

18

2 ej

Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Estudios Profesionales

ZARAGOZA



ODONTOLOGIA

1985



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

"LA EDUCACION PARA EL COMPORTAMIENTO DEL NINO
EN EL MEDIO AMBIENTE ODONTOLÓGICO"

<i>I N D I C E:</i>	<i>Pags.</i>
<i>INTRODUCCION.</i>	<i>1</i>

CAPITULO I

CONTROL DEL COMPORTAMIENTO.

<i>Definición.</i>	<i>3</i>
<i>Importancia.</i>	<i>4</i>
<i>Actitud Negativa Hacia la Odontología.</i>	<i>4</i>
<i>Finalidad.</i>	<i>7</i>

CAPITULO I I

<i>LA CONDUCTA DE LOS NINOS EN EL CONSULTORIO DENTAL.</i>	<i>10</i>
<i>Clasificación de la Conducta.</i>	<i>11</i>
<i>Formas de Conducta Cooperativa.</i>	<i>11</i>
<i>Alteraciones que Influyen en la Conducta en el Ambiente Dental.</i>	<i>14</i>
<i>Aspecto Práctico de la Experimentación Científica de la Conducta.</i>	<i>15</i>

CAPITULO I I I

<i>LA INFLUENCIA DE LA FAMILIA.</i>	<i>17</i>
<i>Ansiedad Materna.</i>	<i>17</i>

<i>Preparación del niño para la Odontología.</i>	18
<i>La Primera Visita Dental de su Hijo.</i>	20
<i>Factores Socioculturales.</i>	22
<i>Las Relaciones con Los Hermanos.</i>	22
<i>Fuentes del Comportamiento no Cooperativo en la Unidad Familiar.</i>	23

CAPITULO I V

<i>PLANTEAMIENTOS NO FARMACOLOGICOS PARA EL CONTROL DEL COMPORTAMIENTO.</i>	27
<i>Comunicándose con el Niño.</i>	27
<i>Lenguaje y Expresión.</i>	29
<i>Formando el Comportamiento.</i>	31
<i>Modificación del Comportamiento.</i>	33
<i>Técnica de Mano Sobre Boca y Nariz.</i>	34

CAPITULO V

<i>CONSIDERACIONES PRACTICAS PARA EL CONTROL DEL COMPORTAMIENTO.</i>	38
<i>Ganando la Confianza del Niño.</i>	38
<i>El Medio Dental.</i>	40
<i>Duración de la Cita.</i>	40
<i>La Hora de la Cita.</i>	40
<i>Acompañando al Niño Dentro del Cubículo Dental.</i>	40
<i>Atavío Dental.</i>	41
<i>Regalos para los Niños.</i>	41

<i>RESULTADOS.</i>	43
<i>CONCLUSIONES.</i>	48
<i>RECOMENDACIONES.</i>	50
<i>BIBLIOGRAFIA.</i>	51

INTRODUCCION.

Uno de los fines que motivó la elaboración de esta tesis, es el de conocer tan variantes personalidades de una manera correcta y elástica.

Nuestro vital interés es tener conocimientos y principios básicos de psicología, para ofrecer a cada paciente el ambiente de seguridad emocional, despojarlo de sus tensiones, del temor al dolor, ansiedad y sobre todo borrar la idea falsa de anteriores experiencias dentales.

Todo niño, recibe mucho antes de que pise por primera vez un consultorio, informaciones sobre el tratamiento odontológico. Estas experiencias transmitidas, indirectas, son por lo general desfavorables, ya que la mayoría de la gente tiene miedo al tratamiento dental.

El tratamiento odontológico debe iniciarse en la infancia, preparando al pequeño, para aceptar al dentista como un protector de su salud. La atención adecuada al niño, previene futuros temores en el adulto.

Por lo tanto la Psicología juega un papel importante en el desarrollo mental del niño. Se observa que a partir del primer día de su existencia, el hombre desarrolla un poder de adaptación que lo ayudará a superar las dificultades de la vida, así mismo va adquiriendo una personalidad sin otra asistencia que el trabajo psíquico.

Los dentistas manejan a los niños liberalmente sin la ayuda de la comunicación, obteniendo así resultados negativos, por lo tanto la comunicación es muy importante, pudiendo definirla como el manifiesto de opiniones a otra persona, hacerse comprender, o simplemente utilizar opiniones que signifiquen la misma cosa tanto para ti como para la otra persona de quien estás hablando.

A un niño no se le puede enseñar un modo de comportamiento, hasta que haya madurado lo suficiente para recibir tal enseñanza, aunque la secuencia de maduración, está determinada por factores hereditarios; El medio ambiente sirve para sostener o modificar el grado de desarrollo. Cada individuo es una personalidad distinta, cuyas experiencias en la temprana infancia son importante para su futura conducta y relación con los demás.

Al niño se le debe tratar con un máximo de paciencia y cariño infundiendo confianza, considerando lo que le agrada y lo que le disgusta, para obtener éxito y satisfacción en la odontopediatría.

Si el Odontólogo tiene un comportamiento firme, amable y un buen control logrará así un buen comportamiento por parte del niño, obteniendo un mejor tratamiento odontopidiátrico, lo cual nos dará una mayor cobertura y así habrá un mayor éxito con todos los niños no importando su edad ni sexo.

El Capítulo I trata sobre la Odontología Infantil, definición, importancia, actitud negativa hacia la odontología y su finalidad.

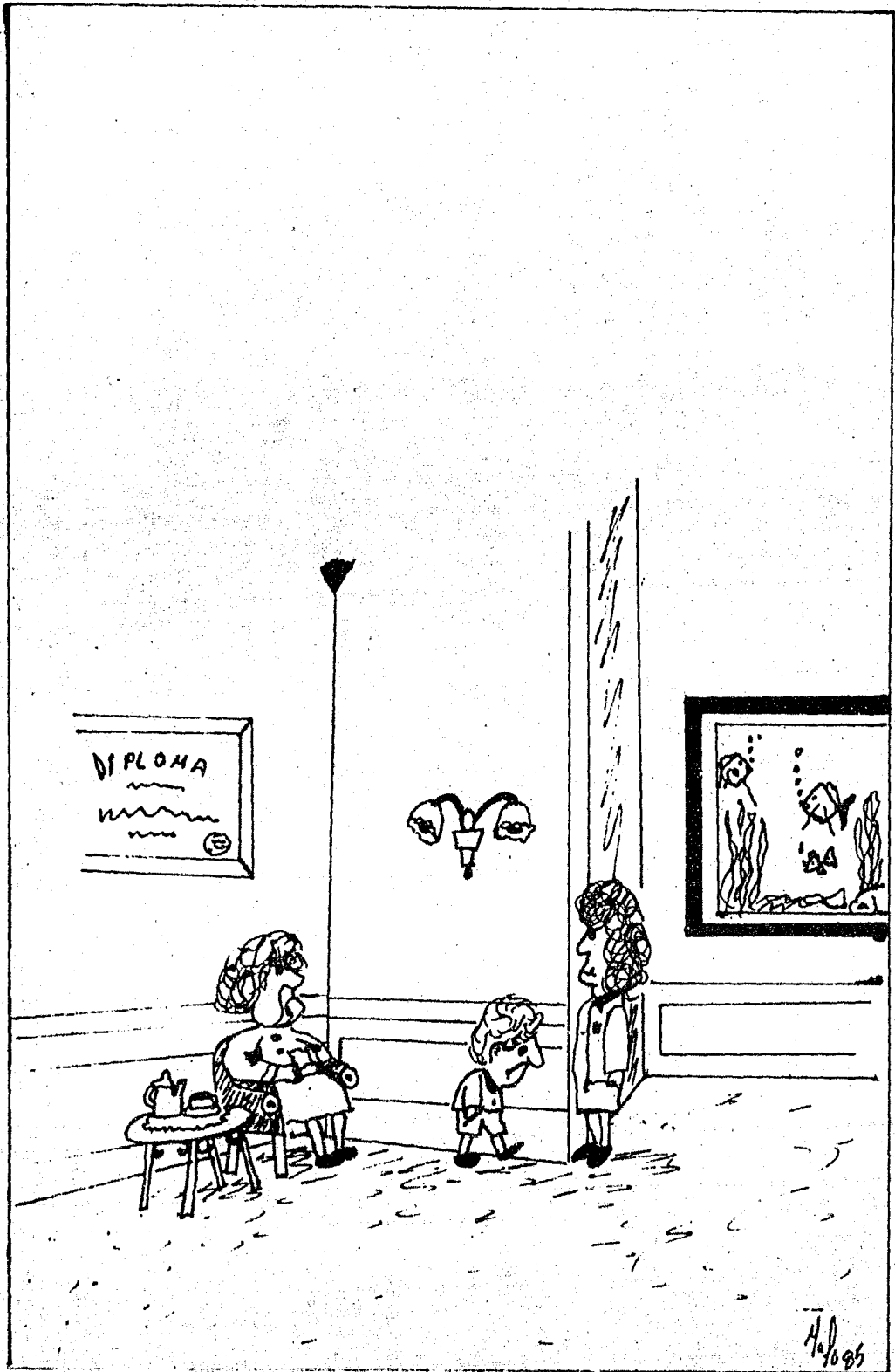
En el Capítulo II, tratamos de aumentar la comprensión en el campo de la conducta infantil. Nos enfocamos en la clasificación y descripción de diversas formas del comportamiento y los factores que afectan esta conducta en el medio ambiente dental.

En el Capítulo III, nos basamos en la influencia de la familia, ya que las investigaciones sugieren que el ambiente hogareño juega un papel muy importante en el comportamiento dental de los niños.

Los Capítulos IV y V, tratan sobre el dentista y su medio ambiente.

Nosotros como Cirujanos Dentista, debemos llevar en mente el educar y formar hábitos benéficos tanto para el niño como para la comunidad.

Por lo anterior se exponen en este sencillo trabajo algunos temas que se consideran de interés para llevar a cabo este objetivo.



CAPITULO I

Los hijos se inclinan por naturaleza a querer paracerse a sus padres y hacer lo que éstos hacen (William Cobbett).

CONTROL DEL COMPORTAMIENTO.

Definición:

La Odontología Infantil u Odontopediatría se define como: "la rama de la Odontología que se especializa en la atención y cuidado dental del niño", pero consideremos, que esta definición es incompleta y empírica, puesto que sólo abarca los problemas de la boca del niño.

La Odontología Infantil, es una especialidad más completa no sólo de los problemas que presenta la boca del niño, sino incluso tratar de prever los futuros padecimientos de todo su organismo, desde la vida intrauterina.

Entre las definiciones conocidas citaremos entre otras las de Abobrtan, dice "Es la ciencia de la higiene, profilaxis y todos los cuidados dentales, para conducir a los niños a la edad adulta en las mejores condiciones dentales".

Más completa y satisfactoria es la R. Pauly que dice "Es la rama de la odontología que contempla al niño en su totalidad, tanto en su aspecto físico, como psicológico, enfoca los problemas presentes de su boca, los trata y toma medidas preventivas para evitarle otros similares en el futuro.

Raymond, en 1975, expresó su preocupación acerca del comportamiento de los niños en su práctica dental. Su opinión fue que "Obtener la benevolencia de los niños es casi la mitad del trabajo a realizar". (1)

Mc. Elroy en 1995, inadvertidamente, proporcionó una definición para el control del comportamiento y escribió "Aunque la odontología operatoria pudiera ser perfecta, la cita puede ser un fracaso si el niño desfilloce en lágrimas".

El término "Control del Comportamiento", o su sinónimo "Control del Niño" ha sido utilizado repetidamente en odontopediatría y se define de la siguiente manera:

Se dice que el control del comportamiento no fue practicado cuando se emplearon drogas para mitigar la aprehensión, ya que éstas son sólo un auxiliar para el control del comportamiento y su uso depende de la filosofía y la actitud del dentista.

La personalidad y el ambiente educacional tienden a influenciar la práctica clínica.

Por su importancia destaca el significado de dos palabras claves en la definición antes mencionada.

- Servicio Efectivo: es proporcionar un tratamiento de alta calidad, el cual no deberá ser modificado en perjuicio de la salud oral del niño.

- Servicio Eficiente: ha de considerarse que en la práctica privada de hoy en día ni los padres, ni el dentista pueden, generalmente, permitirse la pérdida innecesaria del tiempo. La odontología por cuadrantes, utilizando personal auxiliar, es la norma cuando uno toma en cuenta una práctica eficiente.

Importancia:

Actualmente las ciencias del comportamiento están incluidas como parte integral de un moderno currículum, y se enseña usando un planteamiento multipublicitario. Los educadores y las disertaciones públicas tienen una serie de literatura, películas, videotapes para dirigir la atención como efectiva ayuda de enseñanza.

Concomitante con esta enseñanza expandida de control de comportamiento, ha habido una investigación, porque como escribió Mc. Donald en 1969: "Hasta hace poco se ha intentado proporcionar respuestas a los problemas asociados con el asesoramiento acerca del comportamiento del niño en el consultorio dental", aun a los más comunes.

El interés en el aspecto humanístico, en la enseñanza y en la investigación ha sido mínima. Como grupo nos comprometemos a mantener un alto ejemplo de salud oral para el público; aunque cada uno de nosotros haya seguido una carrera personal, ya sea prácticamente privada, trabajador social, educador dental, todos nos hemos esforzado únicamente con este fin.

