el estímulo de sagrado si se aplica y el sujeto deberá dar una reacción es

pecífica para eliminar el estímulo desagradable o escapar de él. Por ejemplo, el dentista puede inmovilizar físicamente al niño que grita y liberarlo después de un breve momento de silencio.

En el paradigma de evitación, el sujeto podrá evitar el estímulo negativo totalmente la reacción apropiada antes de la administración del estímulo desagradable. Así el dentista podrá decirle al niño "Si no te sientes calmadamente tendremos que amarrar tus brazos y tus piernas", si el niño se conserva quieto habrá evitado la restricción (15).

Controversias:

Desventajas del control por aversión o restricción. Aunque los procedimientos de control por aversión pueden en algunos casos ser agentes eficaces para el control de la conducta, existen numerosas razones para que las técnicas por aversión no sean recomendadas para el control de la conducta y que sean usadas pocas veces y con prudencia en el medio dental.

Riesgo de traumatizar al niño. Un gran número de técnicas por aversión llevan consigo el riesgo de traumatizar al niño, si no directamente por el procedimiento, por los intentos de escapar de la situación. El dentista, desde luego, podrá ser responsable de cualquier efecto nocivo que pudiera sufrir el niño (15).

Creación de temores, fobias y otras conductas de evitación. Las ventajas a corto plazo logradas mediante el uso de técnicas por aversión para suprimir los berrinches y otros comportamientos similares, pueden ser desplazadas debido a la creación de una fobia dental profundamente arraigada que puede dar como resultado el rechazo de toda la situación dental.

Destrucción de tipos de conducta deseables. Los estímulos por aversión frecuentemente provocan reacciones emocionales que pueden trastornar totalmente, y en poco tiempo, los tipos de comportamiento deseables que se han adquirido a través de meses o años. Existe por lo menos el riesgo de disminuir la fre

cuencia de muchos comportamientos que el dentista desea crear.

Producción de conducta agresiva. Las técnicas por aversión - crean un comportamiento agresivo y de ataque contra el agente que controla la aversión. Por esto, si las técnicas por aversión se utilizan para controlar al niño, y si éste es físicamente capaz, puede emplear la agresión física contra el dentista. En el mejor de los casos el niño podrá mostrar hostilidad hacia el dentista.

Las técnicas por aversión refuerzan al que las utiliza. Debido a que las técnicas por aversión frecuentemente producen resultados rápidos a corto plazo, especialmente para la supresión del comportamiento, los dentistas que emplean tales procedimientos pueden caer fácilmente en la trampa y depender cada vez más de los controles por aversión hasta que se encuentran en una posición legal o profesional muy comprometida. Tales casos son objeto de estudio en el campo de la terapéutica del comportamiento. Debido a éstos y a otros efectos colaterales iniciales, se recomienda usar los procedimientos de refuerzo positivo como principal método, que deberán ser suplementados únicamente en raras ocasiones mediante el empleo del control por aversión.

B) Manejo del niño problema.

Asumiendo que el dentista elige emplear control físico motivado o debido a una respuesta negativa o de no cooperación por parte del paciente, a los otros acercamientos (exceptuando a los medicamentos). ¿A que nivel de edad, el niño adquiere tal desarrollo a un punto donde cualquier tipo de restricción sea impracticable o insensata?. Posiblemente a la edad de 8, 9, ó 10; por consiguiente el dentista debe tomar una decisión, ya sea para continuar el tratamiento a través del uso de medicamentos o con otros medios de control (?).

El hecho de que muchos practicantes y pavidoncistas han usado alguna reserva, restricción y control físico en ocasiones

donde un porcentaje bastante elevado lo ha encontrado exitoso desde su punto de vista, y donde aparentemente no hay evidencia clínica de trauma psicológico relacionado con el interés del paciente hacia la odontología, o al individuo en la estructura social, esto significa que el procedimiento ó técnica sea lo más aceptable o la mejor.

Hay realmente muchas formas de intepretar este procedimiento, implicando cualquier restricción ó terapia de shock, porque esto puede relacionarse con un trauma físico. Los niños, deben asumir su lugar destinado en la sociedad adulta como ciudadanos responsables, así como en algunas ocasiones asumirán cargos de importancia como : en la dirección de negocios, el mundo de la diplomacia, etc.; puestos en los cuales deberán experimentar autodisciplina. Muchos individuos en nuestra sociedad nunca adquieren autodisciplina, esto se debe a una sobreprotección y del medio ambiente en que se desarrollan (16). Hay muchas formas de inducir traumas psicológicos en diferentes grados, se trate de niños de adultos, esto dependiendo de la madurez emocional y social del individuo. Estas formas pueden ser:

- a) Pérdida de una competencia atlética.
- b) Reaccionar o responder pobremente a un exámen escolar.
- c) Reaccionar de igual manera a cualquier disciplina de los padres.
- d) Castigo corporal.
- e) Al administrársele una inyección (por un médico).
- f) La disciplina requerida en un cauce militar.
- g) El desembolso de los padres para poder cubrir el tratamiento dental, resultando en muchos casos negativo para ellos (16).

(16) Croxton hace la siguiente observación: "Los resultados positivos de este estudio, se obtuvieron en base a la observación realizada en el comportamiento del niño, en las observaciones hechas por los padres, en los hábitos orales y otros problemas de tipo psicológico; todo lo anterior verifica la -

hipótesis de que la experiencia dental no es, o no necesita - ser algo que produzca temor o trauma de naturaleza psicológica.

En el siguiente párrafo el autor (16) nos presenta las circunstancias donde la restricción o la llamada terapia de shock - puede ser considerada (asumiendo que el niño se encuentre en - buen estado de salud, comprobado y expresado por los padres, y evaluado por el dentista o por el médico).

Como se indicó previamente, el dentista deberá de tomar una de cisión acerca de la técnica adecuada a utilizar en cada niño. Cada uno de los cirujanos que han trabajado con niños, ha expe rimentado el tratar con niños malcriados o incorregibles, re-- resultado del consentimiento de los padres, o en algunas ocasiones rechazo. Este niño puede quejarse, pelear, tirarse, patear, ó hacer muchas cosas para tratar de persuadir a los padres para que lo lleven a casa o por lo menos lejos del consultorio. La madre o el padre ante esa circunstancia comienza a hacer - promesas, pero el niño no está interesado porque sabe que todas las cosas están a su disposición (16).

En última instancia, si el dentista tiene el suficiente valor para ver esta escena, si puede visualizar a este joven paciente y a sus padres como un reto para su propio futuro dentro de la profesión, así como para la odontología, y además el poder tratar este problema con tacto y consideración, con la firme - determinación de tener éxito a pesar de la desventaja, en la - mayoría de los casos habrá ganado un amigo y paciente para toda la vida (16) (60) (24) (28).

El dentista no puede darse el lujo de mostrar su enojo o dis-- gusto, o demostrar que está irritado, o expresar su desagrado por el niño, pues desde luego los padres lo notarían inmediata mente, teniendo así una buena razón para asumir una actitud de protección hacia el niño, igualmente el niño, puede percibir cualquier signo de disgusto o enojo, : nos traería problemas. En este punto, cualquier intento deberá hacerse con calma y ex plicar al niño las razones de este procedimiento dental, y ade

más tener en cuenta que deberán tomarse todas las precauciones necesarias para terminar el servicio dental con el menor malestar posible. Si el niño se niega o no quiere entender ningún acercamiento razonable por parte del dentista, entonces se hablará con los padres para determinar cual actitud tomará. Si el padre acepta continuar con lo recomendado por el dentista, es decir, separar al niño de la madre de sus padres.

a) Técnica:

El primer objetivo será informar al pequeño paciente que se ha hecho con el fin de ayudarlo, y que tan pronto como el examen o tratamiento sea terminado, el puede regresar con sus padres a la sala de espera. El niño muchas veces no dejará de llorar y se resistirá a cualquier esfuerzo de mantenerlo en el sillón. Mientras esté llorando no podrá oír ni atender a lo que el dentista le trata de decir y como resultado se obtendrá una completa falta de cooperación (16) (60) (21) (28).

Si el niño continúa llorando, y se rehusa a responder a comentarios amables, entonces como último recurso, tanto sus manos como sus pies se le sostendrán firmemente. La mano del dentista se coloca firmemente sobre la boca y nariz del niño, aproximadamente de 5 a 10 seg., entonces se le dice "No me gusta usar la fuerza para controlarte, pero se deberá hacer así hasta que decidas dejar de llorar (16) (60) (21) (28) (32) (87).

Este tratamiento generalmente es suficiente, aunque ocasionalmente es necesario repetirlo algunas veces, pero en todos los casos el dentista deberá mantenerse completamente dueño de la situación. Este método es definitivo, rápido, práctico y ahorra mucho tiempo.

Algunos pacientes se opondrán a cualquier esfuerzo que se haga para examinar la boca o iniciar algún otro procedimiento operatorio, en cuyo caso el tratamiento deberá de aplicarse nuevamente. El dentista teniendo ya controlado al pequeño pa-

ciente, deberá alabarlo o hacerle cumplidos al respecto, dejándolo que le ayude cuando sea posible, como sosteniendo el algodón, o ser de alguna ayuda durante el procedimiento operatorio. Cuando el exámen, la restauración del diente, o algún otro servicio se ha terminado, se le debe de decir al niño: "Estoy muy orgulloso de ti, ahora si puedes sonreír, le hablará a tus padres y les diré que tú eres uno de los mejores pacientes que he tenido, y deseo que tu mamá se dé cuenta de lo que tú y yo hemos logrado".

Se llama a la madre, y para su sorpresa, generalmente se encuentra con un niño feliz y que ha cooperado. La cita que empezó con una atmósfera desagradable, ha terminado con éxito.

La restricción durante el tratamiento o la siguiente cita es raramente necesario. El paciente adquiere cada vez más seguridad en cada visita, y podrá mostrarse más amistoso con el dentista a medida que continúa el tratamiento.

El padre usualmente no pierde el tiempo en expresar su satisfacción y comentará el hecho cuando el éxito se ha demostrado (16) (60) (21) (28) (32) (87).

4) Motivación

a) Modificación del comportamiento del niño bajo la influencia del consultorio dental.

El medio ambiente: oficina, color, música y muebles.

Es importante hacer notar como las tiendas, comercios, bancos, clubes, etc., invierten mucho tiempo, dinero y esfuerzo en el escenario.

Para que este vaya de acuerdo al tipo de gente que acude a esos lugares.

Se ha encontrado que ciertos colores combinados con la cantidad y el tipo de luz llega a producir efectos sorprendentes sobre la gente, la música seleccionada adecuadamente ayuda mucho.

Es recomendable el recibir asesoría por ejemplo de un decora-

dor para que nos guíe de acuerdo a las necesidades del consultorio para con nuestros pacientes.

Color y luz son importantes para lograr una condición apropiada del paciente en el consultorio.

Hoy en día se utilizan los colores pastel lo que da tranquilidad tanto al personal que ahí labora como a los pacientes. El color puede cambiar la situación emocional de los pacientes, todo esto cambiado con la luz. El color no solo debe ser considerado por su efecto sobre los pacientes sino que agrega estética al consultorio dental.

La música será seleccionada para controlar miedo, ansiedad y fatiga emocional.

Ventajas en la música de fondo:

- a) Estado de ánimo deseable desapareciendo cualquier tipo de tensión emocional.
- b) Aumenta el umbral al dolor.
- c) Entretiene.
- d) Hace que el tiempo no se haga "eterno" tanto en la sala de espera como en el operatorio. También hace que tanto el dentista como el personal que labora en el consultorio sean influenciadas favorablemente por la música de fondo adecuada.

Al referirnos a los muebles y decoración en la recepción se puede tener muebles de acuerdo a los niños y a los padres.

Si las posibilidades lo permiten se puede tener por ejemplo - un tipo de sillón junio; y si no hacerle adaptaciones a un sillón convencional.

Es conveniente el contar con juguetes; cuadros (en sí nuestra decoración) que motiven e influyan en el niño para calmar sus temores, así como distraerlos un poco del ambiente dental (16).

CAPITULO VII

HIPNOSIS EN ODONTOLOGIA INFANTIL

Varios autores reportan el uso de la hipnosis como una modalidad en el manejo del comportamiento (87).

(10) (38) Mencionan que para comprender el uso de la hipnosis y su finalidad hay que tener como base dos conceptos racionales: primero, las bases del procedimiento hipnótico son individuales para cada paciente. El dentista que use esta técnica deberá tener una gran confianza aún antes de obtener cualquier resultado. Segundo, el acontecimiento hipnótico está íntimamente relacionado con la habilidad y conocimientos del practicante (10) (38).

Factores como conocimientos de los principios y su aplicación, se requieren pertinentes para cualquier técnica en odontología, la hipnosis no es la excepción.

1) Conceptos mal entendidos.

Diversas discusiones sobre "hipnosis en odontología" son mal entendidas, mal interpretadas y en ocasiones se confunde la terminología.

¿Qué es la hipnosis? Sugestibilidad, modificación de conducta, hablar en tono suave; es un procedimiento curativo o de desensibilización sistemática, Ayer (10), todos son términos de hipnosis. Otro nombre para esto es manejo del paciente.

La hipnosis clínica no es nueva. Data de 1773 cuando el doctor Franz A. Mesmer (38), médico vienés la usó como método terapéutico para influenciar la conducta y la salud (38). El encontró que los pacientes estaban listos para recibir sugerencias cuando se encontraban en un estado en particular. Esto se conoce como "trance". Al estar los pacientes en este encierro de la mente, Mesmer (38) notó que ellos aceptaban sus sugerencias más acentuadamente y junto con un incremento de captación. Por lo tanto, alteraba sus acciones, actitudes ó bien -

hacían lo que otra persona les decía. Este es uno de los más viejos métodos terapéuticos. Otro término para esto es "cambio guiado del comportamiento".

En odontología el uso de la hipnosis es diferente y su uso podría ser popularizado. El sujeto no pierde completamente su control, más aún, no es un sueño condicionado. Si bien se realiza estando los sujetos con los ojos cerrados el mismo tiempo, esta no se requiere siempre. La hipnosis es presentada como una forma principal de modificación de patrones de conducta, conducido por las acciones ó instrucciones verbales del dentista. Este es un estado físico, mental o emocional de incremento de conciencia (87).

Otros conceptos mal entendidos sobre hipnosis son: que envuelva al sujeto en una pérdida de conciencia y que se requiere una mente débil y vulnerable, la cual pueda ser confundida y sugestionable durante la hipnosis. Más bien que tener una pérdida de la conciencia, un paciente hipnotizado presenta un estado de captación incrementada. La hipnosis no debilita la voluntad. Desde que el paciente está en completo control de todo, él decide lo que hace y lo que deja de hacer durante todo el procedimiento. Si cualquier cosa hace que el paciente no este cómodo ó a gusto, él pudiera salirse del estado del trance. Es más difícil hipnotizar una mente débil de un paciente que el de un inteligente, con más habilidad imaginativa. Es más fácil hipnotizar a un paciente con control de sí mismo y de lo que lo rodea. Los pacientes no son fáciles de engañar durante el trance. Ellos son sugestionables. Durante la hipnosis, el paciente juzga siempre si ellos quieren o no cooperar (87).

Alguna gente evita la hipnosis por temor de dar a conocer los factores de su personalidad. Esto es posible cuando una persona hábil usa hipnosis. Siempre, desde el control del paciente, el control de sus patrones de comportamiento sobre todo durante la hipnosis, el manifestará solo lo que su juicio nos será

de ayuda para él o para la situación. El no hará revelaciones sobre su conciencia (87).

Una de las razones por las cuales el dentista opta por no emplear la hipnosis es el aumento en el tiempo de la consulta. Aquellos que no están familiarizados con la técnica creen que para hipnotizar se requiere de una cantidad de tiempo considerable.

En muchas ocasiones se puede obtener de un paciente que fue hipnotizado una gran cooperación ya que fue dejado con una su gestión posthipnótica. Este puede ser de gran ayuda para el paciente, el cual podrá ser incorporada a nuestra rutina, es decir, no nos llevará un tiempo adicional el tratarlo.

¿Puede usarse la hipnosis en pacientes pequeños? ¿Podría aplicarse o no fácilmente la técnica en niños? Los pioneros de la hipnosis en odontología pudieran tener una respuesta negativa a ambas preguntas. Ahora, la respuesta pudiera ser un error. La hipnosis puede ser usada para manejar algunos ni ños con comportamiento difícil (87).

2) Estados hipnóticos.

El trance es sinónimo de "estado". Este ha sido referido también como una condición mental, física y emocional de conciencia alterada. Sujetos que lo han experimentado dicen sustraer se de su alrededor.

Son tres los estados o niveles de trance hipnótico reconocidos. Trance ligero, trance medio y trance profundo. Sinónimo de trance profundo, el gran estado de hipnosis es el estado de sonambulismo.

El grado máximo de la hipnosis esta dado por una habilidad su gestiva.

La sugestión más difícil de aceptar por un paciente es el tran ce profundo. Es el resultado del trabajo con miles de pacientes y sujetos experimentales, las sugestiones han sido clasificadas de acuerdo a su dificultad. Los pacientes que aceptan las más difíciles sugestiones son, por definición, inducidos profundamente por la hipnosis. Siempre desde las más difíciles

sugestiones hasta las más sencillas, son basadas en promedios, los cuales pueden mostrar variaciones.

A continuación tenemos una simple y abreviada clasificación - de niveles de hipnosis, con ejemplos de sugerencias aceptadas por la American Society of Clinical Hypnosis. (6)

Trance Ligero:

- 1) Relajación
- 2) Ojos cerrados
- 3) Disminución de la actividad muscular
- 4) Habilidad para conservar una simple sugestión posthipnótica

Trance Medio:

- 5) Anestesia ligera
- 6) Anestesia parcial
- 7) Catalepsia de esqueleto y músculos

Trance Profundo ó Sonambulístico:

- 8) Capacidad de poder abrir los ojos sin afectar al trance
- 9) Anestesia posthipnótica
- 10) Sugestiones posthipnóticas
- 11) Alucinaciones positivas
- 12) Alucinaciones negativas
- 13) Sentimientos subjetivos de desprendimiento

- 3) Selección de pacientes.

El autor nos dice que ciertamente unos niños son mejores que otros como candidatos para el tratamiento hipnótico. Desafortunadamente, no existe ninguna fórmula para seleccionar al paciente. Aún así, mencionaremos algunos factores los cuales con ciertas variantes, se pueden tomar en cuenta para la selección del paciente.

- a) Edad. Muchos clínicos preguntan "¿Esta técnica se puede aplicar en pacientes pequeños?". Sí, pero es imposible precisar o definir el estado o nivel de edad en el cual el niño puede ser hipnotizado, ya que la edad es un factor relacionado con: (1). La necesidad de la hipnosis, (2) La situación en que se aplica y (3) La habilidad del doctor para emplear esta técnica.

Por ejemplo podemos mantener a un niño en una situación en la cual el siente que se lastimó un dedo ó una uña y comienza a besarse el dedo ó sobarse la uña, entonces le podemos decir "ahora te sentirás mejor, puedes regresar a jugar". Igualmente, este tipo de acercamiento se puede emplear en niños de dos ó tres años. Esto es hipnosis. Con un entendimiento adecuado, conocimientos de comunicación y motivación, los dentistas podrán ser más afectivos para hipnotizar a los niños (87).