Sin embargo, esto no puede ser aplicado al paciente individual.

El dentista bien formado está consciente de que la atención dental es deficiente y que sólo bajo porcentaje de la población la recibe regularmente. Para explicar esta situación, se han utilizado cantidad de razones, tales como: insuficiente mano de obra e indisponibilidad de servicios.

Sin embargo, cuando estos impedimentos sean eliminados mucha gente aún permanecerá abandonada y nosotros fallaremos en nuestro objetivo.

Actitud negativa hacia la Odontología:

La mayor parte de los dentistas saben que en cierto grado hay una actitud negativa hacia la Odontología. Esta actitud del paciente se atribuye a las siguientes causas: problemas económicos, miedo y dolor.

Problemas económicos: En nuestro país el costo del tratamiento dental ha sido sin duda uno de los motivos principales por el cual el gran público de las mayorías se abstiene de atenderse con regularidad. Si en otros países se ha señalado ya este factor como importante, en nuestro México, adquiere realmente, proporciones casi alarmantes.

El extraordinario esfuerzo realizado en los últimos años a través de Instituciones y Clínicas gubernamentales, no ha penetrado sino superficialmente en las grandes capas de nuestra población. Es indispensable una mayor divulgación de la importancia clínica de atender las infecciones bucales desde la más tierna infancia.

El recuerdo no sólo del dolor, sino de la imagen humana del médico dental, perdurará indefinidamente, por mucho tiempo en la mente del niño, así como en la del adulto, que lo transmitirá inconscientemente a sus hijos y familiares.

Son estas razones, o mejor dicho, falta de conocimientos específicos de tipo humano, los que han promovido el gran interés y también profunda preocupación de los investigadores modernos para analizar las razones del comportamiento del paciente y la manera psicológica de superar angustias de entrar a la clínica dental.

Miedo: El miedo constituye uno de los mayores problemas en el manejo en el consultorio dental y una razón de negligencia hacia el cuidado dental en los adultos.

El miedo es una respuesta primitiva desarrollada para proteger al individuo de las situaciones peligrosas y que constituyen un daño o destrucción propia. El sistema nervioso autónomo descarga el estímulo emocional a través del hipotálamo y necesita de poca integración cortical, por lo que estas descargas a través del hipotálamo pueden ser intermitentes por el desarrollo de la corteza y controladas las emociones por medio de la determinación y racionalización.

El miedo es de gran valor cuando a éste se le da una correcta dirección y control. El miedo es un mecanismo protector para la propia conservación y debe ser usado para tener al niño alejado de situaciones peligrosas de naturaleza ya sea física o social. La educación de los padres en este aspecto no debe ser el de erradicar el miedo, sino más bien el de conducirle hacia situaciones peligrosas que realmente existen y alejarlo de aquellas situaciones donde ni el peligro ni el daño existen. De modo que el miedo servirá como un mecanismo protector ante un peligro real y como un agente que disuade y desvía al individuo de un comportamiento antisocial.

Al niño debe enseñársela que al consultorio dental no es un lugar al que debe tenerle miedo. No debe ser usado tampoco por los padres como un medio de castigo o amenaza.

El miedo puede ser dividido en dos tipos:

1) El miedo objetivo: es aquel que representa temores producidos por estímulos físicos directos de los órganos de los sentidos. Estos miedos o temores son respuesta a estímulos que han sido vistos, oídos, olfateados o probados y que son de naturaleza desagradable. Estos miedos podrían aparecer después de una cita dental previa en la que se ha lastimado al pequeño y se le ha causado dolor, tal vez innecesario.

2) El miedo subjetivo: es aquel temor que se le infunde al niño pero que éste nunca lo ha experimentado en camisa propia. A un pequeño al que se le cuenta o describe una situación dolorosa o desagradable, pronto desarrollará temor y miedo ante esa experiencia. (19)

El niño presenta una sensación de miedo intensificado hacia lo desconocido. Cualquier experiencia desconocida para él le producirá miedo y temor hasta que el niño experimente que esta situación no le produce daño, hasta que el niño sea convencido totalmente que no hay razón de sentir miedo, éste persistirá.

La capacitación imaginativa del niño se desarrolla rápidamente y junto con ésta, los temores se intensifican. Los temores imaginarios se multiplican y crecen junto con la edad y el desarrollo mental, hasta llegar a cierta edad en la que la razón los encuentra enfermizos.

El niño que experimenta una sensación de amenaza ante su propia seguridad al ser arrojado a una experiencia que está fuera de su rutina, responderá con miedo, si es demasiado pequeño para comprender la razón del cambio.

Al crecer un niño y al desarrollar su habilidad de razonar, los temores adquiridos son descartados uno a uno, cuando su propia experiencia e intelecto le enseña que no debe tener miedo. Lo que asusta al niño de dos años, no puede asustar a los seis años. Por lo que la edad es importante en el crecimiento y el miedo. Obviamente uno no puede esperar del niño respuestas y entendimientos que a cierta edad, no se encuentra mentalmente capacitado para comprender.

Ya que los niños entre los dos y tres años de edad es el tiempo apropiado para llevarlo por primera vez al dentista. Es importante el citar aquí aquellos hechos que puedan producir miedo en el niño de dos años durante su visita al dentista.

El miedo más intenso en el niño pequeño es el miedo a lo desconocido y a lo inesperado. Cualquier estímulo intenso o súbito de los sentidos, es promotorio de miedo.

El ruido y la vibración de la pieza de mano, así como la expresión utilizada en el uso de instrumentos de mano, durante la preparación de cavidades, son conducentes al miedo en el niño demasiado pequeño.

El paciente también le teme a caerse o a movimientos súbitos e inesperados, al bajar el respaldo del sillón sin avisarle o moverlo a una altura más baja, puede infundir miedo. Al igual que las luces brillantes especialmente la luz dental en los ojos del niño.

El niño preescolar puede sentir miedo al separarlo de su madre.

Si el pequeño es empujado a una nueva situación en la que debe ser separado de sus padres de los que ha aprendido a depender para sentirse seguro, él percibirá un sentimiento de abandono.

A los cuatro años de edad se alcanza la cima de los miedos y temores definitivos, entre los cuatro y los seis años hay una disminución gradual de los temores tempranos tales como el miedo de caerse, ruidos y personas extrañas. El niño al adquirir la habilidad de evaluar situaciones que le producen miedo, ya sea de su propia experiencia como de su habilidad de comprender y entender (percibir), la severidad de algún daño, muchos de los temores tempranos son perdidos y olvidados. El miedo a lo extraño, que es muy intenso entre los dos y tres años, se pierde a través de la amplia asociación con otros.

A los siete años, el niño ha mejorado en su habilidad de resolver sus propios temores pudiendo reaccionar de algún modo que a veces podrá ser disparado, ya que puede ser con cobardía o bien, con valentía. En esta edad aparentemente todo lo practica, pero lo importante es que está resolviendo sus temores reales. El soporte familiar es muy importante sobre todo en comprender y sobreponer sus temores.

De los ocho a los catorce años, el niño aprende a tolerar situaciones desagradables y a ser obediente. Desarrolla su control emocional en forma muy considerable, durante la pubertad y especialmente las niñas, muestran un especial interés en su aspecto. La mayoría quisiera ser lo más atractiva posible, lo que puede ser aprovechado y utilizado por el dentista como motivación para su arreglo y cuidado dental. Con tal de satisfacer su ego, están dispuestas a cooperar.

El miedo no es hereditario sino adquirido, es razonable el reflexionar que estos temores tempranos en el niño influyen con los años, por esto, se puede pensar que tales actividades negativas tienden a ser perpetuas.

En la sensibilidad o predisposición nerviosa, si puede ser hereditaria. La realización de nuestros objetivos profesionales, depende de la actitud de nuestros pacientes, debemos interrumpir este patrón de conducta negativa (miedo).

Como estos temores son adquiridos, lo más lógico sería interrumpirlos en la infancia, es mucho más fácil empezar con pacientes con actitudes adecuadas, que intentar cambiar una actitud profundamente arraigada. Si queremos despertar actitudes positivas en el consultorio dental y mejorar la salud dental, la clave está en los niños que serán adultos del mañana.

Dolor: Durante años, el consultorio y el sillón dental han sido sinónimos de dolor y malestar entre el público. A principios de siglo el dolor representaba un obstáculo para el cuidado dental, sin embargo, cambios en la actitud del dentista y conocimientos de técnicas modernas así como sedación y anestesia han disminuido esta indisposición.

La Odontología moderna puede no estar exenta de molestias pero sí, libre de dolor. Esta teoría ha sido probada por investigadores especializados en niños y adultos. En más de una ocasión, algunos estudios han fallado al identificar el dolor como causa mayor del descuido oral. (1, 2, 3 y 5)

No obstante, el dolor ha sido analizado en otros aspectos, estudios hechos por investigadores científicos (4 y 7), han demostrado que el dolor ha tenido un efecto adverso en el comportamiento de muchos niños en el consultorio dental. Las últimas investigaciones demuestran que el miedo al dolor físico es mayor inquietud en los niños, por lo que ciertamente debe producir actitudes negativas por largo tiempo en la clínica dental.

Sin embargo el miedo parece ser la causa más relacionada con la actitud negativa hacia la odontología. El miedo no es inherente, se adquiere y es comúnmente aceptado que el miedo dental tiene su génesis en la niñez. Una razonable especulación es que este prematuro miedo configura la actitud del paciente en la madurez.

La investigación ha demostrado que los adultos que mantienen actitudes dentales negativas pueden y de hecho lo hacen, transmitir sus sentimientos a sus descendientes.

Dado que los miedos dentales se adquieren, la época más lógica para interrumpirlos es en la niñez.

Si estamos promoviendo las actitudes dentales positivas y mejorando la salud dental del público, entonces, lógicamente los niños son las llaves del futuro.

Finalidad:

Se está luchando por hacer una verdad educativa por medios publicitarios como la radio, la televisión, prensa, folletos, etc.; implantarla no sólo dentro del público sino también en nuestra profesión. Se ha logrado que la Odontología infantil sea una especialidad tangible; se han creado institutos sociales, clínicas dedicadas al estudio, investigación y difusión de esta especialidad.

Señalaremos los puntos más relevantes de los fines de la odontología infantil:

1) Inculcarles al niño hábitos de limpieza, que mantendrán su boca en buenas condiciones de higiene y buen estado de salud.

2) La preservación de sus dientes primarios cuya importancia se suma a tres puntos:

- Proporcionar una función masticatoria eficiente, con miras a una mayor digestión y asimilación de alimentos.

- Mantener el espacio apropiado para los futuros dientes, contribuyendo con ellos a la articulación normal.

- Contribuir al desarrollo físico del niño así como al intelectual ya que su instrucción primaria requiere de un gran esfuerzo mental, y un niño con mala masticación así como con piezas enfermas que le ocasionan dolor, de ninguna manera podrá atender debidamente a sus enseñanzas.

3) Prevenir y corregir cualquier hábito o condición que pueda influir en una futura mala oclusión.

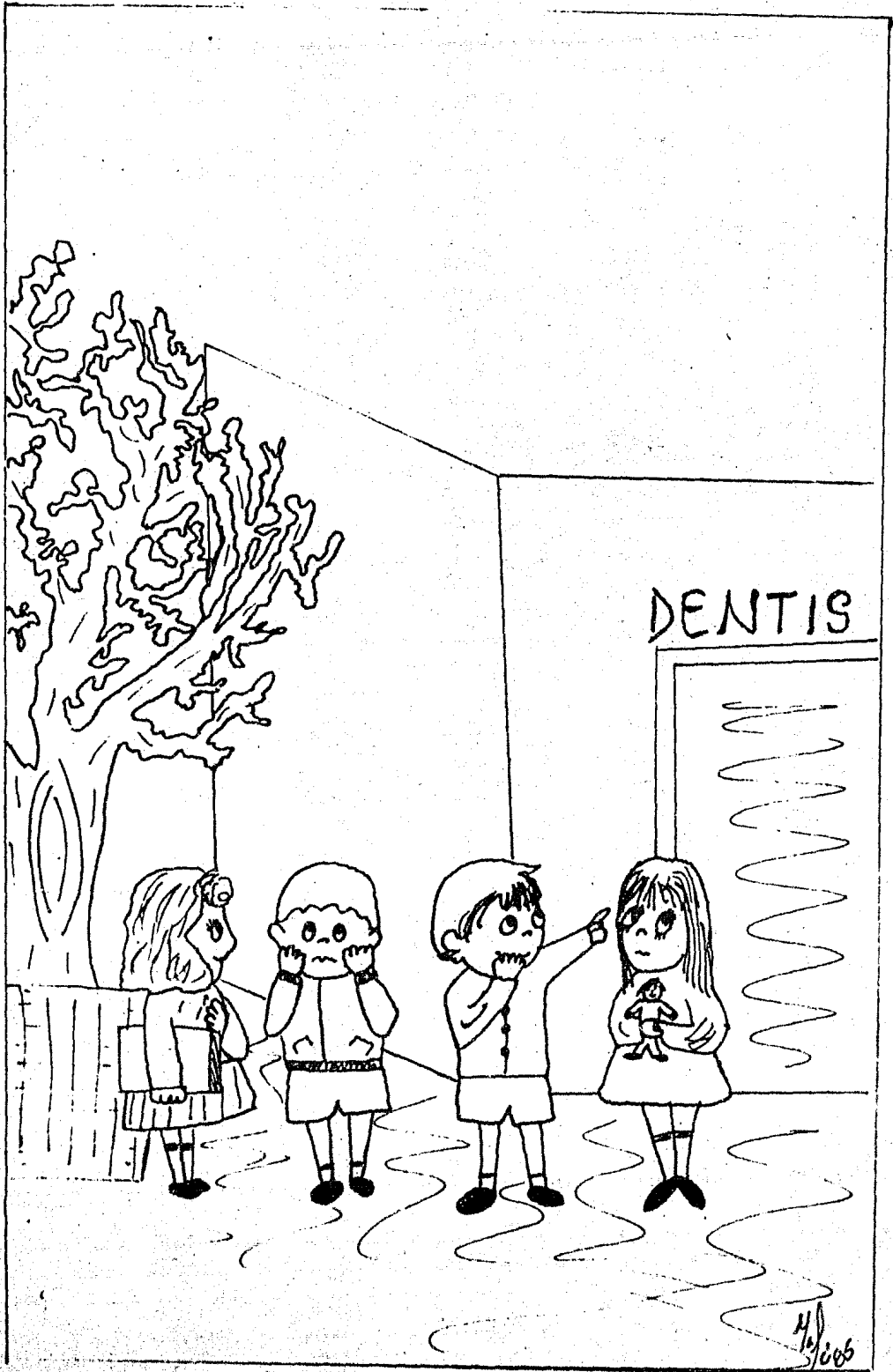
4) Con todas las medidas preventivas a su alcance, en prevenir en lo que es posible la futura aparición de caries y otras condiciones indeseables.