- b) **Inteligencia.** El intelecto del paciente es un factor determinante en la hipnosis, por lo tanto, podremos encontrar dificultades en aplicar las técnicas hipnóticas en pacientes faltos de captación ó de habilidad imaginativa. Los pacientes inteligentes hacen que el objetivo sea más fácil de alcanzar. Antes de considerar la hipnósis como tratamiento para un niño, es importante el conocer adecuadamente su nivel intelectual; si es lento, normal o avanzado. La edad mental es de primordial importancia.
- c) **Personalidad.** Es muy difícil tan solo con observar la personalidad, decidir si está apto ó no para la hipnosis. Sin embargo, podemos notar ciertas conductas que nos sean útiles para este fin. Los niños centrados son preferidos para practicar la hipnosis. Un niño curioso e imaginativo es por lo general más receptivo a las sugerencias. Niños sorprendentemente podrían ser buenos pacientes y cuando sean tratados en base a una inducción firme (87).
- d) **Situación.** La condición para la aplicación de la hipnosis indudablemente tiene una relación directa con lo que nosotros observamos. Cualquier situación previa positiva, incrementará el potencial para efectuar la hipnosis. Cuando los pacientes requieren de ayuda el porcentaje de éxito para el tratamiento hipnótico aumenta, generalmente una gran necesidad nos acrecentará mejores resultados. Un paciente que desea la hipnósis puede ser un sujeto ideal para ella, por lo tanto se nos presenta una situación ideal.

4) **Conceptos básicos en la Inducción a la Hipnosis.**

Han sido establecidos ocho principios básicos relacionados con la inducción hipnótica:

- a) **Capturar la atención del paciente.** Este es el primer paso, y el que nos dará la pauta a seguir. Cuando la atención se concentra sobre una idea, la idea tiende a realizarse.
- b) **Motivación del paciente.** Existen innumerables formas para motivar a un paciente a que coopere. En algunas ocasiones esta motivación se puede efectuar antes de la consulta. Los padres pueden asistir al consultorio antes de que nosotros conozcamos al paciente. De no ser posible todo queda en manos del dentista para el día de la consulta. El objetivo de motivar al paciente es de que él este seguro de lo que se logrará si él coopera.
- c) **Establecer la confianza del paciente.** Un paciente informado sobre lo que se va a hacer será un mejor sujeto. Debemos valernos de la situación que vive actualmente el paciente, es decir, lo que piensas, lo que le gusta. Es bueno el mencionar o hablar sobre algo con lo que el paciente se identifique. Así él sentirá gran confianza en nosotros. Podemos comenzar con sugerencias leves y poco a poco ir aumentando el grado de sugestión hasta que quede completamente establecida la confianza.
El utilizar la hipnosis como un factor de prestigio, es de ayuda. Muchos dentistas sacan ventaja de esto, ya que los pacientes al pedir la cita, estarán predispuestos a creer que el dentista realmente les puede ayudar (87).
- d) **Usar sugerencias indirectas.** Siempre que nos sea posible se evitará el comenzar con sugerencias directas. Es decir, le daremos vuelta al asunto y poco a poco nos iremos aproximando a nuestro objetivo, y así lentamente iremos cambiando el patrón de conducta hasta obtener lo deseado.
Quienes manejan la hipnosis llegan a emplear lo que se conoce

como ligadura doble (double bind). Con esta técnica, al pa---
ciente se le dan a escoger dos alternativas, obligándolo a -
que escoja la que nos dará el resultado deseado. Esto se les
dificulta a algunos pacientes, la selección se debe hacer po-
co a poco y durante el transcurso de la acción. Como por ejem-
plo, se le puede decir a un niño "¿Podrías trepar por una es-
calera ahorita o en diez minutos?" (87).

- e) Uso de repeticiones. Las instrucciones que se le den al pa---
ciente serán repetidas con cierta frecuencia, con el fin de -
que el paciente entienda lo que se esta haciendo, lo que se -
hará y lo que esperamos de él.
 - f) Uso de la imaginación del paciente. El paciente deberá ser ca-
paz de imaginar las instrucciones que se le están dando, lo -
que hacemos o lo que pensamos. Cuando la "imaginación" y la -
"voluntad" están en conflicto, por lo general la imaginación
gana, es mejor utilizar la imaginación de las personas dentro
de las áreas donde la imaginación y la voluntad sean capaces
de cooperar (6) (6).
 - g) Atacar una emoción por medio de una sugestión siempre que sea
posible. Emociones que producen reacciones tales como recom-
pensas, felicidad, buen humor, gustos, sabores y sentimientos,
pueden ser usados. Ello reforzará o incrementará el deseo del
paciente por cooperar.
 - h) Actitud positiva. En muchos casos, los patrones de conducta -
del paciente serán cambiados más fácilmente cuando él nos per-
mita hacerlo. A esto responden mejor los pacientes que tienen
una dominación moderada de su personalidad. El terapeuta en -
cualquier circunstancia deberá aplicar su criterio, su actitud
es muy importante. Deberá ser positivo (38) (6).
- 6) Inducción para niños. De acuerdo a la definición que se asen-
tó al comienzo de este capítulo, cualquier cosa que nosotros

hagamos o digamos para cambiar la conducta podrá ser considerado como hipnosis, por lo tanto, la técnica de inducción es sencillamente un método ó estímulo para cambiar el comportamiento.

Antes de discutir la técnica de inducción, deberá enfatizarse, cada punto. Si bien el potencial del paciente para la hipnosis es individual, no todos los pacientes son candidatos para la hipnosis. El paciente necesita de una motivación para cooperar.

Agregando a las consideraciones sobre la orientación del paciente, la selección del método también se basará en la personalidad, conocimiento, habilidad y actitud del dentista.

Los dentistas son diferentes. Se puede ser muy flexible o muy estricto. Entonces el dentista deberá seleccionar una técnica de acuerdo con su personalidad. Si ésta representa dificultad para el operador, entonces se deberá tomar el papel de actor, es decir, estudiando y practicando, para así poder desarrollar la habilidad necesaria que la técnica demanda.

Muchos dentistas tienen sus técnicas favoritas. Escogen aquellas cuyo espectro de inducción vaya de acuerdo a las diferentes situaciones. Se puede empezar con un objetivo sencillo, como cerrar los ojos, levantar los dedos, descansar las manos sobre las piernas, respirar profundamente o abrir y cerrar las manos.

Cuando se logra el objetivo, el paciente será quien cambie su patrón de conducta. Cada quien puede desarrollar su propia técnica de inducción, que será por supuesto la que funcione mejor (38) (6).

Hablar (verbalización). Una de las más comunes y efectivas técnicas de inducción es simplemente la de hablarle al paciente. Esto es sumamente recomendable en niños. Los pacientes pueden permanecer con los ojos abiertos o cerrados. El control del tono y modulación de la voz son importantes. La inducción hablada no solo se limita al "Control de la voz", sino que apunta hacia un determinado objetivo mediante una secuencia de sugerencias. Esta técnica será más efectiva si se analizan -

primero las necesidades del paciente, así como la importancia de un estado preparatorio del nivel de conciencia.

Sugestión. Una segunda técnica de inducción consiste en la su gestión del paciente, el cual deberá de permanecer con los o-jos cerrados mientras se le habla. Para estimularlo podemos - comenzar por decirle su nombre, tocarle el dorso de las manos, o tocando los párpados.

Después de que el paciente ha cerrado los ojos, deberá poner a atención a nuestras palabras. Se le harán diversas sugestio--nes, lo cual deberá hacerse con mucho cuidado, escogiendo a--quellas que más fácil pueda llevar a cabo. Las sugestiones - irán aumentando en grado de dificultad, e ir precedidas una -de otra.

Imaginación. Esta es otra buena técnica de inducción.

Esta técnica es adecuada para aplicarla sobre la personalidad de niños de tres y medio y cuatro años de edad, no es conve--niente usarla en niños que se encuentran por debajo de ese ni-vel de edad (38) (10).

(10) Nos recomiendan valernos de un "juego familiar" como ve-hículo imaginativo. Por ejemplo, se le da instrucciones al ni-ño de que cierre los ojos y que los abra hasta que nosotros - se lo indiquemos. Se le menciona que se trata de un juego en el cual él puede participar, se le pide permiso; ¿Te gustaría jugar?, valiéndonos de esto como un refuerzo motivador. Si el mueve su cabeza afirmativamente entonces procedemos.

Si se niega, continuaremos hablándole y motivándolo hasta que él sienta la necesidad de aceptarlo. Para esto podemos utili-zar sugestiones de refuerzo.

Muchos juegos podemos realizar, por ejemplo: .

Hacemos imaginar al paciente que se encuentra sentado en la -puerta de su casa mirando a dos de sus amigos jugar en el par-que. El tiene que mover su cabeza afirmativamente cuando vi--sualice el estar parado a sus amigos jugar. Entonces se le -pregunta, ¿Te gustaría ir a jugar con ellos? (el paciente ha sido instruido a responder con movimientos de cabeza).

Se le indica que ponga su primer y tercer dedo sobre una pier-

nas y que estire su dedo medio. Ayudamos el niño a hacerlo, - colocamos sus dedos sobre su pierna y los tocamos para que él no se confunda. Le hacemos imaginar que él es el dedo medio y que está parado afuera de su casa, los otros dos dedos que tocan su pierna son sus amigos que juegan en el parque. Seguramente él querrá ir a jugar con ellos, se le avisa que para poder llegar tendrá que bajar algunos escalones para poder llegar con ellos (moveremos el dedo que lo representa sobre su pierna).

Si su imaginación ha sido capturada, lo conduciremos a bajar esos escalones para que pueda jugar con sus amigos. El deberá sentir un relajamiento tanto en sus manos como en sus brazos. En este momento podemos actuar pidiéndole que nos presta mayor atención, y se le instruye a permanecen con sus amigos - mientras nosotros ayudamos a sus dientes, los cuales se sentirán muy bien y serán muy felices. Nada molestará a tu boca, y todo estará muy bien mientras tu juegas con tus amigos. Al contar hasta tres el abrirá los ojos y regresará. Le diremos lo bien que se ha portado y que todo ha sido por su bien. Frecuentemente los pacientes al abrir los ojos, es decir, al regresar manifiestan un estado de ansiedad e incertidumbre - por haber sido hipnotizados (87) (6).

7) Razones por los que falla la inducción.

Desde el momento en que la conducta del niño puede ser cambiada en determinado momento por alguna acción o palabra, todos los pacientes niños son candidatos para la hipnosis. Sin embargo, esto no quiere decir que se puede tener éxito con cualquier paciente. No todos los niños se sugestionan. Las circunstancias varían. Los autores (38) (10) (6) nos mencionan que por experiencia propia se han encontrado en una serie de razones por las que puede fallar la inducción. Estas razones pueden ser:

- a) Los niños se quejan, y adoptan patrones de conducta negativos cuando el tratamiento se aproxima.
- b) Los pacientes tienen temores definidos, y tal vez no se encuentran preparados para cambiarlos. El temor puede ser real o i-

maginario. Por lo tanto, la inducción falla si esos temores no se detectan en etapas anteriores, es decir, de preparación.

- c) La necesidad de una motivación positiva, puede ser mal interpretada. Si el dentista no toma el tiempo apropiado para motivar al paciente, el proceso de inducción se verá obstruido.
- d) Al igual que como requisito para otras técnicas, se requiere de un alto grado de habilidad por parte del dentista para lograr una inducción específica. Al mismo tiempo, el operador tendrá que ser muy hábil para controlar muchas situaciones, - las cuales sólo con habilidad podrá resolver.
- e) La personalidad tanto del dentista como del paciente pueden chocar en determinado momento. Como resultado el dentista puede fallar en su intento por hipnotizar al niño (38).

8) Sugestión posthipnótica.

Al paciente se le puede dejar o grabar la impresión del trance hipnótico. En muchas situaciones esto puede ser aplicado - como una terapia para el manejo del paciente.

Los estímulos posthipnóticos deberán de ser probados durante una sesión previa al tratamiento. La sugestión se realizará - al tocar determinada zona o área del cuerpo del paciente, como el hombro derecho. Se le pregunta al paciente si ha entendido (responderá con un movimiento de su cabeza). Si sabemos que habrá cooperación de su parte es regresado a su estado de conciencia. La sugestión posthipnótica por lo general se deja al final del trance, así ésta permanecerá más fácilmente en - el paciente.

Otra forma de sugestión posthipnótica que puede ser agregada a la técnica es el manejo del tiempo. El paciente será programado a que al ocupar el sillón y recibir una señal determinada, regresará a un estado de relajación. Si por cualquier razón esto no ocurre, es conveniente el insistir para que el paciente lo logre. La técnica posthipnótica nos ahorrará tiempo en el consultorio. Aparte de que ayuda al paciente a relajarse y aceptar de mejor forma su tratamiento (68).

CAPITULO VIII

PACIENTE ESPECIAL

- 1) Niño especial. Durante los últimos 20 años el enfoque del tratamiento odontológico ha cambiado radicalmente y el paciente niño ya no es considerado como una versión pequeña de un adulto, sino como un individuo en desarrollo con sus propios problemas "especiales". Por lo tanto, la mayoría de los pacientes pequeños están recibiendo una atención odontológica mejor que nunca, pero ha surgido un nuevo problema, el paciente especial (82).

Hay diversas formas de definir pacientes especiales. Cada dentista podrá hacer su propia clasificación para ajustarse a sus necesidades especiales, a su local y a su ambiente dental. (73) Nos define a los pacientes especiales como pacientes incapacitados dentalmente o incapacitados para la odontología, o ambos. Los pacientes "dentalmente incapacitados" son aquellos que presentan afecciones importantes, o defectos en sus cavidades bucales que requieren algún tipo de atención especial; por ejemplo, niños con caries rampante. "Incapacitados para la odontología", se refiere a los pacientes cuya salud bucal puede ser considerada normal, pero que presenta alguna afección física, mental, emocional, o todas ellas, pero que puede o no impedir que sean tratados sistemáticamente en el ambiente dental. Un ejemplo de estos serían los pacientes con parálisis cerebral, con problemas de coordinación motora que requieren otro tipo de tratamiento fuera de lo habitual en el consultorio dental. (73) Nos aclara aún más la situación, un paciente con una extremidad inferior faltante y que funciona bien con una prótesis puede ser tratado en condiciones normales y no debe considerarse como un paciente especial. Por el contrario, la persona que posee solamente un brazo puede, aún con un aparato correctivo experimentar dificultad para sujetar el cepillo dental, por lo que se define como paciente especial. Estas categorías no son exclusivas entre sí. Un pa-

ciente puede, a la vez, estar incapacitado para la odontología y ser un deficiente mental. Los pacientes especiales pueden ser personas que padecen retardo mental, parálisis cerebral, epilepsia, infartos y embolias, diabéticos, pacientes - ancianos o trastornados emocionalmente (73).

- 2) Experiencias médicas pasadas. Suponiendo aun paciente especial con una enfermedad crónica la cual hubo necesidad de hospitalizarse, ¿qué tan importante o qué efectos tendrá sobre el paciente esa hospitalización o la visita constante al médico?. Con la gran cantidad de pruebas y análisis realizados en el - preoperatorio, después de ser admitido el niño y durante el - postoperatorio, es obvio por qué muchos niños son traumatizados aún por una breve visita al hospital o al médico. La an-siedad que muchos niños experimentan al ingresar al hospital generalmente dura unos cuantos días. Su intensidad y duración dependen de sus experiencias anteriores, de su personalidad y de la forma en que la situación del hospital o de las visitas al médico son dirigidas. Es obvio que un niño con determinada enfermedad o impedimento está acostumbrado al trato con personal médico, pero a pesar de esto suelen transferir sus reac--ciones favorables o desfavorables respondiendo de manera similar a las experiencias dentales. (63) Nos ejemplifica, los alérgicos o asmáticos suelen ser buenos pacientes dentales por que están acostumbrados a los médicos. Sin embargo, también - puede ocurrir lo contrario.
Los que han padecido enfermedades largas o han estado hospitalizados pueden tener miedo a las jeringas o a que les "hagan dormir". Muchos niños no saben distinguir los diferentes ti-pos de doctores, y una visita al dentista puede hacerles pensar que les van a poner una inyección o administrarles un an-estésico general (63).
- 3) Desarrollo social. Numerosos estudios apoyan al hecho de que las personas con diversas afecciones crónicas que las incapacitan suelen ser vistas en forma negativa por la sociedad (26). La forma en que una persona se considere a sí misma se encuen

tra muy relacionada con la forma en que cree que las otras la consideran a ella y se relacionan con ella. El nivel de estimación propia del paciente especial se encuentra ligado con este tipo de factores variables. (26) Un paciente cuyas experiencias hayan sido predominantemente positivas, podrá adquirir un sentido adecuado de valor, seguridad y confianza. Por el contrario, el paciente cuyas experiencias hayan sido fundamentalmente desagradables y negativas tendrá un concepto muy bajo de sí mismo (68). Así, este paciente será menos capaz de enfrentarse, por ejemplo, a la situación dental.

Las exposiciones circunscritas a los estímulos normales, aunadas a los efectos de experiencias que los individuos perciben como rechazos (de las personas significativas de su medio), impiden que muchos pacientes especiales desarrollen su máximo potencial como seres humanos. Todos estos sentimientos se relacionan con el comportamiento del paciente. Algunas de las sensaciones negativas son reflejo de experiencias médicas pasadas experimentadas por el paciente. Por esto, se requiere de motivación, compasión, paciencia e ingenio por parte del dentista para establecer la relación de confianza para comprender al paciente (26).

El hecho fundamental no es la incapacidad misma del paciente, sino la capacidad del paciente para controlar sus sentimientos respecto a sí mismo y a su afección incapacitante (26).

4) Enfermedades crónicas y deshabilidad progresiva.

(73) Nos dá a conocer algunas de las enfermedades crónicas - que pudiera presentar algún paciente considerado como especial o incapacitado debido a la misma situación que vive debido a las siguientes enfermedades:

- a) Retraso mental
- b) Diabetes
- c) Parálisis cerebral
- d) Defectos cardiacos congénitos
- e) Epilepsia

- f) Síndrome de Down
- g) Sordera
- h) Ceguera
- i) Hemofilia
- j) Hidrocefalia
- k) Accidentes (que pueden producir parálisis y defectos mentales).

Todas las enfermedades crónicas antes mencionada se pueden considerar también como deficiencias en el desarrollo, según la **Ley de construcción de medios para el tratamiento de deficiencias del desarrollo (65)**, las cuales son atribuibles también a **otro tipo** de afecciones neurológicas incapacitantes relacionada íntimamente con el retardo mental o que requieran de un tratamiento similar. Esta definición engloba los trastornos del aprendizaje, incluyendo dislexia del desarrollo, una incapacidad específica para leer de origen constitucional; sordera o dificultad para oír, y diversos grados de afecciones visuales. Es decir, se habla también de una deshabilidad progresiva. Estas afecciones pueden ser colocadas junto a las que forman **la gama de lesiones incapacitantes cognoscitivas, de percepción motoras y sensoriales encontradas frecuentemente en combina**ción. Es necesario comprender que de todos los niños con transtrornos del desarrollo, aproximadamente una tercera parte presentan dos lesiones, otra tercera parte solo una lesión, y el resto presentan tres o más lesiones (20).

- 5) **Medio familiar.** La familia de estos pacientes desempeña un papel especial en la situación dental. El grado de su participación varía desde marginal hasta indispensable, pero su contribución, su impacto y sus problemas merecen ser examinados (73).

La actitud de los padres se halla influida en gran medida por la salud física y mental del niño. Mucho tiempo después de una grave enfermedad aguda los padres generalmente continúan mostrándose ansiosos y excesivamente solícitos. Los sentimientos de los padres hacia sus hijos con parálisis cerebral y otras enfermedades incapacitantes crónicas son a menudo mezclas de -

afecto, rechazo, hostilidad y culpa.

En los hijos con problemas emocionales, debido a lesión cerebral, esquizofrenia u otras afecciones, las actitudes de los padres son con frecuencia erróneamente consideradas como causa del trastorno emocional del niño cuando son realmente -- reacciones hacia él (13).

La familia de una persona incapacitada comparte los riesgos y efectos de su enfermedad. La presencia de una persona con afección crónica dentro de la familia, causa cambios fundamentales dentro de esa estructura y funcionamiento familiar. Compartir las responsabilidades, los problemas y las satisfacciones pueden unir y enriquecer a la familia. Sin embargo, las -- presiones continuas pueden ser demasiado pesadas para la familia, lo que podría causar la ruptura de las relaciones familiares sólidas y amables (13) Bakwin asienta que es difícil -- asegurar quién sufre más, si el paciente afectado o la familia.

Los padres de un niño defectuoso luchan con sus sentimientos respecto a sí mismos y a su hijo. Algunos padres con madurez emocional y estabilidad aceptan al niño, amándolo, criándolo, buscando su desarrollo normal como los otros niños. Otros padres se sienten culpables por el defecto del niño. Estos y otros padres pueden sentir gran hostilidad hacia su hijo mal -- formado. Lo mismo puede suceder con el niño que fue considerado como un inteligente durante los años preescolares y el -- cual no alcanza ese supuesto aprovechamiento en la etapa escolar, los padres anteriormente cariñosos, pueden mostrarle apatía.

El dentista capaz de distinguir entre la madre verdaderamente cariñosa hacia el paciente especial será también capaz de valorar inteligentemente su utilidad para él y para el paciente durante el tratamiento dental. Los pacientes que albergan sentimientos de resentimiento contra uno de los padres suelen usar en ocasiones un sitio público, como el consultorio del -- dentista, para comportarse de tal forma que avergüence al progenitor (74).

6) Manejo del paciente especial.

a) Retraso mental. Aproximadamente 2.5 por 100 de los niños tienen C.I. menores de 70 y se les considera retrasados mentales, defectuosos mentales o débiles mentales. No hay una clara división entre la debilidad mental y la inteligencia normal en cuanto se refiere a las pruebas de actuación e inteligencia, sino una gradual progresión de una a otra (13).

El término "retraso mental" es inapropiado, porque supone que el desarrollo intelectual simplemente se ha hecho lento, por una razón u otra, pero podrá acelerarse después. Deficiencia mental es una designación más precisa, pero muchos la encuentran desagradable y despectiva (13).

(26) El retraso mental en un niño significa que el nivel de madurez intelectual medio probablemente nunca se alcanzará y que el desarrollo intelectual avanzará a un ritmo más lento que el normal. Así, un niño con I.Q. de 70 a los cinco años (edad mental, 3 1/2 años) puede esperarse, a los 10 años, que llegue a alcanzar la capacidad mental de un niño de siete años de edad. Durante los cinco años intermedios su desarrollo mental se habrá hecho a un ritmo de solo 70 por 100 con relación al promedio. Los niños con I.Q. entre 70 y 80 se conocen como subnormales o niños torpes. Su aprovechamiento escolar es generalmente deficiente, pero con estímulo y tiempo suficiente para el estudio pueden aprobar cada curso. La mayor parte de los niños torpes carecen de interés por el trabajo escolar, se muestran generalmente indiferentes a la opinión de sus maestros y no son ambiciosos intelectualmente. Por el contrario, es probable que sean tan buenos como el niño normal en el juego, que sean igualmente sociables y que se comporten normalmente fuera de la escuela. Como adultos, generalmente son capaces de mantenerse a sí mismos y a sus familias en ocupaciones sencillas (26).

La clasificación actual de la subnormalidad mental se basa principalmente en el informe del comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), (86) que la divide en dos grandes grupos: 1) el de los retrasados mentales, constituido por aquellos pacientes que tienen una formación y un ren

dimiento, educativo y social, notablemente inferiores a su capacidad de funcionamiento intelectual, y 2) el de los deficientes mentales, quienes "sobresalen por su obtención aún en el caso de que hayan desplegado al máximo sus capacidades". En lugar de las antiguas denominaciones legales y populares de sentido peyorativo (idiota, imbecil, débil mental) se recomiendan, para describir los niveles de subnormalidad mental, los términos cualitativos leve, moderado y grave que designan los grados comparativos de afectación intelectual. El problema de determinar cuáles son los niños deficientes o funcionalmente retrasados requiere a veces la colaboración del pediatra, el neurólogo, el psiquiatra, el psicólogo, el asistente social y el educador. Es comprensible, pues, que los mejores medios diagnósticos estén basados en un enfoque multidimensional (14).

- b) Condiciones neuromusculares. La subnormalidad mental se caracteriza por formas de expresión específicas para la edad. En la lactancia los principales problemas son los de retraso del desarrollo, que se manifiestan característicamente por el retardo en la aparición de las habilidades motoras propias de la edad y por la falta de respuestas adecuadas al ambiente. Durante la infancia los principales puntos de referencia son las insuficiencias del lenguaje, de la comunicación y del juego. En los años escolares la cuestión de una posible subnormalidad mental la plantean de forma combinada las dificultades específicas y generales del aprendizaje y el infantilismo social.

Puesto que los resultados de la observación diagnóstica para cada edad son acumulativos, no es de extrañar que el diagnóstico de subnormalidad mental vaya aumentando de frecuencia con la edad, basta alcanzar un máximo en los primeros tiempos de la adolescencia. A partir de ésta, la frecuencia del diagnóstico disminuye como resultado de la inserción de las personas ligeramente defectuosas en la sociedad y su ocupación en las labores útiles (82).

- c) Anormalidades en comunicación. (74) Los dentistas se preocu--

pan por la incapacidad de algunos pacientes especiales para comunicarse en forma normal como otros pacientes. Los pacientes especiales, como los demás, presentan una gran variedad de diferencias y de capacidad de comunicación. Algunas de estas diferencias se relacionan con la incapacidad física, aspectos mentales y factores emocionales. Si el dentista puede identificar la etiología de los problemas de la comunicación del paciente, podrá utilizar técnicas de comunicación más eficaces. Por ejemplo, (74) nos dice, si el paciente no es capaz de seguir instrucciones debido a un problema auditivo, el dentista deberá escribir sus instrucciones y esperar que el paciente sea capaz de responder. Sin embargo, si el problema es causado por alguna deficiencia mental, la escritura no constituirá un medio útil para comunicarse con el paciente.

Los dentistas que tratan a pacientes con deficiencias mentales y otros pacientes especiales con problemas de comunicación deben emplear una gran variedad de técnicas para la comunicación; por ejemplo, emplear palabras sencillas y evitar la utilización de instrucciones dobles tales como "inclina la cabeza hacia atrás y abre la boca". La técnica de "decir", "enseñar" y "hacer" es (74) valiosa para el proceso de comunicación, Hablar con los pacientes acerca de sus intereses especiales tiende a relajarlos y propicia el buen entendimiento con el dentista. Aprender y utilizar el nombre que más le agrada al paciente al que está más acostumbrado ayuda a que el contacto profesional sea más personal. Adaptar la visita dental al ánimo del paciente y al tiempo disponible es fructífero. Es prudente que el dentista otorgue al paciente su atención total durante el tiempo que se encuentran juntos. Esto ayudará al paciente a saber que el dentista se encuentra realmente interesado por él como individuo (74).

Con pacientes especiales, los aspectos verbales de comunicación pueden no producir una reacción. En este caso, el dentista deberá emplear técnicas no verbales para comunicarse con este tipo de pacientes. La comunicación táctil es una de las técnicas más satisfactorias para establecer contacto. Median-

te este método, el paciente que no responde a ningún otro tipo de comunicación, podrá enterarse de la preocupación del -- dentista al sentir una mano tranquilizadora sobre el hombro o un movimiento repetido de la mano sobre la cabeza. Este tipo de contacto permite que el paciente comprenda que el dentista está interesado por él.

Los dentistas, como las demás personas, en ocasiones confunden los conceptos de limitaciones mentales e insensibilidad e emocional. Las personas con defectos mentales aún poseen sensaciones emotivas. Estos pacientes comprenderán si son tratados con bondad o no, y si el dentista es amigo o enemigo. Su percepción del dentista y de su personal puede hacer que las visitas sean fructíferas o desagradables. Hay momentos, durante el proceso terapéutico en los que el dentista inadvertidamente puede provocar dolor al paciente. Algunos pacientes especiales no pueden expresar el dolor verbalmente ni explicar la localización del mismo. Por lo tanto, es indispensable para el dentista que desea evitar provocar un episodio doloroso para el paciente, conocer la forma mediante la cual el paciente le indique que se encuentre molesto. La observación de estas señales, tales como apretamiento de los puños, rigidez del cuerpo, llanto y sudación, indicará al dentista las reacciones del paciente al tratamiento (74).

CAPITULO IX

TECNICAS FARMACOTERAPEUTICAS EN EL MANEJO DEL COMPORTAMIENTO.

1) Selección de drogas y vías de administración.

La decisión concerniente al tipo de droga a usar, así como la más conveniente vía de administración, puede hacerse en parte, basándonos en la conducta cooperativa del niño. Para esto (87) clasifica a los niños de la siguiente manera:

- a) Niños que necesitan de una premedicación preventiva.
- b) Niños que necesitan de una medicación continua.

(87) Los define de la siguiente manera: los niños que requieran de una premedicación preventiva, son aquellos que presentan respuestas anormales o forzados innecesariamente hacia una situación dental determinada. Ellos presentan varias formas de comportarse. Algunos pueden ser descritos como niños potencialmente cooperativos. El niño también puede ser semicooperativo, pero con una tolerancia baja en el consultorio dental, por lo tanto, se requiere de una premedicación para auxiliar su manejo, y así completar su tratamiento dental.

El niño tímido es un excelente ejemplo para este caso.. El cooperará mientras el dentista, por ejemplo, tomó radiografías, y tal vez no lo impida al dentista realizar una profilaxis.

Siempre él necesitará de una mayor ayuda a medida que los procedimientos vayan en aumento. La conducta de un paciente pequeño ó de un niño tímido podría deteriorarse, manifestándose con una alteración en su comportamiento durante procedimientos operatorios en las citas subsecuentes, ésto si es manejado incorrectamente. La premedicación es uno de los medios para manejar a ese niño potencialmente cooperativo.(87).

No está contraindicado el uso de agentes farmacológicos en niños pequeños, guardando también una relación hacia el tratamiento dental en niños mayores.

Podrán manifestarse reacciones diferentes en unos de otros. Algunos niños mayores, podrán presentar dificultades con el sueño la noche anterior a su cita con el dentista. Otros reaccionarán sintiéndose bien o más tranquilos conforme aumentan las visitas en el consultorio. Estas respuestas no necesariamente se deben de presentar.

Aunque muchos de éstos pacientes se pueden controlar sin medicación, obteniéndose una actitud positiva hacia el tratamiento dental; otros requerirán de una premedicación para facilitar el manejo del comportamiento (87).

(55) Koopel y Album (2) opinaron que la premedicación pudiera colocar al niño en un "estado de calma", y que la droga podría facilitar el tratamiento dental, manifestándose alteraciones en su estado de ansiedad, reduciéndose la sensibilidad del niño. La premedicación debe ser administrada por los padres previamente a la cita. Si el niño presenta dificultades con sueño, entonces podría dársele la medicación oralmente la noche anterior a la cita.

La 2a. clasificación de los niños para el uso de drogas, incluye a aquellos que necesitan de una medicación para el manejo del comportamiento. Estos niños no controlan su conducta en el consultorio dental, y son descritos como niños "faltos de habilidad cooperativa".

Puede tratarse de niños con retraso mental, niños con problemas emocionales, o demasiado pequeños; con lo cual la comunicación entre el niño y el dentista es casi imposible. Probablemente en estos casos el dentista no podrá obtener ni siquiera un estudio radiográfico adecuado. La comunicación verbal sería mínima, en especial por parte de ellos. Por consecuencia el dentista "fracasará" con ese paciente.

(87) Nos dice: es importante la experiencia del dentista para aprender a reconocer dichos casos. Algunos de estos niños requerirán de hospitalización para su tratamiento, pero muchos podrán ser atendidos en el consultorio dental privado.

Los niños muy pequeños deberán ser catalogados como "necesaria-

mente medicables". Cada pregunta que haga el dentista deberá ser contestada por los padres de los pequeños, los cuales informarán oportunamente al dentista en caso de existir problemas de conducta.

Las preguntas que se harán podrán ser las siguientes:

¿Cómo se comporta el niño en el consultorio del médico?. Si el niño es muy variable en su comportamiento cada vez que acude al médico, se podrá esperar que cuando vaya al consultorio dental presente problemas para manejarlo.

¿Si el niño ha sido hospitalizado?. Una experiencia de este tipo, a menudo, es causante de que el niño sea más aprehensivo en el consultorio dental.

¿Si el niño acostumbra a dormir "siesta"?. Si a los 2 ó 3 años el niño toma siesta, el dentista debe suponer que el niño es muy activo, y por lo tanto va a requerir de una mayor dosis del fármaco para poder controlar su conducta en el consultorio.

¿A qué hora acostumbra a dormir el niño?. Un niño preescolar -- que tiene las mismas horas de sueño que sus padres puede ser muy activo, ó que no lleva disciplina alguna al respecto.

¿Avisa el niño para ir al baño?. Si a los 2 y medio años el niño no avisa, el dentista deberá estar consciente de los problemas que presentará el niño por la falta de este hábito o entrenamiento.

¿El niño es obstinado?. Un niño desafiante" podría luchar, dar de gritos en el consultorio dental, así como a negarse a tomar algún medicamento.

Si bien, la medicación se usa en niños que se encuentran por debajo de los 2 años de edad, los efectos sobre estos jóvenes pacientes pueden ser altamente variables.

Por esta razón algunos dentistas prefieren tomar otra alternativa, por ejemplo, en algunos procedimientos como eliminación de caries no profunda, cementación de bandas, en los cuales se requiere de una menor cooperación por parte del paciente, éstos no son medicados; en caso con ó sin medicación, el dentista puede solicitar la ayuda de los padres para controlar al niño.

Si la madre es aprehensiva (lo son usualmente), entonces la medicación para ella podrá ser de ayuda. Bajo estas circunstancias

el niño y la madre podrán ser acompañados por otro adulto. Cuando se medican a niños entre los 2 y 3 años de edad, aproximadamente el 40 % de ellos tienden a llorar intermitentemente mientras se les atiende. En este caso se debe avisar a los padres que el medicamento empleado puede no resultar tan efectivo como nosotros quisiéramos. Algunos dentistas están de acuerdo en que serviría de ayudatomar en cuenta la hora en que el niño toma su siesta.

El día de la cita, el niño se levantará temprano, y deberá mantenerse en constante actividad durante todo el día hasta la hora de su cita. El niño podrá asistir al consultorio en pijamas o con su juguete favorito; esto ayuda a reforzar el sueño del niño al salir de la consulta (87).

- 2) **Restricciones.** El dentista debe estar capacitado para usar adecuadamente la medicación. Davis (30) describió el uso del "pedi wrap (87), sugiriendo que la medicación hace sentir al niño más seguro y confortable, facilitando así el uso de dicho "restructor". Kroll (56) reportó el uso de un tipo similar de "restructor", lo utilizó en el 50% de 75 casos, esto, para un mejor control físico, mental y emocional del niño. También aunado al uso del "restructor" utilizó un tipo de "abre bocas".

Otro tipo de "restructor" parecido es el Olympic Papoose Board (87). Este invento se emplea como una grapa que envuelve al cuerpo del niño (como si lo envolviéramos en una cobija), nos sirve de ayuda en los episodios de resistencia física del niño, el cual a pesar de estar sedado puede presentar cierta resistencia durante el tratamiento dental (87).

El niño sedado puede reaccionar desfavorablemente mientras lo pasamos de la sala de espera al operatorio ó mientras realizamos la inducción de una anestésico local, el uso del "restructor" permite una rápida realización de ambas cosas. Después de esta experiencia el niño podrá acudir más cooperativo y dócil a citas subsecuentes.

Si bien las grandes dosis de medicación son obviamente necesaa-

rias para el control del niño durante el tratamiento dental, la sobremedicación incrementa la posibilidad de efectos colaterales indeseables y peligrosos. Cada dentista debe tener un margen o rango de seguridad por arriba del límite de la cantidad de droga a usar. Si con las dosis adecuadas de droga (cada una con sus restricciones) no se logra el control del niño, entonces éste se presentará como un candidato a tratar bajo anestesia general. (87).

3) Vías de administración.

- A) Administración oral.(27) Nos dice: la presentación de la droga debe de tomarse en cuenta. La presentación en elixir puede ser prescrita a niños pequeños, los cuales no pueden tragar o deglutir una tableta. Las tabletas pueden usarse para premedicar a niños mayores. En ocasiones aceptan tomar la tableta partida o molida en algún medicamento o comida, esto lo podemos usar como un recurso complementario.

El dentista debe de prescribir la droga tomando en cuenta el tiempo que se llevará el procedimiento a realizar. Nunca se surtirá o administrará algún medicamento sin entregar instrucciones a los padres por escrito. Debe de notarse la cantidad durante el que se tomará el medicamento. El dentista debe de conservar una copia de la receta, la cual contendrá detalladamente lo prescrito. Cuando son prescritas dosis múltiples, deberá explicársele claramente a los padres, la forma, cantidad y tiempo en que deberá tomarse (aparte de surtir la receta), esto para evitar posibles confusiones en la toma de dosis requeridas (27).

Ventajas de la medicación oral:

- a) Los padres pueden administrar el medicamento.
- b) El medicamento puede administrarse antes de la cita, y que éste mantendrá un nivel efectivo durante la misma, y
- c) La administración no le produce temor al niño.

Desventajas:

- a) Reducida absorción en el estómago o intestino, o que por el contenido de las comidas pueda anularse, retardarse, o prolongarse

el efecto de la droga.

- b) El dentista está sujeto a que los padres la administren.
- c) El niño puede reaccionar desfavorablemente hacia el olor y el sabor, ofreciendo así una resistencia sucesiva a seguirla tomando.
- d) Muchos medicamentos disminuyen su efecto por la vía oral.

B) Vía intramuscular. Para controlar al niño se puede aplicar un medicamento por esta vía. En ocasiones se utiliza sólo como único método de sedación, o usado en combinación con otras drogas administradas por vía oral, si esto ocurre la administración oral debe hacerse antes de la cita.