5) Crear en el niño, un sentido de cooperación y responsabilidad con respecto al cuidado de su boca, para que él mismo vele por ella.

6) Instruir a los padres para obtener su completa colaboración. (19)

CAPITULO 1

- 1) *Braver John Charles.*
Odontología Infantil.
Buenos Aires, Editorial Mundi, Junio 1959.
- 2) *Harndt Ewald, Meyers Hemul.*
Odontología Infantil.
Buenos Aires, Editorial Mundi, 1969.
- 3) *Finn Sidney B.*
Odontología Pediátrica.
2a. edición.
Buenos Aires, Editorial Interamericana, 1976.
- 4) *Pinkman T. R.*
Dentist and Psychologist: Practical considerations
for team approach to the intensely anxious dental
patient.
J. A. D. A. San Francisco, Mayo de 1975.
Volumen 90.
- 5) *Chambers, David W.*
Communication with the young dental patient.
J. A. D. A. San Francisco, Octubre 1976.
Volumen 93.
- 6) *Mc. Donal R. E.*
Odontología para el niño y el adolescente.
Buenos Aires, Editorial Mundi, 1969.
- 7) *Cohen Meyers Michael.*
Odontología Pediátrica.
Buenos Aires, Editorial Mundi, 1957.
- 8) *Floyde E. Hogeboom.*
Odontología Infantil y Dentística Sanitaria Pública.
Buenos Aires, Editorial Mundi.
- 9) *Material de Apoyo.*
E. N. E. P. Zaragoza.
Odontología Social.
3er. Semestre.



Si queréis estudiar a los hombres no dejéis de frecuentar la sociedad de los niños.
(Jesse Tarrag)

LA CONDUCTA DE LOS NIÑOS EN EL CONSULTORIO DENTAL.

En el presente capítulo, trataremos una forma de aumentar la comprensión en el campo de la conducta infantil; esta información ayudará a adquirir una mayor sensibilidad de los factores fundamentales que contribuyen en las reacciones de los niños en su visita al Consultorio Dental.

Dentro del contexto histórico, al escribir sobre el tema de la conducta infantil, en el consultorio dental, se empeñó por seguir dos nociones:

- Se sugirieron un número de técnicas para disminuir el miedo del niño en el ambiente dental.

- Se constató la necesidad de los conocimientos de los principios psicológicos y su aplicación en el tratamiento infantil.

No fue sino hasta 1930 que la profesión empezó a percatarse de las reacciones de los niños en la odontología y se despertó un interés inmediato en las anotaciones que seguían conservando y que, de hecho habían ido aumentando constantemente. Los apuntes han tomado dos formas, las primeras descripciones se obtenían, la mayoría de las veces, de observaciones clínicas y de observaciones personales.

Sin embargo, en 1960 empezaron a aparecer investigaciones de experimentación de datos controlados en la literatura dental. Los apuntes colectivos pueden ser sumamente informativos, pero como resultados de los diversos puntos de vista y planteamientos experimentales, la información puede volverse en ocasiones confusa o contradictoria.

Los apuntes que describían específicamente la conducta infantil en el consultorio dental, se han concentrado al rededor de tres áreas principales:

1.- La clasificación de la conducta en la cual se sitúan las respuestas de los pacientes, relacionando unas con otras.

2.- Descripciones de diversas formas de conducta en que se han clasificado normas de conducta negativas.

3.- La elaboración de los factores que afectan la conducta en el medio ambiente dental.

Clasificación de la conducta:

El método principal que se emplea actualmente para valorar la conducta es el de Frankl Shiro (1962), considerándose una de las mejores clasificaciones de la conducta ya que posee tres características:

- 1.- Que es funcional.
- 2.- Que es cuantificable, (ya que tiene cuatro categorizaciones).
- 3.- Que es confiable, (ya que puede obtener un alto nivel de concordancia).

Las categorías de la conducta de Frankl son:

A) Definitivamente Negativo: Rechazo del tratamiento dental, llanto vigoroso, temeroso o alguna otra evidencia que manifieste un negativismo extremo.

B) Negativo: Poco dispuesto a aceptar el tratamiento, falta de cooperación, cierta evidencia de actitud negativa al llegar a expresarla verbalmente, es decir, una retirada taciturna.

C) Positivo: Aceptación del tratamiento, aunque a veces el niño se encuentra cauteloso y reservado, buena voluntad de conducirse de acuerdo con las instrucciones.

D) Definitivamente Positivo: El niño se muestra en buena armonía con el dentista, se interesa en su cuidado y procedimientos dentales y disfruta de esta situación.

Este sistema ha resultado ser el más usado y por lo tanto el más popular ya que es el más acertado.

Formas de conducta cooperativa:

Se puede examinar la conducta infantil de numerosas maneras, la mayoría de los Odontólogos, consciente e inconscientemente clasifican o caracterizan a los niños de una de las tres maneras siguientes: el niño cooperativo, el carente de habilidad cooperadora y el niño potencialmente cooperador.

El niño cooperativo: Este se presenta en el consultorio en un estado de relajamiento y con un grado de aprehensión mínima o nula. Acepta el tratamiento; algunas veces puede mostrarse cauteloso y no dispuesto a acceder con el dentista, otras parece reservado, pero, en general, sigue las indicaciones del dentista de una manera cooperadora.

A estos niños se les puede tratar con un enfoque sincero de "decir-mostrar-hacer". Cuando se han establecido pautas para su conducta, actúan dentro de un sistema previsto, estos niños presentan un nivel de cooperación que permite al dentista el desempeño de su labor con efectividad y eficiencia.

El niño carente de habilidad cooperadora: Este grupo puede incluir dos tipos de niños; el primero incluye niños muy pequeños, con los que no puede establecerse una comunicación ni tampoco esperar comprensión. El Dr. Mc. Donald en 1969 alude a estos niños como una etapa recooperadora. Los considera como un periodo temporal de su desarrollo. El niño de dos años, difiere mucho en su capacidad para cooperar, debido a que la comunicación con ellos es difícil, su vocabulario es bastante limitado así como su capacidad de fijación o retención de ideas y la captación de su atención, será por cortos lapsos de tiempo.

Estos niños prefieren estar solos, ya que no han aprendido todavía a aceptar a otras personas, en fin, no podemos esperar que estos niños tan pequeños cooperen con el dentista debido a su corta edad en la que su capacidad de cooperación no ha sido desarrollada. Otro tipo de niños que carecen de habilidad cooperadora son los débiles mentales y físicamente incapacitados, la severidad de sus condiciones impide conseguir una actitud cooperadora, se utiliza un manejo especial con estos niños pero no puede esperarse un cambio positivo en su comportamiento, ya que tampoco se encuentran capacitados para ello.

El niño parcialmente cooperador: Por lo general, la nomenclatura que se ocupa para el niño parcialmente cooperador es la de "problemas de conducta", el niño puede ser normal o lisiado, sin embargo, difiere del niño con falta de cooperación positiva, ya que él sí tiene capacidad para cooperar, ésta es una distinción.

Cuando se caracteriza como parcialmente cooperador el juicio que prevalece es que el niño puede cambiar, esto es, que el niño puede volverse cooperativo, además se han dado clasificaciones específicas a sus reacciones adversas. (11)

Conducta incontrolable: Por lo general, las reacciones de tipo incontrolable (en los pacientes parcialmente cooperativos) se presentan en los niños pequeños de 3 a 6 años de edad, durante su primera visita al consultorio dental. La reacción es una clase de berrincha que puede empezar en la sala de espera u ocurrir antes de que el niño llegue al consultorio. Brovern en 1964, ha denominado esta conducta "Incorregible", se caracteriza por la presencia de lágrimas, de llanto vigoroso o fuertes golpes o sacudida de mano y piernas y todo ello indica un estado crítico de ansiedad o temor. Este estado exaltado provoca que el niño retroceda a una forma de conducta más infantil. (19)

En niños mayores, sólo en ocasiones se observa este tipo de reacciones. Los niños que están en una edad escolar tienden a imitar la conducta de los adultos o de los hermanos mayores. Una conducta incontrolable o inmadura no se apegaría al concepto que tienen de ellos mismos, si se llegara a manifestar una conducta incontrolable en niños mayores, se deberá a que existen problemas y causas profundamente arraigadas para que esto ocurra. Con frecuencia, un intento para comprender las razones revela las situaciones extrañas y puede conducir a una solución del problema.

En este capítulo no describiremos las técnicas de control pero se puede mencionar que los dentistas se enfrentan a tres desafíos inmediatos cuando se presenta una conducta incontrolable:

1.- Tan pronto como sea posible, se debe sacar al niño de la sala de espera, su conducta sólo puede provocar un efecto adverso en los niños que estén en la misma área; la conducta negativa genera reacciones en cadena.

2.- Se debe de apaciguar al niño hasta que deje de patear o golpear, ya que puede lastimarse con los muebles y con el instrumental o los aparatos médicos del consultorio dental, por lo que se debe controlar lo más pronto posible. estos niños son hiperativos. (9)

3.- Por último, se debe establecer una comunicación con el niño, si esto no se logra, es imposible explicarle los procedimientos, la mayoría de los niños que entienden las situaciones se pueden controlar. Por lo tanto, el niño parcialmente cooperador puede convertirse en un paciente cooperativo.

Conducta rebelde o desafiante: Esta conducta puede reconocerse en niños de cualquier edad pero es más típica en niños de primaria, este comportamiento es controlable y puede distinguirse por gritos de "No quiero" o "No lo voy a hacer", son niños que protestan siempre a lo que se les dice.

A estos niños que presentan este tipo de conducta se les define también como "Obstinados". Con frecuencia un enfoque directo y firme los cambia dramáticamente. Después de lograr su cooperación, se establecerán formas definidas para su conducta.

Al desafiar la autoridad del adulto, en este caso el dentista, los niños rebeldes muestran cierta valentía para provocar una conducta recíproca, una vez que se les conquista, estos niños tienen un potencial para ser excelentes pacientes y verdaderos amigos en un tiempo muy corto. (?)

Existe otra forma de desafío o rebeldía conocida como resistencia pasiva; todos hemos visto al mozaibeta que se deja caer pesadamente en el sillón dental, no responde verbalmente, y cuando el dentista intenta interesarlo en el procedimiento, fracasa en su tentativa. Cuando se trata de practicarle un examen oral, el paciente puede demostrar su desacuerdo apretando con fuerza los dientes. La forma de actuar puede acompañarse de un aferramiento con fuerzas al sillón dental, los nudillos se le ponen blancos y con frecuencia evita todo contacto visual.

La técnica de resistencia pasiva se presenta con mayor frecuencia en los niños que están en el umbral de la adolescencia; por lo que es probable que ya escojan su propia ropa o vayan al cine con sus amigos. Cuando se les lleva al consultorio en contra de su voluntad, se les obliga a involucrarse en una situación que viola su libertad, cuando se les trata como niños, su auto-imagen queda afectada y por lo tanto, se revelan.

Las situaciones de resistencia pasiva pueden presentar problemas serios de conducta.

Conducta tímida: La timidez, comparada con las formas de conducta descritas anteriormente es una forma ligera de negativismo.

Hay un número de razones por las que el niño puede ser tímido, tales como provenir de un ambiente hogareño sobreprotector, escaso afecto de los padres o excesiva autoridad, ser el único hijo. A otros niños los puede impresionar un medio ambiente desconocido.

Este tipo de niños necesita adquirir más confianza en sí mismos y en su dentista. Es una idea aceptada que la actuación es pobre en una persona muy ansiosa y los niños tímidos son niños altamente ansiosos. No siempre oyen o entienden instrucciones así que el dentista y sus asistentes deben entender que al guiarlos, muchas veces será necesario repetir las explicaciones debido a su estado emocional. (?)