Cuando se va a usar ésta técnica para el control de niño, éste debe ser llevado al consultorio aproximadamente una hora antes de la cita. Su conducta y signos vitales pueden ser anotados por el dentista o su auxiliar antes de realizar el procedimiento. Después de la inyección se le debe distraer al niño, y conducirlo con sus padres al privado o sala de espera (27).

Indicaciones:

- a) Efectos más rápidos.
- b) Grandes efectos sedativos.
- c) Efecto de duración más o menos corto igual al de la vía oral, - aproximadamente 30 a 45 min. después de la inyección. El efecto máximo podrá ser prolongado. Durante este tiempo el dentista podrá observar y supervisar las condiciones del niño.

(2) Nos dice: podemos contar con tres sitios aceptables para la inyección intramuscular. Estos son: el área media lateral o cara anterior del muslo, el cuadrante superior externo del glúteo, y el área deltoidea.

El instrumental necesario consiste en una aguja desechable de calibre 25 ó 26, de 1 pulgada de largo apx., Recordando que si se llegará a formar un acúmulo de aire dentro de la jeringa éste deberá de ser sacado. Se debe de limpiar con alcohol la aguja antes de inyectar, al igual que el tejido donde se va aplicar la inyección. La piel del músculo a inyectar será tensada y retraída con los dedos ó presionada suavemente para aplicar la

inyección. La inyección intramuscular en la zona lateral ó anterior del muslo ofrece las siguientes ventajas:

No se encuentran vasos o nervios importantes en el área. El músculo lateral cubre la entrada anterolateral del muslo y acepta fácilmente la entrada de 2cc. de solución (en niños de 3 a 4 años).

La inyección podrá efectuarse colocando la palma de la mano sobre la rodilla, la aguja deberá insertarse dentro de la cara anterior o lateral del muslo, perpendicularmente a la piel. El dentista debe colocar al niño sobre el sillón dental en posición horizontal y bloquear con la espalda la visión del niño.

La inyección en los glúteos ofrece ciertas ventajas, el niño puede ser colocado boca abajo sobre las piernas de la asistente mientras el dentista administrará el medicamento. Para evitar daños al nervio siático, la inyección deberá hacerse dentro del cuadrante superior del glúteo y para mayor seguridad bajo la cresta del íleo dentro de los músculos glúteos medios. En un niño mayor de seis años se puede aplicar arriba de 2cc. de solución.

El músculo deltoídes puede considerarse como un posible sitio para inyección intramuscular. Pero en este caso siempre será más difícil el control del paciente y no se podrá inyectar más de 0.5 a 1cc. de solución.

El nervio radial circula hacia afuera y por debajo del brazo en su parte posterior, cerca del tercio medio de la parte superior del brazo.

La inyección deberá hacerse aproximadamente 2 pulgadas abajo del acromiún, dentro de la cara lateral posterior del músculo.

Uno de los autores (29), menciona una interesante experiencia: Tres días después de sucedida la medicación en una niña de 5 años, (se le aplicó 25mg de meperidina y 25mg de prometacina) la madre llamó, diciendo que la niña cojeaba y le dolía el sitio donde se había efectuado la punción. El área del glúteo fué seleccionada para administrar el medicamento. Al revisarla, se encontró que la zona dolorosa se encontraba efectivamente en uno de los traseros, pero el dentista no recordaba haberlo he-

cho en esa zona. Sólo cuando la niña reveló que jugando en el patio se agachó y se pinchó con un clavo en esa parte, la niña no lo había mencionado ya que se le había prohibido jugar en ese lugar. E aquí la importancia de recordar el sitio de la inyección.

- C) Otras vías de administración. Algunas drogas también válidas para la sedación son los supositorios, los cuales son administrados por vía rectal (hidrato de cloral y prometacina). Este método representa sólo una pequeña ventaja en odontología, además que esta vía de administración es muy poco mencionada en literatura dental concerniente a sedación.

Muchas de las drogas utilizadas para sedación pueden ser administradas por vía endovenosa, pero existe la posibilidad de incrementar los efectos colaterales, así como la velocidad y severidad con que puedan ocurrir.

Esto podría ser una contraindicación para usar esta vía de administración. (83) Wilson y colaboradores, hacen notar que la administración intravenosa de petidina (meperidina), puede producir una severa depresión respiratoria y una hipotensión. Por lo tanto, recomiendan el uso de otras vías. (45) Hargreaves, estudió en el Reino Unido el uso de Hidroxicina por vía endovenosa para sedación en niños y adultos. Encontró inadecuado el método en niños, su estudio demostró que el ínfimo uso que tiene esta vía de administración puede llegar a desaparecer entre los odontopediatras.

Algunas drogas sedativas pueden ser administradas con seguridad por vía submucosa. Su inducción puede realizarse en los sitios más comunes que se utilizan para anestesiar localmente.

Si el dentista quiere sentirse más seguro al utilizar una inyección sedante, puede seleccionar esta vía debido a las ventajas que ofrece. Después de inyectar por vía intramuscular o submucosa podemos "aspirar" con la jeringa teniendo la seguridad de no tener ningún accidente, no así al hacerlo por vía intravenosa. (84) Wittrock y Fisher, demostraron que la sangre puede ser aspirada con una aguja calibre 30.

4) Signos vitales. Entre otros efectos que nos puedan presentar muchas drogas, tenemos el aumento del pulso y la respiración. La mayor parte de la literatura dental no reporta o menciona los efectos sobre los signos vitales. Aunque cada uno de los datos sobre signos vitales suelen ser no muy exactos, al establecerlos clínicamente el dentista debería anotar y revisar (llevando un control) del pulso y la respiración de cada niño que ha sido medicado. Este control nos puede dar datos base clínicos para poder detectar cambios y anormalidades, particularmente importante cuando se utilizan inyecciones sedantes.

El pulso puede ser localizado y palpado fácilmente sobre el cuello en la arteria carótida, en la superficie del temporal, o en la arteria del maxilar en su parte externa. Podemos sentir fácilmente la arteria superficial del temporal inmediatamente adelante y arriba del oído.

La arteria maxilar externa se puede sentir en la curva ascendente cerca del borde inferior de la mandíbula, en el ángulo delantero inferior del músculo masetero.

El pulso puede ser checado cada cinco minutos por el cirujano dentista o por su ayudante.

La respiración en los niños es de aproximadamente 15 a 20 respiraciones por minuto. Cada 5 minutos el niño debe de tener una respiración suave y profunda. La respiración del niño puede ser:

- a) Profunda torácica.
 - b) Profunda torácica y abdominal.
 - c) Ligera torácica.
 - d) Ligera torácica y abdominal.
 - e) Ligera abdominal. Si el niño llegará a presentar este tipo de respiración se puede decir que presenta dificultad al respirar. Es importante que el niño haga una respiración profunda cada cinco minutos, debemos recordar que el niño utiliza más el diafragma para respirar que el adulto. Podemos colocar al niño en posición supina y hacer una ligera presión sobre el diafragma y así lograr que el aire contenido en el abdomen salga.
- Comunmente la causa de obstrucción respiratoria es iatrogénica. El dentista inadvertidamente empuja la barbilla del niño hacia abajo, sobre todo al tratar dientes inferiores, por lo tanto la

entrada de aire está obstruida.

Esto debe prevenirse, manteniendo la barbilla hacia adelante y hacia arriba durante el tratamiento. Una toalla enrollada colocada abajo de la barba sobre el cuello nos puede ayudar a mantener la cabeza hacia atrás, evitando así el hundir la barba sobre la garganta (29).

La responsabilidad del dentista. Antes de incluir al niño en alguna de las dos amplias clasificaciones dadas anteriormente, la droga apropiada deberá seleccionarse. La selección de la droga se hará en base a un cuidadoso estudio por parte del dentista sobre dosis, efectos, administración, efectos colaterales y contraindicaciones de cada droga. Siendo así, se podrá seleccionar también la vía de administración a medida que el paciente lo necesite. Si bien, existen excelentes programas sobre instrucción para el uso de sedantes, el dentista deberá estudiar la literatura que se refiere particularmente al uso de drogas antes de intentar administrarlas.

(2) Aún pensando en la administración intramuscular ó intravenosa de hidroxicina, el fabricante nos reporta "No se deberá, bajo ninguna circunstancia, inyectarse subcutánea o intraarterialmente". Si lo hacemos subcutáneamente puede ser doloroso y producir una necrosis en esa área, una escuela muy embarazosa de nuestro intento de sedar al niño con (hidroxicina).

El dentista deberá de familiarizarse con este tipo de información, la cual sólo podrá lograrse con una escuela apropiada.

La responsabilidad del dentista para medicar a los niños se incluye tanto en el consultorio, como en el hogar, hasta la recuperación del pequeño. Los padres deberán estar informados y saber que esperar. El niño puede dormir por unas horas o hasta el día siguiente de haber sido medicado para el tratamiento dental. Algunos niños medicados se duermen por la tarde. Los padres deben de tener cuidado al respecto, a algunos niños debe de mantenerseles sin hablar mientras se les refuerza el sueño después de la cita. En ocasiones es de ayuda que los padres se acuesten con los niños, ésto es por si el niño no llegara a dormirse, los padres lo pueden mantenerse tranquilos, esta es una dificultad

que se nos presenta, pues debemos de evaluar la capacidad de los padres para tratar con el niño sedado.

Las preguntas usadas por el dentista para pronosticar el comportamiento y susceptibilidad del niño hacia la sedación, a veces revelan en gran proporción la ayuda que podrán ofrecerle los padres. Haciendo una evaluación de la conducta que adoptarán los padres hacia el niño medicado, nos podremos valer para poder clasificar al niño dentro de los dos grandes grupos.

Mientras nosotros tratemos a un niño, nos veremos envueltos en lo que llamaríamos "tratamiento triangular paidodóntico" (2).

- 5) Hidroxicina. Es uno de los más populares ataráxicos usado en el consultorio para disminuir la ansiedad en los niños (1) (4) (19).

(9) Ayd reportó en que el Atarax tiene un valor definitivo en el tratamiento del niño neurótico e hiperactivo. Sugiere además que una sola dosis, o bien dosis repetidas de 25mg por vía oral unas cuantas horas antes del tratamiento dental alivian la ansiedad del niño en gran parte.

(1) Abramsen estudió el efecto de la hidroxicina como auxiliar de la anestesia local, y concluyó que el Atarax es muy valioso como complemento de la anestesia local y como ansiolítica.

La estructura química de la hidroxicina, es muy similar a la de algunos antihistamínicos. La hidroxicina es un sedante antihistamínico, derivado piperazínico, y por lo tanto, es químicamente diferente a otras drogas ansiolíticas o tranquilizantes.

- a) Farmacología. El modo de acción de la hidroxicina no ha sido bien determinado, pero se piensa que hay una supresión de la actividad en ciertas áreas subcorticales del sistema nervioso central.

Es absorbida rápidamente en el tracto gastrointestinal, el tiempo que tarda en hacer efecto es de 15 a 30 minutos.

La duración del efecto es entre 2 y 4 horas.

- b) Efectos secundarios. A la fecha no se han encontrado efectos secundarios importantes con la administración de hidroxicina. A dosis terapéuticas rara vez obstaculiza la agilidad mental. Pue-

de ocurrir somnolencia, generalmente transitoria. A dosis elevadas puede presentarse resequead en la boca.

- c) **Precauciones.** La acción potenciadora de la hidroxicina sobre otros agentes depresores del sistema nervioso central es moderada, pero debe tenerse en consideración cuando ambas drogas se emplean al mismo tiempo. En tal caso las dosis deben reducirse.
- d) **Indicaciones.** Se indica en pacientes con problemas emocionales y de comportamiento. Actuando como tranquilizante, antihistamínico y potenciador de otras drogas, como barbitúricos y meperidina.

Preparación. Atarax y Vistaril.

Presentación:

- a) Atarax, tabletas de 10 y 25 mg. Jarabe de 10/5 c.c. Parenteral 25 mg./c.c. 50 mg/c.c.
- b) Vistaril, cápsulas de 25 mg. 50 mg., 100 mg. Suspensión 25 mg./5 c.c. Parenteral 25 mg/c.c. 50 mg/c.c.
- e) **Dosis infantil.** Desde 10 a 100 mg. en una toma o en varias tomas divididas.

(55) **Kopel** recomienda de 30 a 50 mg., antes de que niño vaya a la cama la noche anterior a la cita, y de 30 a 50 mg., 1 hora antes de la cita.

- 6) **Diazepam.** Es un derivado benzodiazepínico al igual que el clorhidrato de clordiazepónido y el Oxacepan. Considerados como tranquilizantes menores.

Estos medicamentos son utilizados contra la ansiedad y además poseen acción relajante de músculos esqueléticos de tipo central. La benzodiazepina más utilizada en odontología infantil es el diazepam. (12)

- a) **Farmacología.** Por la inhibición de zonas cerebrales bien definidas, el diazepam conduce a la distensión psíquica y neurovegetativa, a la calma suprime la angustia y mejora la disposición para el sueño. Produce una clara relajación de la musculatura estriada. Duración del efecto de 3 a 4 horas.
- b) **Efectos secundarios.** Somnolencia, ataxia, síncope, excitación paradógica, exantemas, náuseas.

Precauciones. Insuficiencia hepática y renal, discracias sanguí

neas.

c) En general, en todos los casos en que la ansiedad y tensiones graves, excitación ansiosa, irritabilidad exagerada; dominan al paciente.

d) Preparación. Valium

Presentación. Tabletas de 2, 5 y 10 mg. Solución inyectable de 5 mg/ml.

e) Dosis infantil. De 1 hasta 5 años 2mg 3 veces al día, y 2 mg una hora antes de su cita.

De más de 5 años 2 mg tres veces al día.

7) Prometacina. Es derivado fenotiacínico, droga antihistamínica.

La prometacina es un polvo de color blanco y olor característico, muy soluble en agua, alcohol, cloroformo (69)(3).

a) Farmacología. Es bien absorbida por el tubo digestivo. Prácticamente todo el medicamento es alterado por el metabolismo y es eliminado en menos de 24 horas. La prometacina es muy poco tóxica utilizada a dosis recomendadas, usada como premedicación preparatoria, reduce el riesgo de un shock anafiláctico por la infiltración de la anestesia local.

b) Efectos secundarios. Esta droga utilizada en pacientes ambulatorios puede tener efectos atropínicos, como: visión borrosa, mareos y resequead de la boca.

c) Precauciones. En pacientes con epilepsia o padecimiento hepático.

d) Indicaciones. Su uso básico es como potencializador de analgésicos. Además presenta las siguientes propiedades:

a) Antihistamínico.

b) Sedante.

c) Produce ligera amnesia.

d) Antialérgico.

e) Potencia a depresores del sistema nervioso central, como pentobarbital y meperidina, haciendo posible una reducción de estas drogas y reduciendo el riesgo de una depresión respiratoria y circulatoria.

e) Preparación. Fenergán.

Presentación. Tabletas de 12.5 mg y 50 mg. Jarabe 6,25 mg/5c.c. y 25/5c.c. Supositorios 25 mg. y 50 mg.

Dosis infantil. De 6.25 mg. a 25 mg. dependiendo de la edad del paciente y de su combinación con otras drogas.

- 8) Hidrato de cloral.** El hidrato de cloral es un hipnótico no barbitúrico viejo pero muy útil en odontología infantil. Es un sólido cristalino, de olor aromático y penetrante, es soluble en agua, alcohol, éter, cloroformo y grasas saturadas y volátiles (69).
- a) **Farmacología.** En dosis hipnóticas actúa sobre corteza cerebral para reducir la excitación tanto motora como sensorial e inducir al sueño. Los centros medulares no son afectados y el pulso, presión arterial permanecen normales. El hidrato de cloral se metaboliza en los tejidos produciendo tricloroetanol, que se elimina en la orina como glucurónido.
- b) **Efectos secundarios.** La toxicidad del hidrato de cloral es baja, pero aumenta con la ingestión de alcohol. En algunos pacientes llega a producir irritación gástrica, por lo que se recomienda tomarlo con medio vaso de agua o leche.
- c) **Precaución.** Pacientes con trastornos cardiacos, trastornos hepáticos y trastornos renales.
- d) **Indicaciones.** El hidrato de cloral es usado principalmente en niños muy pequeños. Se utiliza como hipnótico, coadyuvante de analgésicos. También puede usarse con barbitúricos para inducir al sueño.
- e) **Dosis infantil.** Hasta 6 años. Sedante 250mg. y 500 mg. Hipnótico 1000 mg. y 1250 mg. Comienzo de la acción de 30 a 45 minutos. Duración de 3 a 5 horas. Dosis base 50 mg./Kg. de peso.
- 9) Meperidina.** De los analgésicos narcóticos la meperidina es el más utilizado en el consultorio dental. Usándolo para reducir la ansiedad. La meperidina es un derivado sintético parecido al del opio, los preparados comerciales pueden ser: demerol, peridina, isonipecaina, dolantín (3) (56).
- a) **Farmacología.** La meperidina es considerada de gran potencia anestésica, 50 mg. de meperidina equivalen a 8 grs. de morfina,

es tal su potencia que en procedimientos dentales como: preparación de cavidades en dientes primarios, extracciones de dientes primarios próximos a exfoliar, pueden realizarse sin el auxilio de anestesia local, y eliminando la ansiedad y depresión.

En cuanto a sedación, la meperidina produce efectos sedantes moderados. Se metaboliza a nivel hepático.

- b) Efectos secundarios. La meperidina es tan depresora de la respiración como la morfina. Album (3) menciona que la dosis de 75 mg. de meperidina provoca una depresión respiratoria equivalente a la provocada por 10grs. de morfina.

En lo que se refiere a otros efectos, Lampshier (57) menciona que la meperidina tiene un efecto benéfico en el corazón, ya que una vez administrada, la duración de irregularidades cardíacas se reduce.

La frecuencia del pulso no disminuye anormalmente, incluso, en pacientes con el pulso alterado tiende a disminuirlo. No afecta significativamente la presión sanguínea, los niveles de azúcar en sangre, la hemoglobina, el recuento de glóbulos blancos y rojos; siempre y cuando se use la dosis recomendada.

Como reacciones adversas al uso de éste analgésico narcótico, tenemos:

- a) Dependencia de la droga.
 - b) Desorientación. (mareos)
 - c) Euforia.
 - d) Disturbios gastrointestinales.
 - e) Constipación.
 - f) Depresión respiratoria.
 - g) Toxicidad aguda.
- c) Precauciones. Lesiones en la cabeza y después de una craneotomía
Asma bronquial. Alcoholismo agudo. Trastornos convulsivos.
- d) Indicaciones. Pacientes con daño cerebral. Pacientes con problemas mentales y/o físicos. Pacientes que no pueden ser anestesiados completamente.

Preparación. Demerol clorhidrato.

Presentación. Tabletas de 50 y 100 mg. Elixir. Cucharadas de 50 mg./5c.c. Intramuscular ampollitas de 25, 50 y 100 mgs. y vehículos de 30 c.c.

e) **Dosificación de meperidina en pacientes ambulatorios para medicina en el consultorio dental.**

Album (3) recomienda que las dosis de meperidina para el tratamiento dental debe ser mayor a la dosis estandar por unidad de peso, para obtener un mejor resultado.

E D A D	D O S I S
1.5 - 2 años	20 mgs.
2 - 2.5 años	30 mgs.
2.5 - 3 años	35 mgs.
3 - 4 años	40 mgs.
4 - 6 años	50 - 60 mgs.
6 - 8 años	60 - 75 mgs.
8 - 10 años	75 - 85 mgs.
10 - 15 años	85 -100 mgs.

El tiempo que tarda en hacer efecto, depende de la vía de administración, por vía oral tarda de 45 a 50 minutos, por vía intramuscular de 10 a 15 minutos.

La duración del efecto varía de 1.5 a 3 horas.

CAPITULO X

OXIDO NITROSO

1) Inhalación en niños.

Actualmente ha surgido el interés por la utilización de analgesia a base de óxido nitroso en Odontología Clínica, o el de su uso como sedante.

a) Fisiología y Farmacología.

Gas no explosivo, de olor agradable, con potencia anestésica baja. Siempre que se administre óxido nitroso siempre deberá acompañarse por lo menos de un 20% de oxígeno, excepto durante la inducción cuando se usan concentraciones más altas (proporción 85:15) de la anestesia, ésta puede ser administrada brevemente pero no por más de 2 a 3 minutos. Con la utilización del óxido nitroso podemos obtener buenas propiedades anestésicas (58).

No estimula la salivación, casi no tiene efectos adversos en el Sistema Respiratorio y cardiovascular ni en las funciones renales, hepáticas o metabólicas; siempre y cuando la mezcla contenga 20% de oxígeno y la ventilación pulmonar sea mantenida por respiración artificial, esto después de administrar un relajante del músculo esquelético. Hipoxia por difusión pudiera ocurrir brevemente después de dejar de administrar la anestesia con óxido nitroso por tiempo prolongado. Se deberá administrar una dosis adicional de oxígeno durante la recuperación de la anestesia.

El óxido nitroso es 25 veces más soluble en la sangre que el nitrógeno, por lo tanto, si una bolsa de aire estuviera presente en el cuerpo durante la administración se deberán tener precauciones contra el embolismo airoso durante la anestesia.

El óxido nitroso está contraindicado en presencia de neumotórax, íleo adinámico y neumoencefalopatía. Ha llegado a ocurrir depresión de la médula ósea pero solamente después de administrar el óxido nitroso por más de 24 hrs.

Náusea y vómito son raros después de una dosis pequeña a menos que ocurra hipoxia, la incidencia es menos después de la adminis-

tración de óxido nitroso que por ejemplo después de administrar -
Ciclopropano o éter.

La recuperación es relativamente breve de 2 a 10 minutos a menos
que agentes suplementarios hayan sido usados o la administración
haya sido prolongada (33).

Efectos farmacológicos.

El óxido nitroso afecta a todos los sentidos; así como la sensa--
ción de dolor. La ausencia de dolor puede persistir después de la
administración del óxido nitroso y oxígeno durante varias horas.

El volumen y composición de la sangre no son alterados por la ad-
ministración de este gas. El óxido nitroso disminuye la sensibili-
dad de las zonas bucal, nasal y laríngeotraqueal. Se reduce el pe-
ligro de espasmo laríngeo debido a la reducción de la sensibili-
dad de la laringe sin la depresión del centro respiratorio que -
puede observarse cuando se utilizan otros anestésicos por inhala-
ción (47).

Hipoxia asociada con óxido nitroso.

Debido a la reducción de oxígeno se provocan diversos niveles de
hipoxia. Es indispensable que al menos 25% de oxígeno sea combina-
do con la droga. La hipoxia se puede presentar por varias causas:

- a) Los medidores de flujos de la máquina pueden estar equivocados,
en especial a niveles de flujo bajos.

- b) Errores en el suministro de oxígeno.

- c) Puede presentarse hiperventilación durante y después de la ad-
ministración de óxido nitroso.

- d) Se ha demostrado que en altitudes altas puede presentarse ten-
siones de oxígeno reducida en la sangre arterial si se utilizan -
las mezclas acostumbradas.

- e) La hipoxia post-anestésica fué llamada por Fink (58) anoxia -
por difusión. (58)Fink expresó que el gran flujo inicial de óxido
nitroso del plasma sanguíneo a los alveolos pulmonares provoca hi-
poxia (anoxia por difusión) en la etapa de recuperación.

La anoxia por difusión y la hipoventilación están relacionados -

con el volumen de óxido nitroso eliminado y el período de mayor - peligro es durante los primeros 5 a 10 minutos de la recuperación. No se corrige este riesgo si la ventilación pulmonar es normal; - si la ventilación esta deprimida por cualquier motivo la anoxia - por difusión es un peligro considerable para el paciente. Este ti - po de hipoxia puede ser evitado durante el período de recupera--- ción mediante la administración de una cantidad adecuada de oxíge - no. El oxígeno debe administrarse en cantidades mínimas de 10 li - tros por minuto o mayores, para así eliminar el Oxido Nitroso del sistema. Se le recomienda al paciente respirar profundamente y pe - riódicamente para evitar las posibilidades de hipoventilación du - rante la recuperación (5).

Toxicidad con el óxido nitroso.

Algunos informes indican que el óxido nitroso es capaz de produ-- cir depresión de la médula ósea y en la cuenta leucocitaria des-- pués de la administración prolongada. Sin embargo éstos datos no indican que deba abandonarse su uso como agente anestésico. (58) Lassen encontró que el óxido nitroso desempeñaba un papel en la - etiología de la granulocitopenia y depresión de la médula ósea. - También demostró que las complicaciones hematológicas aparecen 4 días después de su inhalación. La administración de óxido nitroso y oxígeno al 50% como resultado que la cuenta leucocitaria descen - diera abruptamente hasta niveles de 2000 a 4000 células/cm³ de - sangre.

b) Administración.

Para Odontología Operatoria se puede suprimir la experiencia dolo - rosa con una combinación de 50:50 de óxido nitroso y oxígeno. (5) Persson demostró que con óxido nitroso al 40% y oxígeno al 60% se podría obtener analgesia suficiente para la preparación de cavi^{da} - des. El riesgo de hipoxia se reduce con estas concentraciones. - (58) Ruben demostró que en concentraciones de 50% y 60% de óxido nitroso la frecuencia de náuseas y vómito se reducía bastante. Analgesia en Odontología. Las concentraciones de 6 a 25% de óxido nitroso más oxígeno producen un efecto analgésico que permite rea - lizar ciertos procedimientos restaurativos.

(59) Lassener afirmó que si se exhorta a un paciente, durante la fase de inducción a tolerar algunas sensaciones dolorosas y si el paciente coopera, las concentraciones anteriores son adecuadas para la operatoria dental. La voz constante y monótona del Cirujano Dentista puede mejorar la cooperación del paciente durante toda la experiencia analgésica y algunos pacientes se duermen con un 30% de óxido nitroso si el ambiente es agradable.

Para los pacientes aprensivos, o con dolor intenso, esas concentraciones son inadecuadas (6 a 25%). En esta situación (58) Parbrooks encontró que el efecto analgésico del óxido nitroso es mayor si el paciente recibe un narcótico por vía intramuscular antes de la administración del analgésico. El uso de atropina deberá evitarse, debido a su acción antianalgésica la cual puede exigir mayores concentraciones de óxido nitroso.

Analgesia o Anestesia.

El paciente puede presentar amnesia en concentraciones de 45 a 65% de óxido nitroso. Podrá contestar una pregunta pero al llegar la concentración al 65% se llega a la amnesia completa y a un estado entre analgesia y anestesia. Esta etapa ha sido descrita en la literatura rusa y se llama anestesia analgésica. (58) Klock comunicó datos similares y llamó a esta zona amnalgesia. En concentraciones de 45 a 65% de óxido nitroso se presenta algunas veces náusea y vómito. Para procedimientos de mayor duración en Odontología reaurativa se considera dosis de mantenimiento a las concentraciones entre 45 y 65% de óxido nitroso; sin embargo esto puede variar desde 20 a 80%. Cuando la concentración de óxido nitroso llega hasta el 80% el paciente puede pasar de analgesia a anestesia.

Drogas utilizadas con las técnicas de óxido nitroso y oxígeno. En ciertos procedimientos que requieren de extracción, incisión, debridación de abscesos, puede ser necesario complementar la técnica de óxido nitroso y oxígeno con diversos tipos de fármacos. Los fármacos que pueden ser utilizados son los agentes narcóticos barbitúricos de acción ultracorta y otros agentes por inhalación

así como inyecciones de anestésicos locales.

Agentes anestésicos narcóticos: Su principal ventaja es que al unirse con anestesia a base de óxido se eleva el umbral de dolor. Utilizando los agentes anestésicos narcóticos existe la posibilidad de ausar una depresión respiratoria, lo cual puede ser evitado administrando un antagonista narcótico. El más usado es la meperidina.

Barbitúricos de acción ultracorta: Producen un estado de narcosis basal, durante el cual pueden realizarse la mayor parte de los procedimientos prolongados y dolorosos. Los barbitúricos producen un estado de sedación, mientras que el óxido nitroso y el oxígeno un estado de analgesia.

Otros agentes por inhalación: El uso del Halothane asociado con óxido nitroso y oxígeno está un poco limitado en pacientes ambulatorios debido a la frecuencia de arritmia cardiacas mencionadas por Forbes(59).

Anestesia local: Esa combinación dá un estado de bienestar o euforia a los pacientes cuando la anestesia local es eficaz. El paciente no percibe estímulos dolorosos y permite al dentista realizar múltiples procedimientos restaurativos y de exodoncia. Sin embargo, con esta técnica, el paciente deberá ser cooperativo y deberá comprender que existirá una sensación de presión que no podrá ser eliminada. El éxito de esta técnica dependerá de la preparación adecuada y de la cooperación del paciente (72).

c) Equipo

Una bolsa de reserva de 2 litros aproximadamente, puede usarse con los niños. Esto es igualmente importante en el sistema de inhalación, ya que nos provee un monitor visual de las respiraciones del niño.

Esta es útil especialmente en invierno, donde el clima sea severo y los niños esten muy abrigados.

Tubos dobles de la bolsa de reserva a la máscara nasal son convenientes sobre todo en sillones que presentan una división en el

respaldo. Estos conductos pueden ser deslizados dentro del respaldo y así disminuir el "jalón" que pudieran dar las "magueritas" ó tubos dentro de la nariz al reclinar el sillón. Al mismo tiempo añade comodidad al paciente (87).

La selección de la mascarilla nasal irá de acuerdo a la variedad de formas y contornos faciales de los niños. Por lo general es suficiente el contar con tres medidas.

Las mascarillas nasales fabricadas de silicón ó hule flexible son preferidas sobre las de hule convencionales, debido a que las primeras son más fáciles de limpiar y se amoldan mejor a los contornos faciales. Es recomendable el limpiar la mascarilla con esponjas y alcohol. Una pequeña cantidad de pimienta en polvo puede agregarse a la solución de alcohol para eliminar el olor medicinal que puede adquirir la mascarilla. La mascarilla deberá sellar para evitar al mínimo el escape del gas por los lados.(5) (36) (87) Otras razones por las cuales deberá sellar bien la mascarilla será el riesgo de que el gas escape hacia los ojos del paciente, pudiendo producir irritación.

Las mascarillas de hule suave no deberán dejarse en soluciones para esterilización en frío, ya que esto aumenta su dureza y disminuye su período de duración (87).

Todos los sistemas de inhalación deberán de tener válvulas de espiración. Ambas válvulas con una aleta de plástico ó un resorte de tensión en las válvulas. Las válvulas con resorte, siempre, estarán un poco más frágiles y se deberán de tensar lo menos posible. Muchas máscaras nasales tienen una válvula de dilución agregada a la válvula de espiración. Si se cuenta con esta válvula, esta deberá permanecer cerrada todo el tiempo (5) (36). Esto permite que el acúmulo de la mezcla de los gases para inspiración permanezcan inalterables. Con esto, el operador logrará un mayor control sobre las concentraciones de óxido nitroso en el sistema. Varios tipos de flujómetros son fabricados. Los flujómetros altos son fáciles de leer y más precisos. Allen (5) estableció que los flujómetros largos son precisos en más o menos 5% de concentraciones calculadas. Por lo tanto, en la miniaturización de flujómetros

se observa un gasto innecesario, e introduce errores en las dosis así como un ajuste necesario de las válvulas al utilizar pequeñas cantidades.

Una pelotita en los flujómetros será suficiente para lograr un adecuado control de concentraciones de óxido nitroso. Usualmente, es fácil leer el valor del flujo cuando se coloca la "bolita" a la mitad. La mayoría de las veces facilita al dentista y a su asistente el leer el flujómetro al colocar al paciente en posición supina, ya que se tendrá colocado el flujómetro aproximadamente 30 pulgadas sobre el piso y por debajo del sillón (87).

(36) Los aparatos usados en Odontología para este tipo de sedación deberán de tener un diseño más generalizado. Esto traería ventajas y facilitaría el trabajar con niños. Ellos aceptarían a las características del equipo.

Trieger and Carr (78) también propusieron que los aparatos para inhalación deberían de diseñarse de manera que se evitaran las fallas constantes al usar el óxido nitroso y oxígeno.

d) Precauciones y complicaciones.

Indicaciones para el uso del óxido nitroso en Odontología.

Incisión y debridación de un absceso agudo.

Cuando son necesarios procedimientos operatorios múltiples y el paciente es muy aprensivo.

Niños y adultos que no son receptivos a las técnicas de anestesia por inyección.

Los retrasados mentales y pacientes con afecciones espásticas graves.

Contraindicaciones para la analgesia o anestesia con óxido nitroso.

a) Trismus asociado con celulitis del piso de la boca o el cuello, que pudiera afectar las vías aéreas.

b) Ingestión de alimentos ó líquidos poco antes de la administración del agente anestésico.

c) Ciertos problemas médicos, como cardiopatías graves, hipertensión

roidismo, diabetes no controlada, enfermedad de eritrocitos falciformes, infecciones de las vías aéreas superiores, enfisema grave y problemas asmáticos.

Complicaciones de la anestesia con óxido nitroso.

Cuando se produce hipoxia y no se administran anatómicos asociados con adenoides, amígdalas agrandadas y tumores que pudieran obstruir la farínge bucal, farínge nasal, o vía aérea faríngea, éstas técnicas deben evitarse. La sangre, restos de dientes, y materiales extraños pueden causar irritación a las cuerdas bucales, y esto puede provocar espasmo laríngeo parcial o total, como resultado una obstrucción parcial o total de la respiración y así producirse cianosis.

La hipotensión con respecto al desmayo sigue siendo el principal peligro en la anestesia dental según Bourne (72), esto mientras se conserve la posición tradicional en el sillón dental.

Cuando se va a administrar óxido nitroso al niño, es necesaria la premedicación para mitigar la aprehensión debido a que es su primera experiencia con analgesia. Paciencia y comprensión es recomendable ya que el niño debe tener tiempo de ajustarse a esta nueva experiencia; el uso de la mascarilla debe mostrársele así como el flujo de gases puede ser jugado en las manos del niño y también en sus mejillas, esto antes de colocar la mascarilla. La resistencia puede ser controlada con una suave presión física y haciendo fluir 50% de óxido nitroso directamente en las fosas nasales. Esta mezcla puede tener un efecto eufórico moderado y relajar al paciente lo suficiente para permitir que la mascarilla sea colocada, después de lo cual la concentración de óxido nitroso debe ser reducido al nivel apropiado, generalmente del 1% al 15% del flujo.

Debido a que la comunicación con los niños (verbal) es difícil e insegura, el dentista debe ser capaz de evaluar el grado de analgesia dependiendo de los cambios físicos y la conducta del paciente.

El dique de hule y un abre bocas son de ayuda. Sin embargo es importante recordar que el uso del dique de hule disminuye el efec-

to de dilución que se crea cuando la boca está abierta, por lo tanto es necesario disminuir la proporción del óxido nitroso (72).

CAPITULO XI

CONSIDERACIONES PRACTICAS PARA EL MANEJO DEL COMPORTAMIENTO.

1) Ganarse la confianza del niño.

Según (39) es probable que el niño entre al consultorio con miedo, por lo tanto el primer objetivo que deberá de alcanzar el dentista será infundir confianza al niño, y hacer que se dé cuenta que no es el único que pasa por esa experiencia. Si la práctica no está limitada a los niños, una manera eficaz de inspirar esta sensación es hacer que la sala de espera sea similar al medio familiar en varios aspectos. Al hacer esto se superará en gran parte las sospechas que cada niño tiene. Tratar de evitar que los pacientes niños vean sangre o dolores en los pacientes adultos. Las personas con ojos enrojecidos o perturbados emocionalmente enervarán a los niños. Una forma de evitar esto, citar a los niños o programar las visitas infantiles para un mismo día.

Es muy importante que el niño sienta que todas las personas del consultorio le infundan confianza. Esto habrá de verificarse con la ayudante del consultorio, la recepcionista ó la higienista, así como el propio dentista. Los niños son muy sensibles a emociones ocultas, e identificarán rápidamente cualquier falta de entusiasmo hacia pacientes infantiles, y esto les desalentará aún más. Si un dentista va a tratar a pacientes infantiles deberá asegurarse de tener los suficientes conocimientos psicológicos para manejar a niños sin producir traumas. El dentista deberá asegurarse que el personal que emplea ama a los niños y los trata bien, y que sabe como manejarlos. Que el dentista reciba al niño en la sala de espera en la primera visita será de gran ayuda. Al tratar a un paciente infantil por primera vez debemos llamarlo por su nombre de pila. Cuando sea posible dirigiremos la conversación hacia el niño. Por ejemplo al hacer la historia clínica le preguntaremos algunas cosas de cuando en cuando. El -

trato con el niño deberá de hacerse de manera normal y familiar.

(39) Recomienda no demostrar nunca exceso de entusiasmo ni ser demasiado insistentes. No darle la mano a la fuerza ni elevarle demasiado la voz. Tratar al niño con confianza en la voz y en los actos, pero de manera natural y cálida. Debemos recordar que los niños temen a las caras desconocidas, especialmente si parecen surgir de repente. Actitudes y voces amistosas y naturales dan mucha seguridad, porque no sugieren nada desagradable en el futuro.

A menudo, un niño de muy corta edad se negará a ir con el dentista a la sala de tratamiento y se aferrará al brazo de su madre. Si no se le puede convencer con palabras, debemos de acercarnos al niño de manera amistosa y rodearlo con los brazos como si lo fuéramos a abrazar. De esta manera se tiene el control del niño y se le puede recoger y llevar a la sala de tratamiento sin temor a que sus pies o manos dañen a nadie. Hacer que el niño sienta que somos los suficientemente fuertes para llevarlo y protegerlo, pero no como para lastimarlo.

Si el dentista tiene confianza en sí mismo, es seguro que algo de este sentimiento se trasmite a su paciente. Pero si el dentista es inseguro, se reflejará en el comportamiento del niño (39).

2) Horario de citas.

En la adecuada práctica dental para niños, se incluye el control de pacientes por medio de citas.

El período de espera en la recepción será de unos cuantos minutos. Largos períodos de espera no son recomendables, ya que esto tendrá efectos adversos tanto para el niño como para los pacientes. Siempre, si se lleva un horario de citas, se procurará que haya más niños en el consultorio al mismo tiempo, esto causará una impresión favorable en niños y adultos. Citas también limitadas y cortas, máximo de cuarenta y cinco minutos promedio para pacientes jóvenes. En niños de 2 a 3 años

el promedio de tiempo será más abajo aprox., de 30 minutos o menos, dependiendo del procedimiento operatorio a realizar y del patrón de comportamiento del niño.