Conducta cooperativa tirante: estos niños aceptan el tratamiento, no exhiben un mal comportamiento violento ni pueden ser clasificados como tímidos. No obstante, están exageradamente tensos, puede oírseles un ligero temblar al hablar y sus cuerpos inclusive vibran. Frecuentemente se les nota gotas de sudor en la frente y en las palmas de sus manitas.

Controlan sus emociones bastante bien, es importante mencionar que debido a que estos niños aceptan aparentemente sin problemas, un tratamiento dental, el dentista no observador fracasa al no detectar estas reacciones. El resultado puede ser el desenvolvimiento de una actitud que puede ser determinante en su futuro cuidado dental. Estos niños crecen aceptando cuidados dentales por parte del dentista, pero expresando o sintiendo desagrado fuera de proporción por parte de sus propias experiencias.

Conducta de lamento o queja: En el pasado, a los niños que se quejaban se les consideraba entre los dos grupos descritos anteriormente a la conducta potencialmente cooperativa, y se pensaba que sus quejidos eran tan sólo la manifestación de sus reacciones. Sin embargo, ya que la tendencia a quejarse forma una parte prominente en su actuación se describe su conducta como una parte separada.

Estos niños que permiten que el dentista proceda, pero se quejan o lloriquean durante todo el procedimiento a pesar de los estímulos que se les dan, se les puede administrar anestesia local repetidas veces, pero ellos se quejan con frecuencia de sentir dolor. Se identifica al niño quejumbroso porque su llanto no es particularmente fuerte, sino controlado, los sonidos que emite son constantes y pocas veces van acompañados de lágrimas, pueden ser exasperantes, se requiere tener mucha paciencia cuando se trata de estos niños.

El número de casos de conducta potencialmente cooperativa que se presentan en el ambiente dental, puede llegar al infinito. Las descripciones generalizadas carecen de carácter específico y los niños son seres humanos. (7 y 11)

Alteraciones que influyen en la conducta infantil en el ambiente dental:

Ahora que se han particularizado las clasificaciones y las formas de conducta, queda pendiente el tercer punto focal de este capítulo. Tradicionalmente esto se ha enfocado preguntando: ¿Cuáles factores causan una conducta negativa en el niño?, ya que nosotros, como profesionales, trataremos gentes y no simples dientes; nos interesa comprender muy bien esta pregunta.

Es evidente que un niño temeroso o ansioso que prevea una visita desagradable con el dentista, está propenso a tener esta experiencia que un niño que tiene un bajo nivel de temor o ansiedad. La ansiedad o el temor afectan la conducta del niño y determinan un alto grado de éxito de la visita dental, pero ¿qué es la ansiedad?

Hay muchas maneras de definir la ansiedad, pero para nuestra profesión, lo mejor es considerarla como un sentimiento generalizado de aprehensión, descontento e incertidumbre. (8)

Las diversas escuelas psicológicas concuerdan en que la ansiedad es un rasgo de la personalidad que describe un estado emocional y se considera como un constructor, esto es, una abstracción compuesta por la organización de ideas y conceptos que, con frecuencia, conducen a una variedad de diferenciaciones como una señal de peligro sentida y concebida por la porción consciente de la personalidad con o sin estímulos de situaciones externas.

Un diccionario de términos psicológicos describe la ansiedad como un estado emocional desagradable, en el que un fuerte deseo presente parece probable que pierda su meta, una sensación de amenaza especialmente una terrible, sin que una persona sea capaz de decir qué es lo que la está amenazando.

También se puede definir como un estado de dominante fuerza de incertidumbre, una sensación anormal y abrumadora de aprehensión y temor, un estado mental profundamente agitado.

Más recientemente, la Asociación Americana de Psiquiatría (1934) la definió como:

Aprehensión, tensión o inquietud que surge de la anticipación de un peligro, conocido o desconociendo su origen. Fundamentalmente de origen intra-psíquico, a diferencia del temor que es la respuesta conacional a una amenaza o peligro, conscientemente reconocido o por lo general externo.

La ansiedad y el temor están acompañados por cambios fisiológicos, cuando se presentan en tal medida que interfieran con el logro de metas deseadas en la vida o un razonable bienestar emocional.

Se puede luchar contra la ansiedad tratando a los niños en forma tal que no se sientan atormentados o indebidamente atemorizados, y conversando con ellos sobre el poco fundamento que suelen tener los problemas presentes. (8)

Aspecto práctico de la experimentación científica de la conducta:

Las investigaciones científicas de la conducta en la peditología se dirigen al mejoramiento de la distribución de los servicios dentales, por medio de una mayor comprensión de los pacientes. Esta investigación es de dos tipos: Básica y Aplicada.

Se puede considerar la investigación o experimentación de las variantes de los antecedentes de los niños como básica. Expresado simplemente, se trata de encontrar las razones por las que los niños actúan como lo hacen y de proporcionar un trampolín para la aplicación de principios de conducta para mejorar la eficacia de la distribución del cuidado dental.

La experimentación aplicada utilizada, la información básica como una base para las investigaciones clínicas que tienen una conexión directa con las prácticas clínicas, puede explorar los cambios de los métodos de los consultorios o los procedimientos para controlar la conducta cooperativa de los niños.

La aplicación de los descubrimientos de las investigaciones conducen a mejorar la distribución de los servicios dentales.

Una rama interesante e intrincada de la investigación de un niño es antes de la primera visita dental. Si el dentista supiera la naturaleza de la conducta de ese niño antes de la cita dental, podría ajustar su enfoque específicamente a ese paciente. Como lo sugirió Rosengarden en 1969, él podría limitar la primera visita del niño a una entrevista, sin embargo, la mayoría de los dentistas les dedican el mismo tiempo a todos los pacientes nuevos, (se establecen restricciones prácticas a sus procedimientos). Si ellos pudieran predecir la conducta de un niño antes del tiempo fijado, se podrían plantear diversos enfoques y acercamientos.

Por último, sólo queremos recalcar que los niños son personas y que el conocimiento del control de la conducta es muy importante, pues hay algunos dentistas que se llevan bien con los niños, pero otros necesitan esta información en alto grado.

A pesar de los éxitos individuales con los niños, debemos esforzarnos por aumentar nuestro afecto positivo en nuestro paciente infantil, y existen muchas maneras para alcanzar esta meta que nos dará muchas satisfacciones.

CAPITULO II

- 1) Sorenson Herbert.
La Psicología en la Educación.
Buenos Aires, Editorial El Ateneo, 1974.
- 2) Braver John Charles,
Odontología para Niños.
Buenos Aires, Editorial Mundi, 1948.
- 3) Congreso Centro Médico.
Sesión Científica de la Asociación de Odontología.
Infantil del Distrito Federal.
Manejo del Niño en el Consultorio Dental.
Dr. Marco Antonio Garcés Rojo.
Dra. Ma. Eugenia Tovar Gálvez.
Dra. Antonia Cadena Galdós.
Dra. Ma. Elena de la Luz Llanera.
18 de Noviembre de 1984.
México, D. F.



Es un error hablar de la felicidad de la infancia. Los niños suelen ser extraordinariamente sensibles. El hombre es dueño de su destino, pero los niños están a merced de quienes les rodean (J. Lubbock)

LA INFLUENCIA DE LA FAMILIA.

Las observaciones clínicas y los hallazgos de las investigaciones sugieren que el medio ambiente hogareño juega un papel muy importante en el comportamiento dental de los niños. Por lo tanto, si el comportamiento infantil es un auxiliar primario en Odontopediatría, el medio ambiente del paciente debe ser tomado en cuenta. (1,9)

Este capítulo abarca algunos de los factores psicosociales relacionados con la familia del niño que influirán en su comportamiento:

- 1.- Ansiedad materna.
- 2.- Preparación del niño para la Odontología.
- 3.- La primera visita dental de su hijo.
- 4.- Factores socioculturales.
- 5.- La relación con los hermanos.
- 6.- Fuentes de comportamiento no cooperativo en la unidad familiar.

Ansiedad materna:

La ansiedad materna es muy importante para poder establecer la relación existente entre el comportamiento del paciente niño.

Sabemos que las actitudes dentales de los padres son transmitidas a sus descendientes, y que pueden afectar el comportamiento de cooperación del niño.

El miedo y la ansiedad son reacciones emocionales elaboradas por la personalidad. El miedo es una respuesta emocional realista, es la reacción a una situación que constituye un peligro o una amenaza real. La ansiedad es una respuesta a situaciones que son peligrosas sólo simbólicamente.

Los factores que llegan a influir en un momento dado en la conducta del niño en el consultorio dental, se deben frecuentemente, a experiencias obtenidas por los padres ya sean - agradables o desagradables - a través de sus tratamientos odontológicos que son transmitidos a sus hijos, por lo que la situación ideal es aquella en la que los padres se encuentran libres de aprehensión en relación a la primera cita de su hijo con el dentista (STEEN 1991).

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

Según Wright y Alpern, se han encontrado una gran relación entre la ansiedad materna y el comportamiento no cooperativo del niño en el consultorio dental, sobre todo en niños entre tres y cuatro años de edad.

Robenston y Robertson resumen en su artículo los factores que influyen en la separación madre e hijo: (20)

- A) Factores que provocan tensión. Ambiente extraño al niño, acompañamiento inadecuado, empleo del lenguaje poco familiar, dolor y enfermedad.
- B) Factores que pueden reducir la tensión. Acompañante adecuado (familiar), restringir movimientos corporales.
- C) Factores que muestran el estado psicológico del niño. Su ego, calidad de la relación madre-hijo fantasía a cerca del dolor y enfermedad.

Se ha discutido mucho sobre la conveniencia o desventajas de la presencia o no de la madre durante el tratamiento dental.

Schwartz se da cuenta de que los padres transmiten una mayor ansiedad y miedo a sus hijos, por lo que se establece una mayor o mejor relación, paciente-dentista cuando éstos no se encuentran; además considera que el asistente deberá transmitirle confianza al niño ya que llega a sustituir a la madre en un momento dado durante la visita dental.

Chamber permite a la madre acompañar al niño durante el tratamiento, pero únicamente como estricto observador y no enfrente de su hijo, ya que si siente ansiedad se la transmitirá, produciendo un efecto contrario al deseado, debiendo entonces retirarse.

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

Massler, opina que la decisión de dejar entrar o no a la madre durante el tratamiento dependerá de lo que sea mejor para ambos.

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

Por lo tanto un niño que está expuesto a una actitud positiva de los padres hacia la visita dental, produce un efecto más positivo y el comportamiento es mejor en niños preparados por medio del consejo de la madre. (10,20)

Preparación del niño para la Odontología:

El contacto con los padres de los niños antes de la primera visita dental, puede reducir la ansiedad materna, y por lo tanto aumenta la probabilidad de una exitosa primera visita dental. (6)

En el estudio de Bailey (1973), se hizo una observación interesante, se notó el intento de la madre por resolver la ansiedad del niño. En la realidad, da por resultado un aumento de ansiedad, pues aparentemente las madres no toman conocimiento de la manera de preparar a sus hijos sobre la primera visita dental y aunque ellas tenían la mejor intención decían las cosas equivocadamente.

Un acercamiento práctico, sería el envío de una carta a los padres de los nuevos pacientes infantiles, previa cita.

Esta sugerencia la propuso Tuma en 1954, en la que recomienda a veces, el envío de dicha carta, evitando toda clase de terminología dental incomprensible en donde se explique la importancia que significa para todos el resultado de esta primera consulta, de mantenerse tranquilos mientras se encuentran en la sala de espera (que se recomienda en un lapso breve) ya que lo contrario puede provocar confusión y ansiedad en el ánimo del niño.

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

Con el envío de éstas, se demostró el benéfico efecto del contacto previo, demostrando que los niños que recibieron cartas con los del grupo que no recibieron, dio como resultado que los niños del primer grupo, fueron mejor preparados por sus madres para la visita dental y se les vio más cooperación. (1,9,10)

Estimada Señora:

La escribo debido a que estoy muy complacido por el interés que usted está demostrando por la salud dental de su hijo, haciendo una cita para un examen dental. Los niños que tienen su primera cita dental para una revisión, cuando son muy pequeños son prometedores de tener un panorama favorable hacia el cuidado dental a través de su vida.

En nuestra primera cita, nosotros examinaremos los dientes y encías de su hijo y tomaremos las radiografías necesarias, para la mayoría de los niños, ésta parece ser una ocasión agradable y aún feliz.

Todo nuestro personal gusta de los niños, y saben como trabajar con ellos.

Ustedes los padres, juegan un papel importante en obtener que los niños inicien una buena actitud hacia el cuidado dental, y su cooperación es muy apreciada. Una de las cosas de más utilidad que ustedes pueden hacer, es ser completamente naturales y despreocupados, cuando les platicuen a sus hijos sobre la cita con el dentista. Este acercamiento lo capacitará para ver la cita primordialmente, como una oportunidad para conocer gente nueva, que está interesada en él y que quiere ayudarlo a que permanezca sano.

La buena salud general, depende en gran parte en el desarrollo de los buenos hábitos tales como comer razonablemente, rutinas de sueño, ejercicio y recreación. La salud dental también depende de los buenos hábitos, incluyendo el apropiado cepillado de los dientes, visitas regulares al dentista y evitar el exceso de dulces.

Nosotros tendremos la oportunidad de discutir estos puntos más adelante, durante la visita de su hijo.

Nuestros mejores deseos, esperando verle más adelante. (9)

Sinceramente.

La primera visita dental de su hijo:

La visita al dentista, es en especial para un niño una experiencia que generalmente desencadena tanto nerviosismo como dolor.

Esto se debe en gran parte, a que la mayoría de los niños visitan al dentista cuando el problema de su boca está avanzado y ha llegado a un grado o período que se puede calificar de grave e incluso existe dolor en un porcentaje elevado.

A pesar de esto, es posible ayudar a un niño a que controle su nerviosismo y a eliminar su temor.

Esta ayuda no la proporcionaremos nosotros únicamente, gran parte de ella la encuentra el niño en sus padres (1,2)

Las ideas que aquí incluimos, serán útiles para ofrecer esta ayuda a sus hijos:

- 1.- Olvidese que existe el dolor. Nuestro éxito en el tratamiento de los problemas dentales de los niños, se debe en gran parte, ya que son muy pocas las molestias que ellos sienten. Nuestra función es evitar el dolor. No producirlo, si su hijo llora durante el tratamiento recuerde que el llanto puede ser producido por otras causas además del dolor. Temor y nerviosismo, berrinches y corajes, son algunas de ellas.

Nosotros sabemos distinguir las diferentes causas del llanto y actuamos de acuerdo a ellas para calmar al niño y resolver su problema.

- 2.- No utilice al dentista como una amenaza, hay formas mejores y mucho más efectivas para disciplinar a un niño.
- 3.- Permanezca en la sala de espera mientras atendemos a su hijo. Necesitamos que nos preste atención para que entienda nuestra explicación y así ayudarlo a controlar su nerviosismo. Si usted está presente, la atención que nos presta, es mucho menor. Es saludable que deje que su hijo actúe por sí sólo, esto le ayudará a crecer emocionalmente, lo cual le servirá durante toda su vida.
- 4.- Pregunte lo que gusta acerca del tratamiento de su hijo, no queremos ocultarle nada. Sabemos que si usted pregunta, aumentará su confianza en nosotros. Si usted confía en nosotros, ayudará a su hijo a confiar también.
- 5.- Asista con regularidad a las citas. El nerviosismo de su hijo aumenta si el tratamiento se alarga sin necesidad. Llegar tarde o no asistir a la cita perjudica a varias personas:
 - a) A su hijo que pierde la cita.
 - b) A otros pacientes que pudieron haber usado ese tiempo.
 - c) A nosotros que nos quedamos esperando, o en su caso de llegar tarde, que tendremos que trabajar apresuradamente. (14)

Si hay necesidad de cancelar su cita, hágalo con 24 horas de anticipación para poder así darle ese lugar a otro paciente.

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

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

Se recomienda a los padres no utilizar al dentista como un medio de amenaza o castigo para los niños, ni llevarlos sorpresivamente al consultorio. (13)

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

1.- Factores favorables:

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

2.- Factores desfavorables:

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

El niño debe observar por sí mismo el consultorio dental para que le resulte una visita atractiva y de impresiones agradables; motivará así su interés en su próxima cita, ya que el aspecto agradable de un lugar causa una impresión buena.

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

De estas primeras impresiones que el niño obtenga tanto del dentista como de su personal, dependerá en gran parte de su futuro comportamiento frente al tratamiento y cuidado de sus dientes.

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

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

Se puede hacer una observación objetiva del comportamiento del niño, juzgando su aspecto: Inestabilidad de ciertos niños que nunca están quietos, tocando todo en el consultorio, o por lo contrario, la pasividad o abstinencia de otros demasiado replegados sobre sí mismos, e inclusive hostiles frente al adulto. (1, 9, 10, 13).

Factores socioculturales:

Wright y Alpern, al investigar la influencia de las clases sociales de los padres con respecto a la conducta de sus hijos confirman haber obtenido una mejor cooperación por parte de los niños procedentes de clases sociales media o baja.

La observación directa de los efectos contraproducentes que influyen en los niños de corta edad, como la privación absoluta del cuidado materno ha sido estudiada por gran número de pediatras, psicólogos y especialistas en odontopediatría comprobando que el desarrollo del niño puede ser afectado físico, intelectual, emotivo y socialmente por dicha privación.

En algunas ocasiones, los padres ridiculizan al niño como una técnica del control, por lo que debemos considerar si el niño ha sido acostumbrado a obedecer al regaño o a la restricción. Los adultos deben aceptar al niño como es. Esto significa que sus intereses son tan importantes en su nivel, como aquéllos de los adultos en el propio, siendo por lo tanto digno de respeto y comprensión.

De acuerdo con Mc. Donald, los padres de clase media, con orientación al futuro han buscado el cuidado dental en edad temprana y han aceptado el cepillado de los dientes y el chequeo dental como un acontecimiento esperado. (10)

La relación con los hermanos:

La ciencia social considera a los hermanos y a los amigos como fuentes de ansiedad y miedo. El mal comportamiento del niño pequeño en el consultorio dental, puede ser el resultado directo de la influencia del hermano mayor; a esto se le llama "transmisión de conducta".

Al proceso de reproducir el comportamiento exhibido más un modelo, se le llama "identificación". Bandura en 1967, usó los términos "imitación" o "modelamiento", para este tipo de comportamiento y como consecuencia del modelamiento, el niño piensa, siente y se comporta como su modelo. La norma de comportamiento complejo fue aprendida rápidamente y a menudo fue completamente copiada.

Generalmente los niños se comunican unos con otros y hablan de sus experiencias en la Odontología. La actitud desarrollada por el hermano mayor, es una armazón para que el hermano menor se base y aprenda de él.

Esto pudiera ser particularmente cierto, si el hermano más joven no ha tenido una experiencia dental anterior. El niño que ha nacido primero tuvo como modelo de comportamiento el de sus padres, el niño que nació después tiene como disponible modelo a los padres y a los hermanos mayores. Los pensamientos y sentimientos de ellos, son incorporados dentro de los patrones del comportamiento del niño más joven.

Esto no intenta dar a entender que todas las demostraciones por parte de los niños mayores, dan como resultado un comportamiento de no cooperación. En realidad los hermanos pueden ser de gran utilidad, porque si el niño mayor es un niño que coopera, él es un modelo ideal, y la imitación puede ser un medio de lo más efectivo para introducir dentro de la práctica dental (Adelston, Goldried, 1970).

Cuando los niños observan a los hermanos o a los amigos en el consultorio dental, los procedimientos no deben ser atemorizantes para el que observa, deben ser lentos y con la más mínima instrumentación; y recordar que los ruidos altos a menudo son perturbantes para el niño pequeño.

Tomando en cuenta el tratamiento que se está realizando, el dentista debe tomar la decisión de admitir o no a otro niño. Él se debe colocar en el lugar de observador y preguntarse: ¿Cómo reaccionaría yo al ver a este niño, si fuera yo el observador? ¿Está feliz? ¿Animará al niño que observa cuando le llegue su tiempo de tratamiento?

Los Pseudodontistas han tomado en cuenta esto? Y sus consultorios están diseñados para tener o no observadores.

Los consultorios de ventana abierta permiten a los niños observar a sus hermanos y amigos al ser sometidos al tratamiento dental. Ellos ven como se comportan los modelos de comportamiento y sienten la presión social, para ajustarse al modelo. Los niños no tratan de ser diferentes, ni quieren ser o parecer insuficientes o molestos en presencia de otros niños, sin embargo, los consultorios de ventana abierta tienen cuando menos un operatorio cerrado, y a este se van los niños que no cooperan, particularmente revoltosos y las emergencias, para que sus comportamientos no sirvan como modelo.

Las investigaciones pseudodonticas hechas por Ghose en 1969, han evaluado los beneficios de los efectos de los hermanos; su estudio se concretó en el efecto de hermanos, de pacientes de tres a cinco años de edad, sin previa experiencia dental. Los dos hermanos entraron juntos al cubículo dental, el niño mayor fue tratado primero durante dos citas y después permaneció en el cubículo, mientras era examinado su hermano pequeño.

A cada niño en la primera cita se le hizo una exploración de sus dientes, profilaxis dental, y se le tomó una serie radiográfica; en la segunda cita se le realizó un tratamiento restaurativo con amalgama. Otro grupo fue tratado separadamente, o sea que no se permitió la observación de su hermano. El estudio concluyó que la presencia de un hermano mayor en el operatorio tiene un favorable efecto en el comportamiento del niño más pequeño, en su primera visita dental; también parece mantener y aún mejorar el comportamiento del niño más pequeño durante las subsecuentes visitas dentales, aunque esto no puede ni debe generalizarse. (1,10)

Fuentes del comportamiento no cooperador en la unidad familiar:

La falta de cooperación de un niño en el consultorio dental puede ser atribuida a muchos factores, sin embargo, trataremos sólo con aquellas en que la familia se encuentra involucrada.

El mal comportamiento puede ser causado por:

1.- Contagio de comportamiento o conducta adquirida, que consiste en la relación entre los miedos de la madre y sus hijos en la edad preescolar.

2.- Amenaza hacia el niño, dándole como castigo una cita con el dentista.

3.- Discusiones de experiencias desagradables de la odontología, cuando el niño escucha.

4.- La ansiedad de los niños, tanto interna como externa.

Los patrones de actitudes y comportamientos de padres, hermanos y compañeros, ha sido divulgada por parte de un miembro de la familia o de un amigo; por lo tanto es el uso de la frase contagio de comportamiento o conducta adquirida. Los niños son impresionables, y por lo tanto susceptibles a imitar modelos de su medio ambiente, desgraciadamente muchas experiencias y actitudes de los modelos hacia los dentistas y a la Odontología, no han sido satisfactorias o tan agradables como pudiera desear el practicante. Los miedos y ansiedades de estas personas modelantes, pueden dar resultados con actitudes parecidas y por lo tanto, el comportamiento de no cooperación del paciente pidiéndole en perspectiva.

La Odontología ha tenido que superar el problema de una causa más evidente de miedo, diferente al contagio de comportamiento, pues algunos padres utilizan al dentista como espantapájaros, y en algunas casas la Odontología es una amenaza para reforzar el comportamiento aceptable. Offord en 1963, utiliza este comentario: "Si no eres buen chico, te mandaré con el dentista y él te sacará los dientes". Usando la Odontología de esta manera, se crea un miedo al dentista. Un miedo común en los niños, es que el dentista le sacará los dientes, y expresa sus sentimientos, preguntando lleno de miedo y de lágrimas "Me va a sacar los dientes?" Esta pregunta puede venir de un niño que se presente en su primera cita dental, con una excelente dentadura. La discusión a menudo nos conduce a que el niño ha sido amenazado, o bien que los padres no piensan en como planear el control del comportamiento.

Los niños asocian al dentista con el daño de la extracción de dientes, y por lo tanto, debemos tranquilizar al niño y aligerar su inmensa preocupación, tan rápido como sea posible.

La ansiedad provoca miedo y da por resultado un niño no cooperativo, sin embargo, hay suficiente información en la psicología del aprendizaje que da crédito a la relación causa-efecto. Berland, Shoben en 1954 y Kleinknecht en 1975, encontraron que la etiología de los miedos dentales se origina en el medio ambiente familiar, y que los pacientes llenos de miedo frecuentemente notan actitudes desfavorables entre los miembros de su familia y entre sus amigos.

Muchas veces, llegan al consultorio dental pacientes que parecen venir preparados para lo peor, y actúan como si su última visita hubiera sido traumáticamente dolorosa. Ellos pudieron haber oído una plática sobre una visita dental, experimentada por las reacciones de miedo real de sus padres hacia tales procedimientos, por lo tanto el niño sustituye la fantasía en la experiencia oída, que por su propia experiencia real llega a estar ansioso, en relación a su potencial daño físico en manos del dentista y su personal.