En otros casos, donde los padres recorren grandes distancias, o tienen problemas de transporte para traer a los niños, entonces extenderemos nuestro período destinado a su cita (16).

3) Comportamiento del niño en el operatorio.

Los niños crecen en 3 dimensiones: psicológica, mental y emocionalmente. El comportamiento a cualquier nivel de edad depende de la interpretación entre estas etapas ó áreas del crecimiento. Si alguna de éstas áreas de crecimiento es acelerada o retardada, el patrón de comportamiento es afectado notoriamente. Esto es especialmente cierto cuando el desarrollo emocional es disturbado.

Infancia (del nacimiento a los 2 años de edad).

El infante depende de su mamá para su protección y cuidado, y está fuertemente ligada a ella desde su nacimiento hasta por lo menos los 2 años de edad. Aunque el cordón umbilical se le corta a la hora de nacer, él no puede sobrevivir sin su continuo cuidado físico y afectivo. Sus ligaduras persisten hasta mucho tiempo después de que su independencia física cae.

El infante no siempre es llevado al consultorio dental. Cuando viene al consultorio es generalmente para un tratamiento de emergencia tal como una herida o lesión en los dientes. Pero aún para una inspección simple, el ambiente dental es extraño y aterrador. Su reacción "normal" es de resistencia al atentado de entrar en su boca. La boca es un área extremadamente sensitiva en el infante y en el niño joven, y se resiste a cualquier atentado que la viole. Además, no está suficientemente coordinado como para obedecer órdenes tales como "abre tu boca", "saca tu lengua". El niño se comporta como si no lo oyerá, ó si lo oye, no entiende. Este tipo de comportamiento es muy frecuentemente usado por los niños a una edad mayor cuando no quieren obedecer (16).

Va que el niño es muy dependiente de su madre, él se entierra dentro de los brazos de ella como si fuera parte de ella físicamente, y que en realidad lo es. Las madres frecuentemente "sienten" el miedo ó dolor de sus niños. Cuando él es sacado de los brazos protectores de su madre reacciona violentamente. Le dá pánico ya que las ligaduras emocionales son muy fuertes a esta edad, el dentista haría mejor si no las rompiera y en cambio usarlas para acercar al niño. El niño está más seguro si se sienta en las piernas de su madre durante el exámen o tratamiento. Separando a la madre del niño puede haber histeria por parte de los dos. Es mucho mejor sentar al niño en las piernas de su mamá y usar a ésta como asistente

El dentista debería de proceder en su trabajo en una manera positiva pero amable y comprensible. El no debe preocuparse indebidamente por la resistencia ó el llanto del niño, porque son normales para su edad (16).

El apego del niño a su mamá está visible en la aparición casi universal del chuparse el dedo poco después del tercer año de edad. Entre el primero y segundo año de edad él usa su dedo pulgar como teta substituta entre comidas, y en la noche se lo chupa muy contento porque no hay nada más que hacer. El niño se pega a su mamá (al pecho) durante un largo rato por la vía de chuparse el dedo hasta que él se (desteta) aparte gradualmente de su mamá tanto física como emocionalmente (16).

Niñez temprana (de 2 a 4 años de edad).

Este es un período de transición de la infancia y del patrón de comportamiento infantil al niño preescolar independiente, autónomo. En casa el niño de tres años aparece como un explorador confidente de su medio ambiente inmediato, pero en momentos difíciles él rápidamente retrocede a la infancia y busca la seguridad con su madre. Esta edad busca el surgimiento de la individualidad del niño, pero es apenas un comienzo,

y no una verdadera independencia.

Esta es la mejor edad para presentar al niño con el dentista y comenzar un programa de cuidado de prevención dental. Esto es, que el niño deberá ser llevado para su visita inicial entre los dos y los cuatro años, cuando la mamá sienta que está listo y que pueda sacar provecho de la experiencia.

Alrededor de los dos años y medio ha completado su primera dentición, entonces comenzará la rutina del dentista, los exámenes orales y cuidado preventivo. Al principio el examen oral será lo único que se haga. Más tarde, se presentarán las radiografías y profilaxis dental; todo esto con la finalidad de que ser necesaria la preparación de cavidades por presentarse pequeñas lesiones cariosas el niño no se atemorice al ver trabajar la pieza de mano y puede adaptarse rápidamente a lo que para entonces es una experiencia común (16).

El niño de tres años está capacitado para sentarse en la silla dental por sí mismo. El permitirle a la madre sentarse donde él la pueda observar le dará confianza y lo ayudará a mantener su compostura. A los tres años el niño no habla mucho con extraños pero puede responder a órdenes directas. El puede aprender a abrir la boca, a mantener el eyector en la boca, a voltear su cabeza o a apretar sus dientes. El puede entender explicaciones simples (16).

El niño aterrorizado o inseguro responde bien a un acercamiento relajado y sin prisa, así como al dentista que le habla suave y amablemente, un niño aterrorizado rápido pierde el contacto con los extraños y se reapega a su mamá. El está poco apegado a su mamá físicamente pero todavía lo está en lo emocional. La separación de su mamá en el consultorio deberá efectuarse con precaución. El niño promedio tomará eso como deserción por parte de su madre. A él le dará pánico si siente que su seguridad y protección se ha ido. Es esencial que el dentista tenga plena confianza en sí mismo y en su habilidad para manejar la situación si tiene que calmar y ase-

gurar de nuevo al niño (y a la madre) de que no se le intenta hacer ningún daño (16).

Chuparse el dedo. El chuparse el dedo y orinarse en la cama son formas infantiles de comportamiento los cuales persisten durante la niñez temprana. El chuparse el dedo lo usan generalmente en las noches para dormirse o cuando están cansados. Esto meramente significa un cercano apego a búsqueda de la mamá. Sin embargo los métodos de castigo pueden corregir este hábito o al menos deformarlo (13).

El niño preescolar.(de 4 a 6 años de edad).

Con su cuarto cumpleaños el niño atraviesa a una metamorfosis distinta, de parásito adherible y dependiente a una independiente y muchas veces a una autónoma agresiva e individual. Esta es la edad de la independencia. La interacción entre el niño y la madre a esta edad influye fuertemente la personalidad y el patrón de comportamiento del niño para los años venideros. Una madre sobreprotectora e insegura apretando con miedo a su niño, puede retardar su desarrollo, de tal manera, que en la adolescencia y más allá él todavía esté apegado a los lazos de su delantal de una forma casi infantil. O una madre abusiva o que casitgue mucho puede llevar al niño a agresiones antisociales, a decir mentiras y rebelarse (13).

Los patrones de comportamiento en su casa y en el consultorio son caracterizados por sus amplias variedades y por ser impredecibles. Este es el período de edad que presenta al odontopediatra el mayor número de "problemas de manejo". El comportamiento del niño depende de una gran parte de su estructura básica de personalidad, la constelación de la familia y el ambiente en que vive. Un niño de 4 años, de una familia de seis se comporta distinto que un hijo único. Si el niño es sumiso y la madre agresiva, su comportamiento del niño tenderá a ser sometido (un buen niño, un niño obediente). Si el niño es agresivo y la madre una persona insegura, sumi

sa, el niño aprenderá a dominar la situación y puede aparecer como un mandón y tal vez destructivo rebelde (un "mocoso") Si ambos, el niño y la madre son de fuertes y agresivas personalidades, el ruido y la conmoción de ambos serán confusos para el dentista (87).

Entonces este período de edad es caracterizado por una amplia variedad de patrones de comportamiento, cada uno peculiar a la individualidad del niño. El comportamiento puede variar - de aquel niño que no coopera y está asustado e inseguro y aún fuertemente apegado a la madre, a aquel que es sometido y sumiso, ó aquel que coopera inteligente y felizmente porque él está seguro y disfruta nuevas experiencias, y de aquel niño pequeño agresivo, ruidoso y rebelde que no se conformará. El paidodontista debería examinar el patrón de comportamiento - de cada niño, buscando las causas del temor y de la falta de cooperación, tan cuidadosamente, como examinar la oclusión - buscando las causas de mal oclusión, o interferencias con la erupción de los dientes. Entonces él se puede convertir tan efectivo en el manejo del comportamiento del niño mientras - trabaja en el control de caries o en la intercepción de mal oclusiones (87).

La mayoría de los niños de 5 años desean estar libres y separados de sus madres, pero no muy lejos.

Usualmente aceptan muy bien simples procedimientos. Sin embargo, cuando son tratados por medio de procedimientos dolorosos reaccionan violentamente como un infante, sólo que ahora es considerablemente más grande y fuerte. Su tolerancia - de procedimientos al dolor es mejor que un niño de tres años pero todavía exhibe reacciones thalámicas violentas en vez de controlar su comportamiento cortical. A él "no le gusta - el taladro". El ha aprendido a discernir entre procedimien- - tos, e instrumentos y personas.

Cuando no puede con la situación, él, lo mismo pelea que se suelta a llorar (comportándose como un niño de 2 ó tres años) y quiere a su mamá (16).

Temporalmente el disgusto del procedimiento dental deberá de ser aceptado, pero el tranquilizarlo constantemente combinado con una tolerancia para sus disgustos ayuda al niño a través de la crisis y le enseña a aceptar el procedimiento. Este período de edad tratará igualmente la paciencia del más experimentado paidodontista, mientras el niño pone a prueba la paciencia de sus padres. Esta es una edad muy difícil para los concernientes (16).

Edad escolar (de los 6 a los 9 años de edad).

El asistir a la escuela cambia al niño. Gesell (43) se refiere a este punto como el período de socialización, aprendiendo a llevarse con la gente, aprendiendo las reglas y regulaciones de la sociedad y aprendiendo a aceptarlas.

Algunos niños están listos para la escuela y espera esta experiencia de crecimiento a la edad de cinco años, unos cuantos no están listos y tienen miedo aún a los siete años, pero la mayoría a los seis ya están listos para la escuela. El niño de siete años es diferente a como era a los cinco, porque ha aprendido bastante y su "mundo" se ha agrandado considerablemente. El ha aprendido como comportarse fuera de su casa, a aceptar cosas que no le gustan aunque él la esté esperando. Los padres dependientes infantiles tienden a desaparecer y él aprende a aceptar la autoridad. Los padres agresivos destructores tienden a controlarse. No siempre, por supuesto, y no completamente, pero él empieza a aceptar conformidad y autoridad como parte de la vida (43).

En el consultorio dental, el comportamiento del niño escolar tiende a diferir marcadamente de aquel de 4 ó 5 años. Antes que nada, a menos de que esté muy inseguro, él prefiere estar sólo con el dentista. El dentista puede platicar con él directamente y sin la intervención de su madre. En general el dentista se lleva mejor con el niño si su madre no interfiere. Esto no siempre es cierto a la edad de 6 años pero es ciertamente la regla a la edad de 9 (16).

A esta edad el niño tiende a considerar al dentista como una persona buena ó mala, pero como persona, en vez de una vaga y aterradoradora sombra ("todos los dentistas lastiman"). El ahora empieza a reaccionar a la personalidad del dentista tanto como a la "fresa" ó al "taladro", mientras que a los 4 ó 5 años él reacciona casi completamente al "taladro" y nunca reconoce del todo la existencia del dentista como persona. El dentista haría bien entonces al acercarse al niño y establecerse como una persona lo más rápido posible en lugar de un "talador o tapador" (16).

Después de los seis años el niño puede diferenciar entre procedimientos amenazadores. El no podría hacer ésto a la edad de 3 ó 4 años de edad. Para cuando el niño alcanza la edad de 9 el niño es una vieja mano tratando de conformarse y cooperar aún cuando el procedimiento sea doloroso. La mayoría de sus amigos han estado con el dentista, y los adultos a menudo hablan de ésto. El hace alarde de sus experiencias dentales. La gran diferencia entre el niño preescolar y el mismo niño a la edad de 7 u 8 años es la habilidad del niño mayor para aceptar al dentista como una autoridad y su habilidad para cooperar, aún cuando no lo desee, sin forzarlo. El puede aprender, el puede ser razonable.

El todavía tiene muchos temores, algunos traídos desde su temprana niñez, otras apenas adquiridas. Aquellos temores que persisten desde su temprana niñez están bien reconocidos (temor a la separación de su madre, temor a los extraños y nuevas situaciones, desintegración histérica cuando se es tratado en ausencia de la madre, etc). Sin embargo, muy pocos nuevos temores podrán aparecer (13).

Conflictos odipales. El niño atraviesa un conflicto odipal durante el cual muestra amor y deseo por su mamá, el cual es hecho penosamente por un padre atemorizador, el cual llama a éste apego "niñería". Antagonismo en contra del padre es bastante común. La castración de temores es encontrada frecuentemente en una forma simbólica. El niño con un incisivo deci

duo suelto muestra una ansiedad y aprehensión hacia su traslado que va mucho más hondo que cualquier dolor que pudiera invocar. Los padres (o dentistas masculinos) quienes ofrecen sacar el diente flojo son desairados por el tonto temor del niño. Una figura femenina (la madre o dentista femenina) es usualmente aceptada con mucha menos trepidación. Lo mejor de todo, el niño debería ser permitido de remover su propio diente con una cuerda o hilo alrededor de éste, el cual puede entonces manipular por sí solo (42).

La niña pequeña no está inmune a los temores subconscientes (irracionales). Ella también es acosado por conflictos odipales. A una edad más temprana ella descubrirá que es una niña y no un niño ("las niñas son diferentes") y que los niños tienen un pene y ella no. El amor por su padre es una cosa maravillosa, si es propiamente entendido y no mal interpretado.

A una temprana edad ella dice francamente que "quiere casarse con su papi", pero ahora ella siente que no debe amar a su papá como lo hace su mamá. Ella sufre de la "castración" de temores y en la pubertad puede llegar a tener fantasías de ataques por una figura masculina. Una niña que ha aceptado los procedimientos dentales con ecuanimidad de los 5 a los 9 años de edad puede repentinamente ponerse histérica, asustada cuando se le acerque una aguja o la pieza de mano durante la pubertad. Los análisis sugieren que ella está actualmente temerosa del ataque por el nombre (rape, en términos Freudianos), (42) aún cuando el hombre sea un dentista al que ha conocido por años. La aguja o la pieza de mano se convierten en símbolos fálicos. (16) Dice: uno debe ser paciente con éstas aberraciones temporales en el comportamiento, pero la paciencia deberá estar basada en el entendimiento de la causa y el significado del comportamiento. Es difícil para un dentista ser paciente con un niño que no coopera y que está asustado por una razón no aparente. El los llama temores tontos irracionales pero siempre hay una razón para los temores del niño aún cuando nosotros no los entendamos (16).

4) Atuendo dental.

Notable interés ha despertado en las profesiones de la salud, lo concerniente al tipo de atuendo o prendas que pudieran afectar psicológicamente al paciente. Las opiniones difieren. Klein (53), por ejemplo, estudió en una institución psiquiátrica las actitudes de los pacientes hacia el personal, quienes usaron el tradicional color blanco, luego usaron ropa de calle y regresaron al blanco no encontrando reacciones significativas. Contrariamente a las observaciones obtenidas por Walker (81), quien en otro hospital de psiquiatría encontró que al abandonar el personal la tradicional bata, las actitudes de los pacientes hacia las enfermeras mejoraron notablemente.

Los temores se transfieren de una situación a otra, Dollard y Miller (31), dentistas quienes hicieron estudios al respecto, si un niño tuvo experiencias desagradables previamente (fuera con el médico o con un peluquero), es posible que esos temores puedan ser exteriorizados en la situación dental. El uniforme blanco fué un común denominador en todos los casos.

Un estudio en Odontología se llevó a cabo al respecto Cohen (23). En 300 niños entre 2 y 15 años sin experiencias dentales previas, fueron seleccionados para observar fotografías de dentistas. Las fotos mostraban dentistas con filipina, con batas y ropa de calle. Cohen (23) encontró que los sujetos no mostraron preferencia alguna.

Otro estudio fué conducido por la Association of Pedodontic Diplomates (8). Al concluir asentaron que: "Muchos niños tuvieron una reacción desfavorable hacia los uniformes blancos así como a quienes llevaban uniformes de color", esta fué una tendencia totalmente de desagrado.

El atuendo puede influir tanto en los pacientes como en el equipo profesional.

Esto indudablemente tendrá efectos sobre algunos niños, habrá quienes prefieran tener una apariencia conservadora, y sentir que el trabajar en ropa de calle (sin bata o filipina) afecta su imagen profesional. Por lo tanto, la pregunta sobre cual será el atuendo que más convenga quedará sin respuesta y será una decisión personal (87).

5) Obsequios.

Regalos o presentes para los niños son de gran utilidad para el dentista. Pueden tratarse de figuras o muñecos populares entre los niños, o bien tener una "caja de juguetes" (accesibles y sencillos), esto nos ayudará de muchas formas. Los juguetes serán presentados a los niños que han recibido un tratamiento dental; ellos deberán de reconocer que no se trata de un soborno, pero que si se les otorga como una muestra de amistad, lo cual le permitirá tener un recuerdo agradable de visita al dentista (16).

Todo lo anterior, en muchos casos acarreará una reducción - considerable en el tiempo de los procedimientos operatorios y un fuerte deseo por parte del niño de asistir a citas futuras. Las lágrimas y la experiencia desagradable de haber estado sentado en el sillón desaparecerán al momento de abrir la "caja con juguetes", con esto experimentarán algo nuevo. Esto causa extrañeza en los padres. Ya que muchos niños son prácticamente arrastrados de la sala de espera al operatorio, muchos patean y lloran, para que después de la cita aparezcan sonrientes y con una actitud amistosa. Ante esto muchos padres dicen "No lo puedo creer", otros dicen "Este juguete me ha costado mucho más que su valor real, pero creo que valió la pena" (16).

(16) Brauer aconseja: una "caja de juguetes" con variedad de ellos causarán interés a los niños a diferentes niveles de edad. Los juguetes nos darán también pie a conversación tanto con los niños como con los padres y de estos en el medio o círculo social en el que se desarrollen. Los niños en muchas ocasiones asisten al dentista por primera vez con la curiosidad de examinar esta "caja de juguetes".

El obsequio bien manejado, tendrá mucho valor en cuanto a poder terapéutico se refiere, y otorgando a los niños como un sincero cumplido en presencia de los padres reeditarán grandes recompensas y satisfacciones (16).

CAPITULO XII

ENTRENAMIENTO DE PERSONAL.

- 1) **Asistente dental.** El contar con una asistente cortés, amable, competente y con interés es indispensable en todo consultorio moderno. Ella es quien generalmente conoce al niño y a sus padres por primera vez, es decir antes que el dentista. Las personas que se encuentren en la sala de espera obtendrán de ella la primera impresión tanto del consultorio dental como del dentista, esto motivado por su apariencia, voz, forma de comportarse y comentarios que ella realice. Su voz por el teléfono, la forma en la cual ella obtiene los datos de la historia inicial y el interés que muestre en esto tendrán una marcada influencia en la relación padres-niño-dentista. Es la asistente quien generalmente hace la próxima cita y quien vé por última vez a la madre antes de abandonar el consultorio. Sus comentarios y sonrisa serán recordados largo tiempo después de que el paciente haya abandonado el consultorio, es decir, será la última impresión que se tenga del lugar.