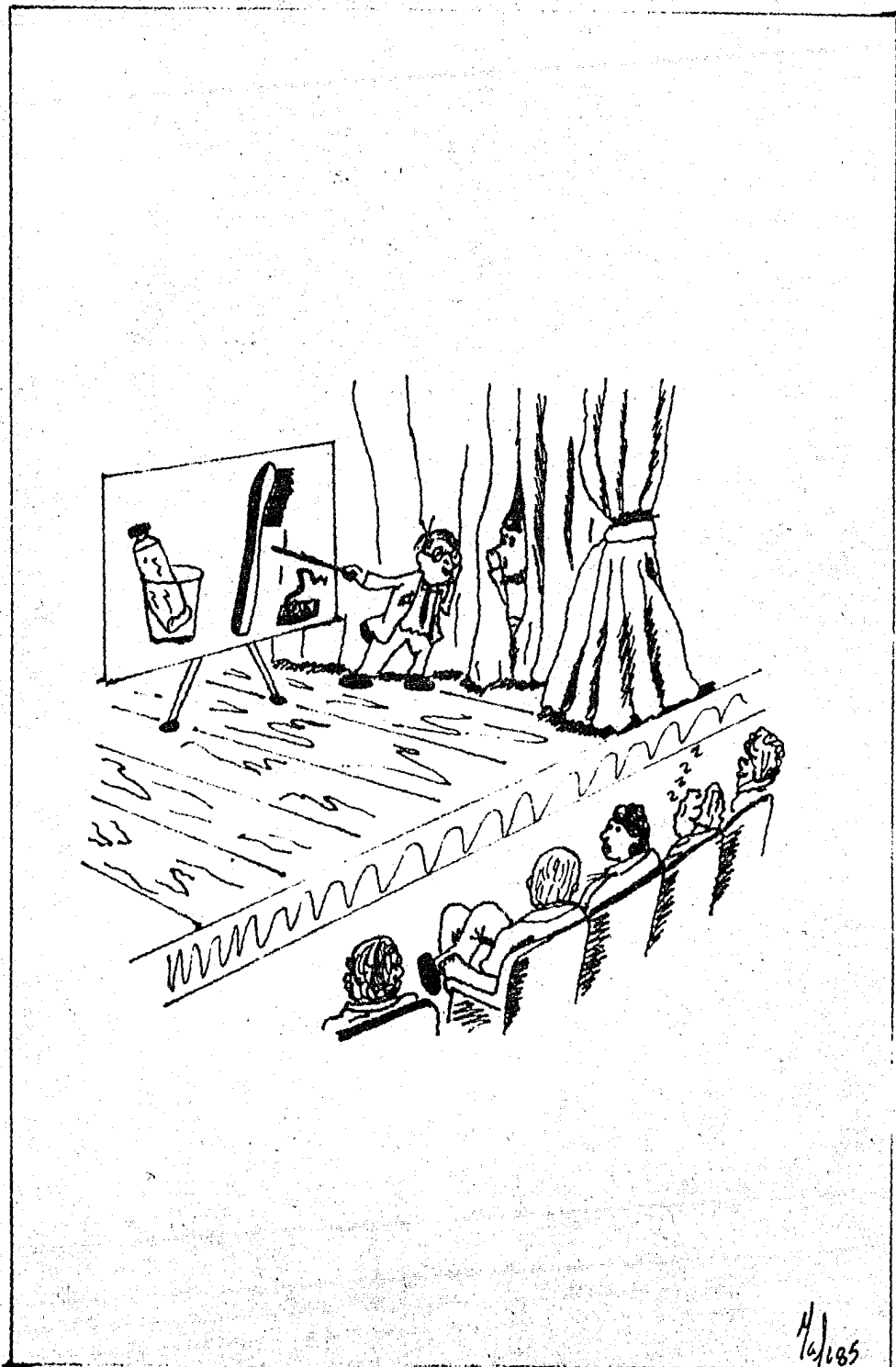
A menudo, en casa o en la recepción del consultorio dental, se oye a los padres discutir con los niños, amenazándolos de perder su amor o afecto y entonces el niño puede creer que él perderá el afecto de los padres, si no coopera con el dentista y aquí la ansiedad más que el buen comportamiento es la explicación.

El niño quiere agradecer a sus padres, pero está ansioso y a menos que los miembros de salud dental hayan aprendido las técnicas para reconocer y ayudar al niño, se sobre vendrá una desdichada visita dental.

Generalmente la culpa no aparece en un niño de menos de cuatro años, sin embargo, en los niños de más edad se refleja como una falta de dignidad y el niño siente que no puede llegar a las normas de comportamiento fijadas por sus padres; y en consideración el tratamiento dental puede desarrollar un sentimiento de rechazo social y puede llegar a sentir que hace el ridículo, y presenta sentimientos de culpabilidad que puede dar por resultado un aumento de ansiedad, un niño infeliz y posiblemente un paciente que no coopere.

Por lo tanto se ha demostrado que el medio ambiente en el cual se desarrolla el niño va a tener repercusión sobre su comportamiento. (1,10)

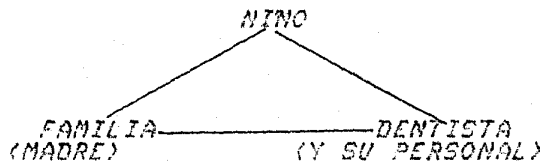
- 1) Braver John Charles.
Odontología Infantil.
Buenos Aires, Editorial Mundi, Junio 1959.
- 2) Mc. Donald R. E.
Odontología para el Niño y el Adolescente.
Buenos Aires, Editorial Mundi, 1969.
- 3) Revista A.D.M.
Volumen XXXVI No. 4.
Julio-Agosto, 1979.
México, D.F.
- 4) Congreso Acapulco, Gro.
Odontopediatría.
Dr. Pares Vidrio Gustavo.
16 de Noviembre de 1983.
Acapulco, Gro.
- 5) Law Lewis Davis.
Un Atlas de Odontopediatría.
Capítulo 16.
Buenos Aires, Editorial Mundi.
- 6) Odontología Clínica de Norteamérica.
Volumen 7.
- 7) Revista A.D.M.
Volumen XXXII No. 1.
Enero-Febrero, 1975.
México, D.F.



PLANTEAMIENTOS NO FARMACOLOGICOS PARA EL CONTROL DEL COMPORTAMIENTO.

Los capítulos iniciales se han enfocado al paciente infantil. Este capítulo y el siguiente tratará sobre el dentista y su medio ambiente. Antes de seguir adelante, es importante presentar el concepto del triángulo del tratamiento pavidodntico, que fue dado a conocer por Wright.

TRIANGULO DEL TRATAMIENTO PAZDODNTICO



No es posible ver cualquier esquina de este triángulo de manera aislada. El niño está en el ápice del triángulo de manera aislada. Es el foco de atención tanto de su familia como del dentista.

Aunque se ha visto que las actitudes de la madre afectan significativamente el comportamiento de su descendencia en el consultorio dental y que todo el ambiente familiar debe ser tomado en cuenta. Las líneas de comunicación desde la esquina del dentista, enfatizan una importante diferencia entre la odontología para niños y la odontología para adultos.

Por lo que las líneas del triángulo muestran que considerando a los niños, hay cuando menos una relación 1:2, ejemplo: dentista-niño y madre. La odontología adulta tiende a ser una situación 1:1, ejemplo: dentista-paciente.

El tratamiento dental al paciente infantil es por lo tanto una relación dinámica entre las esquinas del triángulo. (11,12)

Comunicándose con el niño:

La persuasión, es un procedimiento activo que nos es de mucha utilidad en el manejo del niño ya que nos ayuda a lograr un mutuo entendimiento entre dentista y paciente sobre lo que se está hablando, osea el establecimiento de la comunicación, que es uno de los principales objetivos que se pretenden obtener.

Tanto la actitud, como los sentimientos son importantes para llegar a establecer la comunicación. El odontólogo debe de aceptar al paciente no sólo cuando demuestra buena conducta, sino también cuando es rebelde y agresivo, deberá emplear un lenguaje y concepto al nivel de sus entendimientos.

"El dentista puede ser infinitamente útil cuando dedica el tiempo suficiente para conquistar la confianza de su paciente".

El establecer una comunicación efectiva es uno de los puntos más importantes cuando se trata de los niños. El medio más común de comunicación con éstos, es a través del lenguaje hablado; sin embargo, cada dentista pueda conversar en la forma que le sea más natural. El dentista ha de tener paciencia y respeto para la personalidad del niño.

Hay muchas maneras de iniciar una conversación; por lo general, los niños pequeños se sienten orgullosos de su ropa nueva y les gusta que le pregunten sobre ella. Los niños más grandes a menudo usan suéteres de equipos, adornos escolares o uniformes de grupos y les gusta que les pregunten acerca de sus actividades, no importa cual sea la manera de iniciar la conversación. Las preguntas deben ser formuladas de manera que el niño no responda simplemente "SI" o "NO"; una pregunta sin final tal como: Para qué son esos escudos? tiende a establecer una comunicación. Este proceso de invitar a platicar y sacarlo de su preocupación, para comunicarlo con lo que lo rodea es referido "Estereotipación" (Jenks, 1964). (13)

La comunicación no se limita únicamente a la conversación, ésta puede existir sin palabras, como por ejemplo al estrechar la mano de un niño se comunica un sentimiento de afecto; la sorpresa del asistente dental transmite aprobación y aceptación además de ser amable y comprensiva, estos sentimientos pueden ser transmitidos también por medio de los ojos (Sin, 1973).

La comunicación es un proceso recíproco, los niños al evitar la mirada le están diciendo al dentista que aún no están listos para cooperar totalmente. La cooperación afectiva, ocurre a través de un acercamiento multisensorial entre el dentista y el niño.

Sin, dice que existen tres elementos importantes para lograr la comunicación en el consultorio dental y serán:

Un transmisor, un medium y un receptor.

El dentista y su equipo son los transmisores, el medium es el medio ambiente del consultorio y el niño es el receptor. Si aceptamos éstos, rápidamente puede estar establecido que ciertas características son típicas de los tres controles del comportamiento.

El transmisor puede ser uno o todos los miembros del equipo de salud dental. En lo que dura la visita del niño debe tomarse en cuenta una regla fundamental:

La transmisión verbal debe de venir sólo de una dirección. Los niños no pueden dividir simultáneamente su atención entre dos adultos, si el dentista ha entrado en una plática con el niño el asistente debe evitar hacer comentarios.

La actitud del transmisor o actividad se da a entender muchas veces por su voz; la entonación de la voz, el tono y la modulación pueden expresar firmeza o lo que el transmisor quiera expresar.

Los niños pequeños no siempre oyen o entienden las palabras o frases por lo que casi siempre requieren que se les repita, por lo tanto la transmisión debe ser constante. Un generoso susurro, una suave palmadita pueden darle al niño un sentimiento de seguridad y promover el control del comportamiento.

Ya que la comunicación es multisensorial, la postura, los movimientos y la posición del equipo de salud dental son signos no verbales de comunicación de suma importancia. Generalmente los movimientos deben ser lentos, suaves, diseñados para transmitir e infundir un sentimiento de tranquilidad en el paciente.

Cuando un médico habla con un niño debe aproximarse a nivel (altura) de éste en el sillón dental y no quedar a una distancia demasiado alta o por encima de él.

El medio en el sistema de comunicación dentista-paciente es un sistema complejo, y obviamente involucra la proyección del personal y del medio ambiente del consultorio dental.

El diseño, la decoración, el ambiente musical, objetos, etc; todos son medios de comunicación y dan un mensaje por lo que consecuentemente deben ser tomados en cuenta.

La mayoría de los niños en su papel de receptores presentan ciertas características que el dentista y su equipo deben reconocer para un control de comportamiento más efectivo: tienen un foco de atención estrecho, y los mensajes de comunicación deben ser continuos, interesantes, amigables, informativos y sinceros; siendo esto particularmente cierto en el caso de niños muy pequeños. El odontólogo debe tener paciencia, pero hacer sentir su autoridad, tener suficiente habilidad para trabajar rápido y suavemente; debe de comprender el carácter del niño y conocer su temperamento. Si el dentista debe salir del consultorio o área operatoria, otra persona debe quedarse o acompañar al niño, ya que si no es así, sus preocupaciones se intensifican, en pocas palabras "Una vez que el niño ha sido puesto a disposición, hay que mantenerlo así". El miedo se desarrolla en tales casos.

Otros sentidos del niño pueden ser usados como ventajas; por ejemplo: en la escuela a los niños se les enseña a tocar. En el consultorio hay que permitirle tocar; tocar el dique de hule, copas de profilaxis, godete, rollos de algodón y cualquier otro objeto no peligroso. También se les puede permitir usar su sentido del olfato. Se les debe hacer que se sientan cómodos, colocar al paciente en el sillón dental es importante, lo mismo que la posición de la luz. La luz en exceso en los ojos del niño puede alterar su potencial de receptividad. La mayoría de los niños son buenos receptores y es responsabilidad del dentista de que el niño siga siendo receptivo y el subir esa receptividad. Por lo tanto el mensaje a comunicar es que el niño pueda relajarse y no esté atemorizado o asustado. (15)

LENGUAJE y EXPRESION:

El lenguaje es un sistema de comunicación entre seres humanos que comprenden y emplean símbolos con significados arbitrarios convencionales. (13)

Comunicación implica lenguaje - conjunto de símbolos que deben ser comprendidos por como mínimo dos personas; quien lo envía y quien lo recibe.

Gran parte de nuestra comunicación es verbal por lo tanto se debe dar especial atención a este aspecto tanto en lo que se dice, como en el cómo se dice. Por lo tanto debemos tratar de emplear un lenguaje sencillo a la altura de su nivel de comprensión y edad.

El niño debe ser dirigido a este nivel de comprensión, esto no significa hablarle siempre como a un bebé, sino más bien emplear palabras que tengan un significado para cada paciente en particular.

Los componentes verbales y no verbales de la comunicación deben ser simples y específicos, teniendo en cuenta el nivel de comprensión del niño. El escuchar y el ver influye en la persuasión de su propio lenguaje por lo que si el mensaje no concuerda se distorsiona lo que se ve y se oye cambiando el significado de éste.

Es importante ajustar el nivel del lenguaje al del niño, tono de voz y además informar al niño de los procedimientos que se le van a realizar.

Si el paciente de seis años de edad razona al nivel de uno de tres años, entonces el lenguaje debe ser dirigido a ese nivel de edad. Por el contrario si un niño de seis años de edad tiene madurez en su experiencia y entendimiento, cooperará más voluntariamente cuando se le hable como si fuera mayor.