El dentista ha de estar consciente de las limitaciones de sus horas de trabajo, y cuando sea posible deberá emplear personal para permitirle dedicarse a tareas que no pueden ser delegadas a otros. Es importante seleccionar la ayuda adecuada, ya sea una higienista, una ayudante o una secretaria, y esta selección deberá hacerse con gran cuidado. El empleado debe ser puesto a prueba primero. Aunque una higienista o una ayudante obtengan calificaciones elevadas, tan solo servirá si encaja satisfactoriamente en el consultorio. Incluso el personal más competente tendrá que ser adiestrado para hacer las cosas como uno quiera. Esto va adquiriendo mayor importancia a medida que aumentan los deberes de estas personas.

Es extremadamente importante que en un consultorio de odontopediatría la utilización eficiente de la ayudante, porque:

- 1) Disminuyen el período de tiempo de visita dental, y esto ayuda al manejo del niño, 2) estudios de tiempo y movimiento

muestran que un ayudante hace disminuir el número necesario - de pasos y movimientos, lo que reduce el cansancio del dentista, y 3) el dentista practica con más eficiencia y rapidez, con lo que se vuelve más productivo y aumenta sus ingresos. La cantidad de trabajo que se lleva a cabo compensa el gasto del sueldo de la ayudante dental.

2) Primera cita.

Esta es generalmente la cita crítica. Los padres en la primera cita evalúan el aspecto del consultorio, el movimiento en general dentro del consultorio, al dentista, la recepcionista (que muchas veces suele ser también la asistente), y a todo el personal asociado con la primera visita. El niño también valora esta experiencia, la cual puede ser totalmente nueva y extraña sobre todo si se trata de un niño en edad preescolar. Otros pequeños pacientes pudieron ya haber visitado al dentista, o haber sido revisados por el dentista de la escuela. Todas estas experiencias por parte del niño y de los padres pudieron haber sido favorables o desfavorables, pero por eso no deja de ser una primera cita, en la cual a diferencia de las otras solo cambian algunas cosas.

La primera cita, siempre que sea posible, la trataremos de hacer una experiencia agradable para cada uno de nosotros. (16) Algunos dentistas prefieren realizar la primera entrevista en un privado u oficina, teniendo presentes a la ayudante, los padres y el niño lo cual es confortable y comparable a la atmósfera en casa.

La conversación será dirigida o enfocada principalmente hacia el niño, y los padres participarán sólo cuando sea necesario. Los niños, así como los padres, podrán recibir cumplidos sobre su conducta, su interés, su apariencia o sobre algún atributo favorable.

Por supuesto, otros dentistas prefieren realizar la primera entrevista en el operatorio, donde el dentista es presentado por la asistente. En este caso la asistente como fase inicial realizará la historia del paciente antes de llamar al dentis-

ta.

Es durante ésta fase preliminar de la cita inicial donde el - dentista, la asistente ó higienista pueden valorar o evaluar al niño y los padres para determinar el comportamiento y grado de cooperación relativa en citas subsecuentes (39).

El niño, en algunos casos, rehusa a cooperar durante la primera entrevista, la examinación, o la primera cita ya sobre el tratamiento. Entonces las madres tratan de sobornar, persua-dir o ponerlos un tanto en ridículo, pero todo esto puede ser válido. Algunas ocasiones, las madres en su intento por ayu-dar, toman las manos del niño, pero este accionar frecuente-mente termina en la pérdida de toda la seguridad por parte - del niño.

(39) Nos dice: si el niño continúa llorando o realiza numerosos y continuos movimientos sobre el sillón dental deberemos de - tener mucho tacto y delicadeza ante esta situación, ya que pudiera ser que esto continúe por una hora ó más aproximadamen-te, perdiendo tiempo productivo y sin cooperación alguna por parte del paciente, es decir en vano. Más aún, habrá otros pacientes esperando que significan honorarios para el dentista. Una decisión en este caso podría ser la de despedir al paciente y darle una nueva cita. Si se decide retener al paciente para atenderlo, entonces deberemos de pedir a los padres que entiendan que esta es una experiencia nueva para el niño (en caso de serlo), y que sería conveniente que salieran del cuarto operatorio y esperarlo afuera, ya que con ésto se puede lograr un mayor acercamiento hacia el niño y por lo tanto una - mayor cooperación. Los padres generalmente cooperan en esta situación, sobre todo si el niño ha experimentado dolor agudo en casa como resultado de una situación dental, y por lo mis-mo los padres tuvieron una pérdida considerable de sueño la noche anterior, o fueron perturbados para realizar otro tipo de actividades cotidianas.

Si los padres accedieron a salir del operatorio, entonces el dentista deberá adquirir una postura positiva y de mayor con-fianza para proceder con la examinación. Podría ser que el ni

no persistirá con su llanto, haciendo berrinche, o un sinnúmero de demostraciones de no cooperatividad, entonces el dentista debe tomar una decisión al respecto.

Las siguientes preguntas son importantes con respecto a la situación mencionada en el párrafo anterior: 1) ¿Cómo es la salud general de este paciente?, historia de la enfermedad (si padece alguna), alteraciones cardíacas, etc., y si fué reciente alguna revisión por parte del médico. 2) ¿Son necesarias las restricción y la terapia de shock para el paciente, ya que el control con la voz no fué efectivo?. 3) ¿Debería de ser hospitalizado el paciente para ser tratado, se indica el uso de anestesia general?. 4) ¿Deberá de ser despedido el paciente para poder ser medicado antes y durante la próxima visita?. 5) ¿Deberá ser despedido el paciente y no haber realizado ningún tratamiento durante esa cita?. En última instancia, si el dentista se dedica a la práctica general, el niño podrá ser remitido a un pãidodoncista, pensando en que desea sostener como paciente a otros miembros de la familia.

3) Citas subsecuentes.

Quando se trata a niños en citas subsecuentes, es decir, después de la primera cita, se debe tomar en cuenta la hora y duración de la visita. Ambas pueden afectar al comportamiento del niño. Quando sea posible, los niños no deben permanecer en la silla más de media hora. Si la visita tarda más, los niños pueden volverse menos cooperativos hacia el final. Los pacientes cooperativos si se cansan con visitas demasiado largas, pueden llegar a un punto de saturación en el que empiecen a llorar. Una vez que el niño pierde se compostura, por muy tranquilo y deseoso de cooperar que esté, difícilmente podrá volverlo a hacer (39).

También la hora de la visita del niño tiene relación con su comportamiento. Estudios recientes han demostrado que ni la hora ni la duración de la visita tienen importancia crítica en el comportamiento del niño (87). Sin embargo, no debe darse horas de visita a los niños que todavía no van a la escuela.

la durante el período normalmente dedicado a la siesta (todos estos datos deben de ser recavados en la visita inicial). Los niños que acuden a la hora de la siesta están generalmente irritados, adormilados y son difíciles de manejar. Lloran con facilidad y tienen reducidas sus capacidades de soportar molestias. Un niño que niega totalmente su cooperación cuando viene a la hora de la siesta, cambiará totalmente su actitud si se le trae a otra hora. Es conveniente que cuando los padres llamen pidiendo una cita, se especifique la hora de siesta del niño y no darle cita a esa hora (87).

Los niños no deberían de ser llevados al dentista poco tiempo después de una experiencia emocional seria, como puede ser el nacimiento de un hermanito, o la muerte de alguien cercano a ellos. El niño está experimentando en ese momento traumas emocionales, y la visita al dentista sólo añadiría más ansiedades y desconcierto. En esos momentos será muy difícil lograr cooperación, y pueden encontrarse problemas emocionales.

4) Asistente dental en situaciones especiales.

El papel desempeñado por la asistente dental en el equipo odontológico ha adquirido gran importancia durante los últimos años. Ahora más que nunca se necesitan ayudantes dentales, aumentando así la demanda de sus servicios en todas las áreas de la odontología.

Otro campo de la odontología en que la demanda de ayudantes dentales capacitadas ya en aumento es el área que se refiere al paciente "especial" (el cual será enfocado como paciente incapacitado para objetivos del tema). Las ayudantes dentales empleadas en consultorios dedicados a la odontopediatría conocen muy bien esta área, y algunas ayudantes dentales que trabajan en consultorios dedicados a la práctica general también están familiarizados con la especialidad (75).

Si la ayudante dental decide considerar esta especialidad, también deberá considerar algunas de las cualidades necesarias para trabajar con niños incapacitados. Estas incluyen amor a

los niños, saber comprenderlos, ser capaz de comunicarse tanto con los padres como con el paciente, y poseer los conocimientos generales y la habilidad para comprender a los pacientes a su cuidado. Es también necesario que posea una reserva de paciencia que le permita a su paciente ser tan independiente como sea posible. Las mismas habilidades requeridas para los procedimientos sistemáticos al lado del sillón son empleados por las ayudantes cuando ayudan en el tratamiento de un paciente incapacitado. Algunas de estas habilidades incluyen odontología a cuatro manos sentadas, habilidad para ayudar, - organización de las bandejas de instrumentos y conocimiento de todos los instrumentos y equipo necesario para la operación. Los deberes y responsabilidades de la ayudante dental que elige trabajar con pacientes incapacitados pueden colocarse en una de tres categorías:

- a. Físicos
- b. Intelectuales
- c. Emocionales

Al tratar a sus pacientes, es necesario que la ayudante dental conozca la historia médica del paciente y los medicamentos que el paciente esté tomando y los que haya tomado en el pasado. También deberá conocer cualquier alergia que pudiera tener. Es necesario preparar todo el equipo y los materiales existentes para el procedimiento antes de la llegada del paciente. Por ejemplo, si el paciente llega en silla de ruedas, puede ser necesario retirar un gabinete u otros muebles del operatorio para que el paciente pueda pasar convenientemente y ser colocado en la silla dental (75).

Es muy importante que la ayudante dental se comunique con el paciente a su nivel y le permita realizar aquellas cosas que pueda hacer. El paciente puede tener un problema del habla, por lo que la ayuda de la madre será útil en las primeras visitas. En el caso de una víctima de parálisis cerebral y otros tipos de deficiencias, puede ser necesario utilizar aparatos para restringir los movimientos del paciente. Algunos de los aparatos empleados con mayor frecuencia son: cintas -

restrictivas, una sábana, tiras de tela o Pedi-wraps (Pedi-wraps es un material de tela que permite la circulación, con un cierre especial a lo largo de toda la orilla para sostenerlo en su lugar). Una sábana o Pedi-wrap puede ser abierta y enrollada holgadamente alrededor de todo el cuerpo menos la cabeza. Pueden emplearse tiras de tela para atar las manos, los pies, o ambos. Estos sistemas de sujeción no causan dolor y no se emplean como una medida disciplinaria. Si el paciente padece espasmos, suele ser más cómodo sujetarlo. La primera vez que se emplea un aparato restrictivo, la ayudante deberá mostrárselo al paciente y dejar que lo toque antes de proceder a colocárselo. Muchas veces durante una visita posterior, si el paciente entra en el consultorio y no ve el aparato restrictivo, podrá preguntar por él, ya que lo considera un objeto de seguridad y protección.

Al entrar en el consultorio el paciente y la ayudante, esta podrá describir la silla dental y la forma en que funciona. La terminología que utilice la ayudante deberá estar al mismo nivel de comprensión del paciente. Muchas veces estos pacientes son inteligentes, por lo que la ayudante deberá procurar no menospreciarlos. La ayudante nunca deberá dejar solo al paciente. Aunque este sea muy cooperativo, una reacción refleja repentina puede provocar que pierda el control y se lesione.

Las responsabilidades de la ayudante cuando el dentista entra en el consultorio para comenzar el procedimiento dental son las mismas que para cualquier otro paciente. Deberá tener los instrumentos preparados para pasarlos al dentista - cuando sea necesario. Muchas veces el paciente trabará relación más fácilmente con la ayudante que con el dentista y podrá hacerle preguntas. La ayudante podrá tomar la iniciativa y contestar las preguntas o podrá informar al dentista, poniendo de manifiesto su fé en el mismo.

Al terminar la visita, la ayudante deberá alabar al paciente por toda su conducta o por parte de ella. Es responsabilidad de la ayudante despedir al paciente. Si se han utilizado apa

ratos de restricción, deberán ser retirados adecuadamente y sujetos los cinturones o los cierres de los soportes (75).

CAPITULO XIII

TERAPIA DE GRUPO Y FAMILIA

1) Ventajas de participación.

La responsabilidad de los padres en la preparación psicológica del niño para tratamientos dentales reside principalmente en el problema emocional del miedo y de los conceptos erróneos que se tienen sobre el tratamiento odontológico.

Uno de los ajustes que tienen que hacerse tanto en los niños como en los padres es el de desarrollar un modelo de comportamiento que sea aceptable para ambos, es decir, que por medio de la conducta de los padres hacia los hijos se logra un comportamiento aceptable socialmente y que satisfaga las necesidades emocionales y físicas de ellos.

El que los niños acepten el tratamiento dental de buen grado o lo rechacen totalmente dependerá de la manera en que han sido condicionados. El condicionamiento emocional de los niños hacia la odontología, al igual que hacia las otras experiencias que forman la niñez, se estructuran primordialmente en casa y bajo la guía paterna.

Nosotros debemos de aceptar este hecho, si los niños llegan al consultorio por primera vez con exceso de miedo y faltos de espíritu de cooperación, se puede suponer que la falla está en el condicionamiento paternal. Aunque es responsabilidad de los padres inculcar en sus hijos actitudes convenientes hacia la odontología, el dentista puede participar, asegurándose que los padres estén totalmente informados y educados sobre los fundamentos más necesarios sobre la psicología infantil. Si queremos tener buenos pacientes infantiles, primero tendremos que educar a los padres. El dentista que no lo haga no está usando todos los medios disponibles para el manejo del niño (87).

Si el dentista puede aconsejar a los padres clara e inteligentemente, en la mayoría de los casos será aceptado. Si el dentista va a ser un miembro respetado de la profesión ocupada de la salud, es necesario que sea competente para discutir los problemas relacionados con su campo.

El dentista tiene que ser tan competente como el médico al ofrecer consejos sobre el comportamiento del niño (87). Se ve claramente -- que los problemas de manejo del comportamiento son mucho más importantes para el dentista que puede ver niños bajo tensiones emocionales muy fuertes, sin embargo, pocas veces participan aconsejando a los padres sobre el comportamiento infantil.

Los padres a su vez, aplicarán estos conocimientos en sus hijos, quienes así asistirán al dentista con una actitud favorable en lugar de con un miedo irracional. Esta participación ayudará tanto al dentista como al niño.

El objetivo de esta participación es aplicable tanto a los niños como a los adultos, ambos por supuesto en el papel de padres e hijos, ya que si comprendemos los problemas emocionales de los adultos, comprenderemos también los de los niños.

2) Programas de desarrollo.(87) Wright nos dice:

Tomando en cuenta lo que se ha mencionado podemos llegar a la conclusión de que existe una imperiosa necesidad de elaborar cierto tipo de programas de entrenamiento, en los cuales deberán de participar tanto padres como hijos, todo esto con la finalidad de eliminar o -- disminuir esas fobias o temores hacia el tratamiento odontológico.

DISCUSION

Todo dentista que trate con niños deberá conocer ó estar familiarizado con los principios básicos del manejo del comportamiento, así como adiestrarse en la tecnología del control de la conducta humana.

Ejemplificando, se podría decir que todo niño es un actor de una representación teatral, cada frase ó hecho son sólo interpretados como parte de su papel global y este papel carece de significación si no constituye una parte del drama total.

A nosotros como seres humanos nos corresponde comprender éstas cosas y - probar cuidadosamente la capacidad del niño para desempeñar el papel que se le ha asignado.

Pero no es suficiente entender lo que es el manejo del comportamiento temos que saber como eliminar las ansiedades y temores de nuestros pacientes niños. Debemos tratar de comprender el desarrollo multidimensional - del niño, es decir, el conocer las esferas que conforman o estructuran la personalidad del niño.

No hay duda alguna que al hablar de conducta, se habla de complejidad, la conducta humana aún no está perfectamente comprendida.

Si tratamos el tema de manejo del comportamiento en la odontología infantil, es obvio que nos valdremos de la psicología para ello. En psicología existen dos corrientes claramente definidas: El psicoanálisis o Escuela Freudiana (41) y el Conductismo o Análisis Conductual Aplicado (75).

La pregunta ahora sería ¿Cuál me sirve?, considero que una combinación - de ambas corrientes nos dará la pauta a seguir.

En resumen, para Freud (41) y su escuela, el concepto básico de la dinámica de la personalidad es el conflicto entre el Yo y la sociedad; pero vista ésta como resultado inyectado (Yo, Super Yo, Super Ello).

Lo cual nos sería útil para poder o tratar de conocer los sentimientos - que pudieran quedar atrapados en el interior del niño.

En cambio el Conductismo o Análisis Conductual Aplicado se basa en principios experimentales que rigen la conducta, y técnicas básicas que se derivan de algún condicionamiento operante, las cuales se controlan en laboratorio (75).

Esto es de gran utilidad para poder realizar determinado estudio en algún grupo de niños en la situación dental y así obtener conclusiones al respecto.

Es importante recalcar que cada esfera del desarrollo de un niño es importante para determinar su conducta futura o la estructura de su personalidad; así tenemos que el desarrollo físico, social, intelectual y de la personalidad forman parte de un todo, y que ese desarrollo es individual en cada niño, y diferente uno de otro.

Es obvio mencionar la necesidad de investigar más a fondo en ésta área, el área del comportamiento humano.

Una vez analizados los factores que han determinado o que pudieran influir en el comportamiento del niño, será entonces el momento de aplicar la técnica adecuada para su manejo, de acuerdo a lo concluído.

No podremos nosotros determinar que técnica será cien por ciento efectiva, o que no lo sea. Por ejemplo, si por algún motivo decidimos utilizar cualquier tipo de restricción o terapia de aversión, ¿Quién nos puede decir que estamos en lo correcto? , ¿Quién nos puede decir que estamos equivocados?, ¿Qué efectos residuales podrá traer para el niño?, o bien ¿Es bueno o malo para el individuo en lo particular usarlo en ese tiempo exactamente o usarlo en años venideros?

Estas y una infinidad de preguntas nos podríamos hacer no tan sólo en la situación de restricción, sino también en lo que respecta a otras técnicas.

Existen técnicas ya establecidas para el manejo del comportamiento del niño en el consultorio dental.

Otras, si bien no son nuevas, han resurgido como en el caso de la Hipnosis (6), técnica muy efectiva, pero que requiere de gran habilidad y -

práctica por parte del operador.

Ahora bien no podemos omitir el uso de agentes farmacológicos como otra alternativa en el manejo del comportamiento. Tomando muy en cuenta las precauciones que se deben tener en el caso de seleccionar dicha técnica.

La técnica de inhalación de Oxido Nitroso y Oxígeno; sabiéndola manejar nos proporcionará excelentes resultados, por supuesto se requiere del equipo adecuado y una buena preparación para su administración.

En suma, existe gran variedad de técnicas para el manejo del comportamiento, aplicables tanto en situaciones normales como a pacientes catalogados como especiales.