El uso de eufemismos: esto, es la sustitución de expresiones que inspiran miedo por aquellas que no pueden ser, o sugerir desazón, pueden hacer la situación más agradable y el procedimiento más aceptable para el niño. Todo el personal debe ser orientado a usarlas. Para la mayoría de los Psidodoncistas esto es como un "segundo lenguaje" y este no tiene fin y sólo está limitado por la imaginación del dentista y su personal. La lista de estas expresiones o palabras pueden ser interminables, pero citaremos algunas. (2, 16)

TERMINOLOGIA DENTAL

Presión de aire.

Alginato.

Anestesia.

Fresa.

Caries dental.

Explorador.

Eyector.

Pasta de profilaxis.

Grapa.

Dique de hule.

Corona cromada.

Modelos de estudio.

Rayos X.

Placa radiográfica.

Matriz.

SUBSTITUTOS

Aire.

Pudín.

Jugo para hacer dormir al diente.

Cepillo.

Hoyo, diente enfermo, mancha café.

Instrumento para cortar dientes.

Aspiradora o papote.

Pasta especial.

Anillo del diente.

Impermeable.

Sombrero del diente.

Estatua del diente.

Cámara.

Foto.

Cerca para llenar el hoyo.

Hace tiempo que los dentistas reconocen que el tono de voz, referida como control de voz, es altamente importante. Frecuentemente un cambio brusco en el tono o el volumen de la voz de dulce a firme, de suave a alta, de baja a fuerte, puede ser usada para ganar la atención del niño que no está cooperando; por ejemplo: "basta ya", "bien", "es suficiente", o "para con eso". No es necesariamente importante lo que se diga, sino el cómo se dice, el cambio de ritmo y entonación es lo que gana la atención del niño, ya que existe un valor de choque inherente al tono más alto, que variadamente trabaja. Esta misma técnica es usada en el salón de clases cuando el maestro no está obteniendo la atención de los alumnos. El control de la voz por parte del

profesionista, es un factor muy importante en el manejo del paciente. El tono y el énfasis empleados al hablar con el niño, produce reacciones favorables o desfavorables por lo que el control de voz es más efectivo cuando se emplea en conjunción con la comunicación.

Ganarse la atención del niño es el objetivo principal en el control de la voz y ciertamente es muy útil en las técnicas de control utilizadas en cualquier consultorio dental, ya que sin la atención del niño no hay medio de comunicación y sin comunicación el niño jamás aprenderá ser un buen paciente dental. Perderá las indicaciones, carecerá de motivación, responderá inapropiadamente y no obtendrá la recompensa de la aprobación y premios por parte del personal dental y de sus padres y lo más importante, de una buena salud dental.

Debemos tener muy en cuenta el evitar las conversaciones monótonas así como el tono de voz muy suave. No debemos olvidar que el significado del mensaje que se transmite al niño puede llegar a ser interpretado de diferentes maneras por él. Se recomienda que nos lo repita con sus propias palabras.

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

Concluyendo, el dentista debe modular y adaptar su voz al expresarse, proyectando su imagen de confianza, paciencia, comprensión, autoridad, sinceridad al niño, para lograr un mejor acercamiento de acuerdo en cada caso en particular. (1,9,12)

Formando el comportamiento:

Por definición, el formar el comportamiento es el procedimiento que desarrolla lentamente el comportamiento mediante el auxilio de sucesivas aproximaciones hasta el modelo final deseado.

Por lo tanto, esta técnica es un simple método, mediante el cual se le enseña al niño paso a paso lo que se espera de él dentro del consultorio dental. Al mismo tiempo es un procedimiento que evita la aparición de la aprehensión. Este método puede utilizarse en niños que muestran una cooperación suficiente para establecer comunicación. Con otros niños cuyo comportamiento es negativo, primero se debe establecer un nivel razonable de comportamiento antes de usar esta técnica.

La técnica de decir-mostrar-hacer, fue desarrollada por el doctor Addels en 1959 y consiste en lo siguiente: Practicada en niños que demuestran este tipo de comportamiento, se obtiene buenos resultados y lo que es aún más importante, la confianza de nuestro paciente y el crearle conciencia hacia su propio cuidado dental. (3)

Esta técnica consiste en lo siguiente:

El dentista debe explicar al niño lo que se le va a hacer en un lenguaje que éste pueda entender. Esto se hace despacio como sea necesario y cuantas veces sea requerida hasta que el niño comprenda bien en qué consiste el tratamiento. El siguiente paso sería el enseñar y demostrar al niño lo que se va a efectuar. El dentista deberá mostrar al paciente lo que se le va a hacer, esto lo hará utilizando su propia persona, algún objeto inanimado o bien alguien del mismo personal auxiliar hasta estar seguro que el niño ha comprendido perfectamente el procedimiento que se va a seguir. El último paso sin duda el más importante, es sin desviarse ni un ápice de la explicación y demostración dada, proceder directamente a efectuar la operación antes mencionada.

Al demostrar al niño lo que se le va a hacer, el dentista debe estar consciente de su papel como transmisor. Movimientos repentinos o ruidos inesperados deben evitarse ya que estos pueden romper con la armonía establecida. Gradualmente, se acercará el instrumento para su inspección, al operar una pieza de mano sin tocar los dientes del niño y permitir al niño sentir su vibración evita la asociación ruido-vibración-dolor e inadecuado comportamiento.

Esta técnica puede ser utilizada en niños pequeños durante su primera visita, niños que presentan miedo debido a una previa cita dental que haya resultado dolorosa y en niños aprehensivos. Esta técnica le permite al niño entender la asociación entre estímulo-respuesta y a su vez el dentista completa favorablemente su tratamiento y provee una experiencia satisfactoria para ambos individuos, lo que culmina en un funcionamiento dental efectivo y un niño cooperador.

Es importante sonreír o dar muestras verbales de aprobación cuando el paciente responde positivamente a una indicación. Una sonrisa refuerza el comportamiento, pues es más probable que la persona que sonríe demuestre subsecuentes muestras de aprobación y de cariño que otra que no sonríe.

El niño puede recibir palmaditas e inclusive besos si éste es pequeño. Estas muestras deben dársele inmediatamente después de una respuesta deseada y antes que una respuesta impropia sea dada.

Felicitar al niño inmediatamente ante cualquier respuesta deseada, debe ser una parte integral de esta técnica y de nuestra conversación en el consultorio. El doctor Ginoët en 1965 sugirió que el elogio al niño, debe hacerse debido a su esfuerzo y logros y no por sus atributos personales, por ejemplo: "cómo me estás ayudando hoy", "no sabía que pudieras abrir la boca", "que bien te estás portando". Estos comentarios no sólo deben venir del dentista sino también de todo el personal auxiliar.

Cualquier excusa puede ser usada para felicitar o complacer al niño. Puede estar lloriqueando o mostrando inquietud o agitación y de repente tranquilizarse o calmarse y es en este momento que se le debe premiar inmediatamente; por ejemplo: "ahora te estás portando estupendamente" o "espero que te sigas portando así de bien". Sin embargo cuando el niño exhibe un comportamiento impropio como levantar la mano, moverse o empujar el brazo al dentista, mediante el control de la voz, puede suprimirse cualquiera de estas actividades. Por ejemplo: "no hagas eso" en tono firme y fuerte "está mucho mejor" cambiando este tono de voz a uno dulce y amistoso. Los niños trabajan y se esfuerzan para obtener premios y tratan de ser merecedores de éstos.

Investigaciones clínicas demuestran que el reforzar inmediatamente al niño después de una buena acción, es más efectivo que recompensas demoradas en el manejo para un mejor comportamiento de ésta. Mientras más rápido sea dado un refuerzo o premio, mejor será la asociación entre el estímulo (buen comportamiento) y la respuesta (aprobación verbal). El comportamiento deseado será por lo tanto, aprendido más prontamente.

Las demostraciones abiertas de afecto tales como, apretar o besar al niño pequeño son un tipo de refuerzo y premio para él, útiles para mantener un patrón de comportamiento, esto por supuesto es una característica de la personalidad del dentista. Si éste no da muestras de afecto y cariño al paciente niño, la situación puede tornarse difícil o embarazosa y crear un ambiente poco confortable tanto para el niño como para el dentista por lo que es mejor ser natural. Muchas veces con sólo tocar al niño, sostener su mano o poner el brazo al rededor del cuello basta para que el niño se sienta comprendido y aceptado. Estas demostraciones de afecto, sin embargo, tienen sus límites en niños que pasan de los nueve y diez años cuya edad ha

llegado a una etapa más independiente, al mostrar estas manifestaciones de afecto y aprobación podría incomodarlo. Es importante no caer nunca en la exageración.

Nada llama al miedo y ansiedad como lo desconocido. En esta técnica el esfuerzo mayor es el borrar definitivamente cualquier situación desconocida para el niño y más aún el ser constante y no dañarlo y lastimarlo. Sin embargo, esto parece bastante difícil al tratarse de la aplicación de anestesia local, ya que se le muestra al pequeño la jeringa, que le causaría miedo y la armonía establecida entre el paciente y el dentista sufriría un trastorno. Sin duda alguna la administración de anestesia local juega un importante papel en la práctica diaria del odontólogo infantil por lo que cualquier intento por reducir el trauma, dolor o molestia debe efectuarse aunque tome más tiempo. El uso correcto de anestesia tópica provee al dentista de una punción indolora o casi indolora; al niño debe distraerse durante la administración del anestésico. Muchos Odontólogos suspenden cualquier muestra de comunicación durante este momento, siendo este un error terrible, ya que si el niño está distraído pensando en otra cosa, la tensión de fijación de que va a ser inyectado es olvidada o relevada a un segundo término. El hecho de mostrar o no la jeringa al niño cuando va a ser anestesiado parece ser un motivo de discusión. Existen dos opciones diferentes en lo que respecta a este punto. El doctor Adels menciona que es útil en enseñar al pequeño la jeringa y decirle lo que se le va a hacer y lo que va a sentir. Otros son de la opinión que es mejor no enseñar el anestésico ya que esto asusta al niño, no importando lo bien enseñado y adaptado que esté al manejo de su conducta dentro del consultorio dental. De nuevo el dentista tiene la responsabilidad de determinar cuál método es mejor para él mismo y para su paciente de una manera individual. (10)

Modificación del comportamiento:

Los psicólogos han desarrollado técnicas para modificar el mal comportamiento de sus pacientes, usando muchos de los principios establecidos experimentalmente por la teoría de aprendizaje; estos métodos son llamados modificadores del comportamiento. (17)

Modificación del comportamiento o terapia del comportamiento, como en ocasiones es llamada, puede ser definida como un intento para alterar el comportamiento humano y la emoción en una manera benéfica y de acuerdo con las leyes de la teoría del aprendizaje (Eysenk, 1954). Estas leyes establecen que el comportamiento que es recompensado tiende a aumentar en apariencia y que el comportamiento que es castigado o no recompensado tiende a extinguirse o desaparecer. (10)

Las técnicas para el acondicionamiento del comportamiento pueden ser muchas pero las más usadas son:

- A) Modelamiento o imitación: es el proceso mediante el cual se tiene como finalidad mostrar una conducta apropiada ante el paciente por medio de un modelo, logrando así una reducción del miedo o ansiedad.

Con la técnica del modelaje, se ha logrado obtener tres finalidades:

- 1.- Adquirir una nueva conducta.
- 2.- Eliminar el miedo que se encuentra asociado con un estímulo.
- 3.- Obtener la atención del paciente.

Esta técnica consiste en que el paciente observará el comportamiento del modelo durante el tratamiento, que puede encontrarse presente (vivo) o filmado (simbólico), obteniendo los mismos resultados de

éxito de las dos formas. Una vez que se ha decidido aprovechar el modelo, se deberá elegir de preferencia niños de la misma edad y sexo.

- B) **Desensibilización o inhibición recíproca:** según Wolpe en 1964 es la eliminación del hábito de responder ansiosamente primero presentando un estímulo que evoque una respuesta suave y apacible. Cuando no cause ansiedad, estímulos más fuertes son introducidos progresivamente, hasta que un control directo se ejerce sobre el estímulo que produce la ansiedad más grande. El vínculo entre el estímulo y la ansiedad, es gradualmente debilitado en la presencia de relajamiento. La ansiedad y la laxitud muscular son incompatibles y no aparecen juntas.

La mayor parte de los padres han practicado la desensibilización de una u otra forma. Considerando el ejemplo del niño que tiene miedo a nadar en el "gran lago", los padres animan al niño a través de una serie de etapas. El niño es animado a jugar en la arena cerca del agua, pero no en el agua; a menudo ésta es una relajante y feliz experiencia.

Generalmente el niño se acerca lentamente al agua tal vez a llenar su cubo. El paso siguiente será jugar a la orilla del lago y empezar a nadar. Así el lazo entre el estímulo (el gran lago) y la ansiedad (miedo a nadar en el gran lago), es debilitado gradualmente.

Esta es una técnica considerada por los terapeutas de la conducta como un medio favorable para poder reducir la ansiedad del niño así como el de un comportamiento inadecuado, temor intenso y fobia hacia el tratamiento dental.

La metodología en la que la presente técnica está basada, es en donde se motiva una respuesta en presencia de estímulos que provoquen miedo, en adición a un procedimiento de imitación social o modelaje.