No hay duda alguna de que el dentista puede ayudar tanto al niño como a los padres ofreciéndoles un servicio dental adecuado, servicio que deberá ser completado con un arreglo económico tanto para el padre como para el dentista.

Es más, la calidad del servicio deberá ser de lo mejor que el dentista pueda ofrecer.

Interesante e importante es el hecho de que algunos niños que han experimentado alguna terapia de shock, continúan enviando al dentista tarjetas de navidad, cartas y regalos; esto por un número de años seguidos al episodio. Muchos de estos pacientes han desarrollado un profundo sentido de lealtad, afecto, seguridad en su dentista.

Sin embargo, también se deberá hacer estas preguntas: ¿Qué porcentaje de pacientes continúan pensando en forma desagradable del dentista y de la Odontología? y ¿Qué efectos son evidentes de este trauma psicológico?. Esta última pregunta no puede ser contestada hasta ahora en una forma objetiva, y por lo tanto este continuo problema justifica una extensa investigación. Esta otra pregunta se puede hacer: ¿Qué habría sucedido a este niño, física, emocional, social y mentalmente, si su dentista no hubiera elegido emplear algo de hipnosis, o determinada técnica no farmacológica como lo sería la restricción o terapia de shock, etc?, tal vez se hubieran presentado infecciones, noches sin dormir, y muchos otros pro--

blemas dentales, creándose también serios efectos residuales los cuales pueden asumir un más fuerte impacto en la salud física, emocional y mental del niño, que el trauma experimentado con el episodio de la visita al dentista.

¿Quién puede ser el juez a la hora en que el niño y sus padres se presentan para su tratamiento?. La decisión con respecto a utilizar determinada técnica debe ser tomada por el dentista estando de acuerdo con los padres, o deberá el niño ser llevado con el psicólogo o el psiquiatra, cosa que llevará un extenso período de evaluación y terapia, y por supuesto una demora considerable en el tratamiento así como un gasto adicional para los padres.

En la última instancia, por ejemplo, deberá ser reconocido que un porcentaje muy reducido de padres permitirse una atención psiquiátrica para sus niños.

Hay por supuesto, otras alternativas por las cuales el dentista puede optar, citar nuevamente con o sin premedicación. Con frecuencia a esta última decisión, hay que tomar en cuenta ciertos factores negativos, así tenemos el hecho de que en clínicas de escuelas de odontología, o de clínicas o dispensarios dentales sustentados por una comunidad, los dentistas o estudiantes no tengan por una u otra razón la práctica para utilizar o manejar medicamentos a un nivel requerido. Como lo es también la necesidad de tener que realizar varias citas para el paciente y de esta forma saber si el pequeño cooperará. Muchos de estos pacientes acuden a las clínicas en grupos, con o sin sus padres, y frecuentemente lo hacen por medio de transporte público, lo que dificulta más su tratamiento por medio de medicación.

El "status" o nivel económico del padre es un factor importante para tomar una decisión de como tratar al niño, lo cual deja todo en manos del dentista. En situaciones donde los padres son indigentes o de un nivel de entrada muy bajo, puede el dentista de la clínica o comunidad remitir al niño a otra clínica, o drásticamente darlo de baja por tiempo indefinido.

Muchas clínicas dentales no están preparadas (debido a equipo limitado) para proveer al paciente de un servicio adecuado.

Esto también puede suceder en algunos consultorios privados de alguna comunidad o de zonas muy populosas.

¿Qué obligaciones morales y profesionales tiene el dentista en las últimas situaciones citadas?

La pregunta permanece. ¿Hay lugar o necesidad de aplicar determinada técnica en el manejo del comportamiento bajo ciertas circunstancias, y todos estos métodos deben ser enseñados en escuelas de odontología?

Considero que hay situaciones en las cuales con el consentimiento de los padres y donde el niño se encuentre dentro de lo físico y emocionalmente normal (esto puede requerir la opinión de un médico), hay justificación para efectuar una restricción limitada, como se discutió previamente, bajo condiciones bien controladas.

Considerando la variedad de situaciones en los últimos párrafos el dentista moderno debe tener además de conocimiento y habilidad, el saber manejar todo lo relacionado con todas las técnicas para poder manejar al niño correctamente, y así estar listo para utilizar determinada terapia cuando la situación lo requiera.

Algunos dentistas tienen la alternativa de permitir o dejar a juicio a los pacientes que presentan problemas de manejo en su comportamiento, es decir, pacientes especiales.

CONCLUSIONES

- 1.- Es indispensable el conocer lo que se denomina "Manejo del Comportamiento".
- 2.- Existe una acentuada actitud negativa o de rechazo a la Odontología por parte de la sociedad.
- 3.- El conocimiento del desarrollo en general de los niños, dá la pauta a seguir para tratarlos adecuadamente.
- 4.- Los niños presentan una gran variedad de comportamientos y reacciones en el consultorio dental.
- 5.- El comportamiento se ve afectado directamente por el medio familiar en que vive o el medio social en el que se desarrolla.
- 6.- El mal trato a un niño repercute en su conducta. A esta acción bajo la cual se encuentra frecuentemente el niño se le ha denominado - "Síndrome del niño maltratado".
- 7.- Existen varias técnicas eficaces no farmacológicas para el manejo del comportamiento.
- 8.- La hipnósis como técnica de manejo del comportamiento también es usada con éxito para dicho fin.
- 9.- Los pacientes "especiales" o con alguna incapacidad pueden tratarse adecuadamente en el consultorio
- 10.- Nos podemos valer de fármacos para poder controlar y tratar a un niño en el consultorio dental.
- 11.- El óxido nitroso se ha mantenido en el interés de la Odontología para su uso como sedante, sobre todo en Odontología infantil.
- 12.- El lograr un ambiente adecuado en lo que respecta a la visita al den

tista, deberá tomarse en cuenta para lograr una mayor aceptación de los niños hacia el tratamiento.

13.- Se requiere de personal auxiliar capacitado en un consultorio donde se atiende a niños.

14.- Conviene la participación de toda la familia en programas de desarrollo, para lograr una mayor aceptación hacia el tratamiento dental.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Abramson, A. S.: Hydroxyzine as an Adjunct to Local Anesthesia. S. Calif. Dent. Ass. J., 26:26, 1958.
- 2.- Album, M. M.: Premedication for Difficult Children. J. Dent. - Child., 22:48, 1955.
- 3.- Album, M. M.: Meperidine and Promethazine Hydrochloride for Handicapped Patient. J. Dent. Child., 40:1036-1041, Sep.-Oct., 1961.
- 4.- Alexander, A. D.: Evaluation and Ataractic (Hydroxyzine) in 2025 Patients as an Adjunct in oral surgery. W. Virginia Dent. J., 34:56, 1960.
- 5.- Allen, G. D.: Council on Dental Materials and Devices: Report on Nitrous Oxide-Oxygen Sedation Machines and Devices. J. An. - Dent. Ass 88:611-614, 1971.
- 6.- American Society of Clinical Hypnosis Education and Research - Foundation: Asyllabus Hypnosis, 1966.
- 7.- Arsenian, J. H.: Young Children in a Insecure Situation. J. Abnorm, and Social Psychol, 38:225, 194.
- 8.- Association of Pedodontic Diplomates: Technique for Behavior Management - A survey. J. Dent. Child., 39:368, 1972.
- 9.- Ayd, F. J. Jr.: Tranquilizing Drugs in Private Practice. New York Med. J., 57:1747, 1957.
- 10.- Ayer, W. H.: Use of visual imagery on Needle Phobic Children. - J. Dent. Child., 40:125, 1973.
- 11.- Baily, P. M., Talbot, A., and Taylor, P. P.: A Comparison of Maternal Anxiety Levels with Anxiety Levels Manifested in the Child Dental Patient. J. Dent. Child., 40:278, 1973.
- 12.- Baird, E. S. and Hailey, D. M.: Delayed Recovery from a Sedative, Brit. J. Anaesth, 44:803, 1972.
- 13.- Bakwin, H., and Bakwin, R. M.: Clinical Management of Behavior Disorders in Children, 3rd, Ed. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1966.

- 14.- Birch, H. G., and Belmont, L.: The problem of comparing home - rearing versus foster-home rearing in defective children, Pediatrics, 28:956, 1961.
- 15.- Blackham, G. J., and Silberhan, A.: Modification of child behavior, Belmont, Calif., Wadsworth Publishing Co. 1971.
- 16.- Brauer, J. C., and Lindhal, R. L.: Dentistry for children. 5th ed. pp. 63-68. New York, Mc. Graw-Hill Book Co., 1964.
- 17.- Buhler, Carlota. Test de la Primera infancia. Ed. Labor.
- 18.- Caffey, L.: Some Traumatic lesions in growing bones other than fractures and dislocations. Clinical and radiological features, Brit. J. Radiol., 30:225, 1957.
- 19.- Capper, B.: Evaluation of Hydroxyzine HCL as an Preoperative - and post-operative adjunct in dental procedures, Aust. Dent. J., 3:371, 1958.
- 20.- Capute, J. Arnold.: Profesor de Pedriatría, Esc. de Medicina de la Universidad Johns Hopkins; Subdirector Instituto John F. Kennedy, Baltimore, Maryland. Artículo para Clínicas Odontológicas de Norte América.
- 21.- Chambers, D. W.: Managing the anxieties of young dental patients. J. Dent. Child., 37:363 1970.
- 22.- Claparade.: L'Education Fontionelle, Delecheux. Neuchatel, Paris.
- 23.- Cohen, S. A.: Children's attitudes towara dentist's attire. J. Dent. Child., 40:253, 1973.
- 24.- Comunicación Personal. Párrafos tomados del curso de Odontología Infantil. Dra. Sara Penhos M. E.N.E.P., Iztacala, 1979.
- 25.- Cone, T.E. Jr.: Secular Aceleration of Heigh and Biologic maturation in children during the past century, J. Pediat., 59:736, 1961.
- 26.- Cohoke, R. E., Bases biológicas en la práctica pediátrica. Tomo II Ed. Labor 1970.
- 27.- Corbett, C. Maurice.: Premedication for children, 28:218-223, - 3er. Cuarto, 1961.

- 28.- Craig, W.: Hand over mouth exercise. J. Dent. child, 38:387, - 1972.
- 29.- Davidau, A.: New methoas in anesthesiology and their use in dentistry. Treatment of difficult patients and execution of com---plex procedures. Rev. Ass. Med. Israelites France, 16:663, 1967.
- 30.- Davis, W. B.: Dental problems of the handicapped child. In Mc. Donald, R. E. (ed.): Dentistry for the child and adolescent, St. Louis, C. V. Mosby Co., 1974.
- 31.- Dollard, J., and Miller, N. E.: Personality and Psicho-therapy: An analysis in terms of learning, thinking and aggression. New York, Mc. Graw-Hill Book Co., 1950.
- 32.- Drash, P. W., and Freeman, B. J.: Behavior modification, Behavior therapy, and operant conditioning: An historical survey - and bibliography of books in print, 1900-1972, Baltimore, Behavior Information and Technology, 1973.
- 33.- Eger, E. I.: Uptake distribution and elimination of nitrous oxide. In Eastwood, D. W. (ed.): Nitrous oxide, Phidadelphia, F. A. Davis Co., 1961.
- 34.- Erikson, E. H.: Childhood and Society, W. W. Norton and Co., - Inc., New York, 1950.
- 35.- Erikson, E. H.: Identity and the life Cycle, in Psychological - Issues, Vol. 1, No.1, International Universities Press, Inc., - N. Y., 1959.
- 36.- Everett, G. B., and Allen, G. D.: Simultaneous evaluation of - cardiorespiratory and analgesic effects of nitrous-oxygen inhalation analgesia. J. Ah. Dent. Ass., 83:129-133, 1971.
- 37.- Ferster, C. B., and Perrot, M. C.: Behavior Principles, New - York, Appleton-Century-Crofts, 1968.
- 38.- Fields Enterprises Educational Corporation: Mesmer, The World - Book Encyclopedia. volumenos II, M 4964, 1957.
- 39.- Finn, S. B.: Clinical Pedodontics, 4th ed. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1973.

- 40.- Freud, S.: Autobiografía. Ed. Pax. Santiago de Chile.
- 41.- Freud, S.: El Yo y el Ello (Obras completas). Ed. Americana, - Buenos Aires.
- 42.- Freud, S.: Teoría Sexual y otros ensayos (Obras completas). Ed. Americana, Buenos Aires.
- 43.- Gesell, A., and Amatruda, C.: Developmental Diagnosis, 2a. ed. Paul B. Holler, Inc. N. Y., 1947.
- 44.- Ginott, Haim G.: Teacher and child. New York. Mc. Millan Co., - 1972.
- 45.- Hargreaves, J. A.: Personal Communication, and Unpublished data, (Wright, 2. 6.) 1974.
- 46.- Hartmann, H.: Ego Psychology and the problem of adaptation, International Universities Press, Inc., New York, 1958.
- 47.- Munt, W. H.: Nitrous oxide oxygen a welcome adjunct to dental practice. Northwest Dent., 50:282-287, 1971.
- 48.- Harlow, J. F., and Ziherman, R. R.: Affectional responses in the infant monkey. Science, 130:421, 1959.
- 49.- Jenks, L.: How the Dentist's behavior can influence the child's behavior. J. Dent. Child., 31:358, 1964.
- 50.- Johnson, R., and Machen, J. B.: Behavior modification techniques and maternal anxiety. J. Dent. Child., 40:272, 1973.
- 51.- Kazdin, A. E., and Bootzin, R. R.: The token economy: An evaluative review. J. Applied Behav., Anal., 5:343, 1972.
- 52.- Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegehueller, - W., and Silver, H. K.: The battered-child syndrome, J. A. M. A., 181:17, 1962.
- 53.- Klein, H., Pillsbury, J., Buskey, M., and Snell, S.: Psychiatric staff: Uniforms or street clothes. Arch. Gen. Psychiat., 26:19, 1972.
- 54.- Kleinknecht, R. A., Klepac, R. K., and Alexander, L. D.: Origins and characteristics of fear of dentistry, J. A. D. A., 86:842, 1973.

- 55.- Kopel, H. M.: The use of ataractics in dentistry for children. J. Dent. Child., 26:14, 1959.
- 56.- Kroll, R. G.: The effect of premedication on handicapped children. J. Dent. Child., 36:29, 1964.
- 57.- Lampshier, Earl L.: Balanced medication and aid for the child - dental patient, 1961.
- 58.- Langa, H.: Relative analgesia in dental practice. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1968,
- 59.- Lenin, Richard M. MD., Faap.: Medical Examinations Publishing - Company. Pediatric anesthesia handbook, February, 1973.
- 60.- Levitas, T. C.: Home hand over mouth exercise. J. Dent. Child., 41:178, 1974.
- 61.- Massler, Maury.: Professor and head, Department of Pedodontics, University of Illinois College of Dentistry, Assisted by Marvin Kozlov, D. D. S., Instructor in the Department of Pedodontics. Artículo escrito para clínicas odontológicas de norte América, W. B. Saunders Co., Noviembre, 1961.
- 62.- Meili.: Recherches Sur les Formes de Intelligence. Archives de - Psychologie. XXII:87, Geneve.
- 63.- Morris, L. Alvin, and Bohannon, M. Harry.: Las especialidades - Odontológicas en la práctica general. Ed. Labor, S.A., 1980.
- 64.- Nelson, E. Waldo.: Tratado de Pediatría. Tomo I 3a. Ed. (Copiado de la 6ª N.A.) El terreno de la pediatría.
- 65.- Parcialmente subvencionado por el proyecto 917, Maternal and - Child health service, U. S. Department of Health, Education - and Welfare (PL 91-517) Clínicas Odontológicas de N.A.
- 66.- Peinado Altabé, José.: Psicología Clínica (en Preparación) 1954.
- 67.- Ribes Inesta, Emilio.: Técnicas de Modificación en el Retardo y Desarrollo. Ed. Trillas, México, 1978.
- 68.- Richardson, S. A., Mastorf, A. H., and Jorbusch, S. M.: The - effects of a Pshycal disability on a childs description of him- self. Child develop., 35, Sept., 1964.

- 69.- Robbins B. Martin.: Chloral Hydrate and Promethazine as premedicants for the apprehensive child. J. Dent. Child., 34:327-331, Sep. 1967.
- 70.- Salas Alvarado, Max.: Guía para el diagnóstico y terapéutica en Pediatría, Hospital del niño. D. I. F. (Desarrollo Integral de la Familia). Ed. La prensa médica mexicana, 1977.
- 71.- Silverman, F. N.: Roentgen manifestations of unrecognized skeletal trauma in infants, AM. J. Roentgenol., 69:413, 1953.
- 72.- Smith, Robert M.: Anesthesia for infants and children. 3a. Edición, San Luis, C. V. Mosby Company, 1968,
- 73.- Soble, K. Rosalynde: Prof. y Director del programa a extramuros, Dpto., de Odontología de la comunidad. Univ. de Maryland, Esc. de Odonto., Baltimore.
- 74.- Soble, R. K., and Chaiklin, H.: Social work and preventive dentistry. Paper presented at the annual meeting of the national - Conference of Social Welfare, Atlantic City, N. J., May., 1973.
- 75.- Spencer, R. Pauline.: Instructora, Escuela de Odontología de la Universidad de Carolina del Norte, Chapel Hill.
- 76.- Sulzer, B., and Mayer, G. R.: Behavior Modification Procedures for School Personnel Hinsdale, Ill., Dryden Press, 1972.
- 77.- Terman, Merrill.: Medida de la Inteligencia. Edit., Espasa-Calpe.
- 78.- Triger, N., and Carr., S.: Psychosedation two: inhalation route. In Mc. Carthy, F. N. (ed.): Emergencies in Dental Practice. 2nd. ed., Philadelphia, W. B. Saunders Co. 1972.
- 79.- Ulrich, R., Stachnik T., Mabry J.: Control de la Conducta Humana. Ed. Trillas, Abril 1978.
- 80.- Valenzuela H., Rogelio.: Manual de Pediatría. Cap. III Imprenta Fénix, 1954.
- 81.- Walker, V. J., Voineskos, G., and Dunleavy, D. L. F.: The effects of Psychiatric nurses ceasing to wear uniforms. Brit. J. Psychiat., 118:581, 1971.

- 82.- Weyman, Joan.: Odontología para niños impedidos. Edit. Mundi, -
Buenos Aires, Agosto 1976.
- 83.- Wilson, J., and Wilson, S. M.: A reaprais al of the role of Pe--
thidine in Jorgenson's technique in Dentistry. Dent. Pract. -
Dent. Reo., 22:57, 1971.
- 84.- Wittrock, J. W., and Fisher, W. E.: The Aspiration of Blood -
Through small gauge needles. J. Am. Dentf. Ass., 79:82, 1968.
- 85.- Woolley, P. V., Jr., and Evans, W. A., Jr.: Significange of -
Skeletal lesions in infants resembling those of traumatic ori--
gin. J. A. M. A., 158:539, 1955.
- 86.- World Health Organization Technical Report, 75, 1954, p. 3. and
World Health Organization Monograph. Series, No. 179, 1952.
- 87.- Wright, G. Z. and Alpern, G. D.: Behavior Management for chil--
dren. W. B. Saunders, Philadelphia, London, Toront, 1975.
- 88.- Wright, G. Z. and Feasby, W. H.: Control of anxiety. University
of Western Ontario, 1972.