Wolpe opina que la desensibilización es efectiva porque el paciente es enseñado a sustituir una apropiada respuesta emocional (relajación), por una respuesta emocional inapropiada (ansiedad). (10, 13)

Técnica de mano sobre boca y nariz:

Finn en 1957, estableció que antes de aplicar la técnica de mano sobre boca, deben agotarse todos los medios y establecer la comunicación. Cuando éstos hayan fracasado y la conducta del niño continúa descontrolada, se aplica la técnica.

Bajo estas circunstancias la aproximación al control debe hacerse desde dos puntos de vista. El operador debe controlar la conducta del niño, ésta es la base por lo que los médicos usan esta técnica; sin embargo, el significado implícito del control es un complejo dominio por parte del dentista y de sus propias emociones.

Esto puede ser un poco difícil después de varios minutos de patadas, chillidos o lucha. Su aproximación, debe ser tan poco emocional, como sea posible al no controlar sus emociones que puede dar por resultado un manejo inadecuado de la conducta, y por lo tanto fracasar en su propósito, ya que los niños pueden sentir el enojo y la inadecuación del profesional; lo que puede ocasionar una pérdida de rapport. (3)

Levitas en 1974 escribió una excelente descripción del ejercicio de mano sobre boca y nariz, los detalles son como siguen:

Pongo mi mano sobre la boca del niño cubriendo la nariz (en caso necesario), para amortiguar el ruido, llevo mi cara cerca de la suya y hablo directamente en su oído "Si quieres que aleje mi mano debes dejar de llorar y escucharme, sólo quiero hablar contigo y mirar tus dientes". Después de unos pocos segundos se vuelve a repetir lo mismo y agrego "Estás listo para que retire mi mano?", casi siempre hay un asentamiento de cabeza, y con una palabra final de advertencia de estarse quieto, se retira la mano. Mientras me alejo de la cara puede haber otro lamento "Quiero a mi mamá", la mano se vuelve a poner inmediatamente, se repite la advertencia de dejar de llorar y agrego "Quieres a tu mamá?; una vez más hay un asentamiento de cabeza "Muy bien; pero debes estarte quieto y la traeré tan pronto como haya terminado, está bien?". El asistente está siempre presente para ayudar a restringir brazos y piernas agitadas, de modo que nadie se dañe físicamente. Restringiendo al niño se le da a entender que sus estrategias de enfrentamiento indeseables son inútiles. Mientras el niño se compone empieza a hablar de su ropa, de sus pecas, de sus animales o de cualquier otra cosa, y no hago referencia de lo que le ha ocurrido antes. En lo que a mi respecta, esto está terminado, si hay un intento por parte del niño, para comenzar otra vez, se debe recordar amable pero firmemente, que la mano será puesta otra vez, y esto es suficiente para hacerlo recapacitar.

A veces es difícil explicar mano sobre boca y nariz por escrito, dado que el control y la modulación de la voz son esenciales para su efectividad.

Una voz suave y monótona hace que el niño tenga que callarse para que las indicaciones sean audibles. Una aplicación adecuada y esto es parcialmente cierto para ésta.

Dado que la técnica de mano sobre boca y nariz raramente se plantea antes de una cita, es necesario que otros miembros del equipo de salud dental entiendan la técnica con anticipación a la situación. El asistente dental debe conocer su papel que en algunos casos será tomar firmemente las piernas del niño y evitar que patee, en otros casos, será interceptar las manos del paciente de modo que no pueda interferir con el dentista.

Se usan muchas variantes en la técnica estandar, algunos de los médicos son de la opinión de que las manos de los niños no deben ser sostenidas por un largo periodo, dado que este confinamiento puede conducir a una resistencia incrementada. Estos dentistas frecuentemente dan las siguientes indicaciones: "Cuando pongas tus manos en la silla dental, alejaré mi mano de tu boca". La ubicación voluntaria de las manos del niño en la silla odontológica o en sus piernas se usa como indicador adicional de su disposición de cooperar.

Desde el punto de vista de la modificación de la conducta, las leyes del aprendizaje son aplicables a la técnica de manos sobre boca y nariz. La terapia aversiva es una técnica de acondicionamiento en la cual se asocia el acto desadaptado con una experiencia desagradable. Según Azrin en 1953, el castigo conduce a una reducción de la probabilidad futura de una respuesta específica. Si lo conectamos con el modelo de aprendizaje el acto desadaptado puede ser una "explosión de mal humor", y ésta es una indicación para usar la técnica de manos sobre boca y nariz, por lo tanto el niño asocia esta incomodidad con la conducta no cooperativa y reduce la posibilidad de conducta desadaptada.

El condicionamiento de mano sobre boca y nariz puede usarse con precisión. El paciente no puede lograr el control de la situación si el personal es experimentado en la técnica.

Chambers, Craig y Levitas señalan que una vez que ha logrado la conducta deseada mediante la técnica de mano sobre boca y nariz, se instituye inmediatamente los procedimientos de condicionamiento de recompensa, se le da al niño reforzamiento verbal por portarse adecuadamente, se pueden dar recompensas concretas al final de la visita (regalos); pero la recompensa más fuerte, es cuando el niño ha aprendido a manejar sus ansiedades y enfrentar exitosamente la situación odontológica. (10)

Mc. Gregor manifestó de acuerdo hacia esta técnica mencionada, describiéndola como anticientífica.

Davis y King sugieren que es un tratamiento tan drástico que podría llegar a ocasionar un trauma psicológico.

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

Se enfatiza que la técnica nunca deberá ser empleada como un castigo y que se llevará a la práctica en niños saludables y mayores de 3 años, contraindicándose en niños con retraso mental o muy pequeños. Sin embargo su aplicación no se recomienda en conjunción con medicación sedativa previa.

Los tipos de conducta no deseados indican el empleo de esta técnica en los casos siguientes: Histeria, berrinche, desafío, descontrol emocional importante.

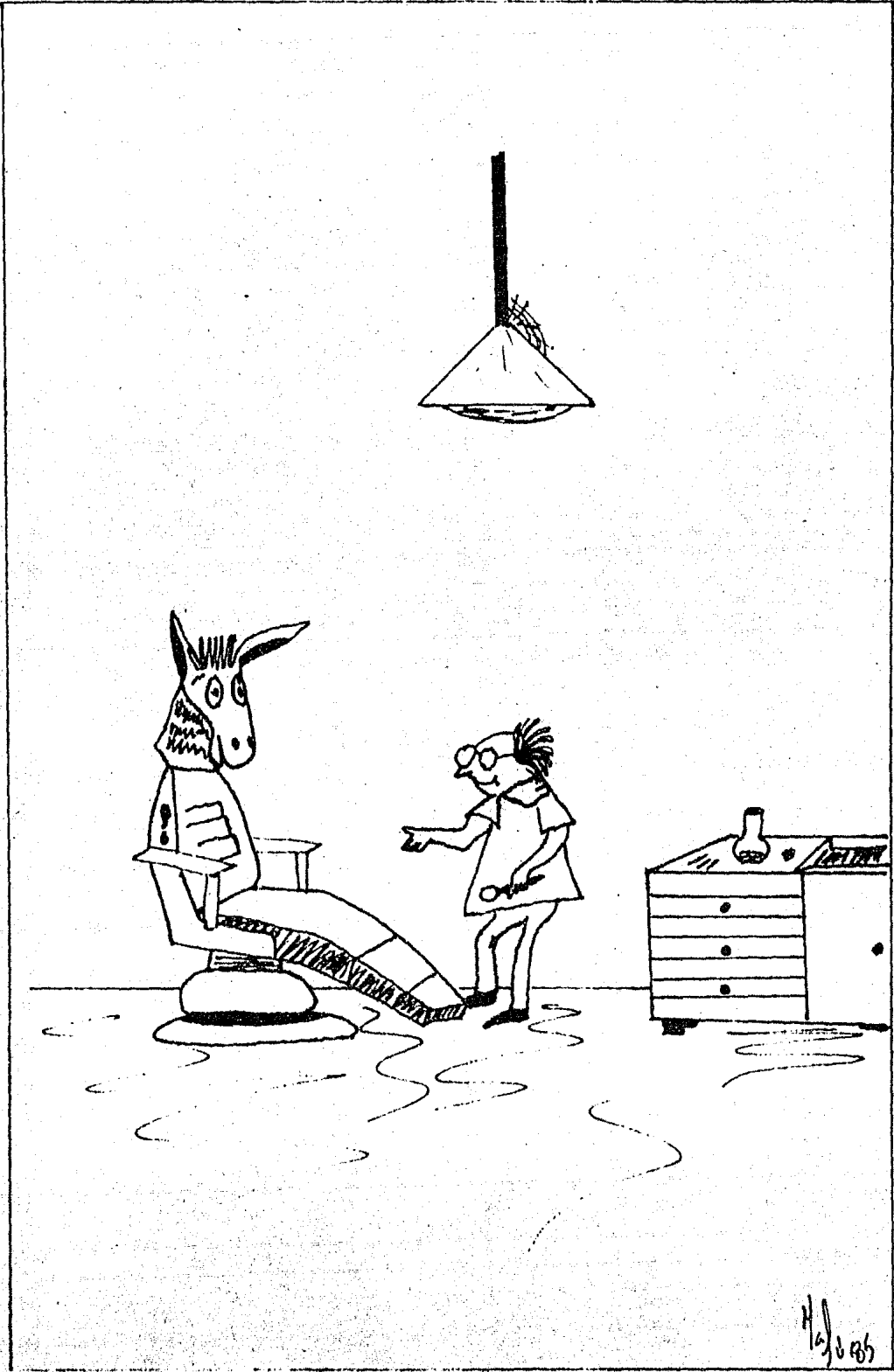
El principal objetivo de esta técnica es obtener el control del paciente para que nos preste atención y nos escuche, estableciendo así una comunicación; objetivo que puede lograrse al modular el tono de voz con autoridad. Una vez obtenido el control del niño nos permitirá ver sus dientes, así como la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

Queda establecido que antes de aplicar dicha técnica, deben haber sido agotados todos los medios de comunicación. Cuando esto no ha tenido resultados favorables y la conducta del niño sigue sin control, se hará uso de ella.

El dentista debe controlar bien sus emociones ya que de lo contrario podría resultar un manejo inapropiado de su conducta, malográndose de este modo los propósitos del odontopediatra. (10)

CAPITULO I V

- 1) Braver John Charles.
Odontología Infantil.
Buenos Aires, Editorial Mundi, Junio 1959.
- 2) Finn Sidney B.
Odontología Pediátrica.
4a. Edición.
Buenos Aires, Editorial Interamericana, 1976.
- 3) Revista A.D.M.
Volumen XXXVI No. 4.
Julio - Agosto, 1979.
México, D. F.
- 4) Congreso Centro Médico.
Sesión Científica de la Asociación de Odontología
Infantil del Distrito Federal.
Manejo del Niño en el Consultorio Dental.
Dr. García Rojo Marco Antonio.
18 de Noviembre de 1974.
México, D. F.
- 5) Congreso Acapulco, Gro.
Odontopediatría.
Dr. Parás Vidrio Gustavo.
16 de Noviembre de 1983.
Acapulco, Gro.
- 6) Floyd E. Hoogeboom.
Odontología Infantil y Dentística Sanitaria Pública.
Buenos Aires, Editorial Mundi.
- 7) Chamber David W.
Communication With the Young Dental Patient.
J. A. D. A. San Francisco, Octubre 1976.
Volumen 93.
- 8) Odontología Clínica de Norteamérica.
Volumen 7.
- 9) Revista A.D.M.
Volumen XXXVII No. 3.
Mayo - Junio, 1980.
México, D. F.



Los niños no tienen pasado ni futuro. Por eso gozan del presente, cosa que para vez nos ocurre a nosotros. (Labrugère).

CONSIDERACIONES PRACTICAS PARA EL CONTROL DEL COMPORTAMIENTO.

Existen puntos muy importantes en la Odontología que nos ayudan a encaminar exitosamente a los niños a través de sus experiencias dentales.

GANANDO LA CONFIANZA DEL NIÑO:

La primera práctica fundamental se relaciona con el acercamiento del personal del equipo dental.

Law en 1969 indicó que el dentista debe ser ante todo muy positivo. Mc. Donald en 1974, estableció que el dentista debe ocultar sus reacciones emocionales y que debe ser muy positivo para no afectar el desarrollo de la cita dental, y afirma que el niño responderá con el tipo de comportamiento que se espera de él. El dentista y su personal deben saber cómo tratar a los niños para que cualquier problema que se presente lo sepan resolver adecuadamente. El niño no debe ser expuesto a un juego de adivinanzas, debe conocer qué es lo que se le va a hacer y para esto debemos programar un plan de tratamiento.

El dentista y su personal deben ser amistosos y muy naturales "hola Menito, cómo estás?" es más apreciado que "Guillermo, cómo te encuentras hoy?" y esto no deja muy tranquilo al niño, por lo tanto deben evitarse los tonos mecánicos. Si los niños tienen apodos que prefieran deben ser anotados y usados durante las siguientes citas.

En conjunción con la actitud amistosa, también debe proyectar un grado de firmeza, el niño debe comprender quién manda. Los Odontopediatras no deben ser demasiado tolerantes o demasiado estrictos ya que estos extremos son fácilmente detectables por los niños. Finalmente el niño debe tener plena confianza en los miembros de salud dental. Cuando se le dice a un niño que sólo le serán chequeados sus dientes, es malo proceder con una restauración y en ocasiones puede ser un problema, ya que los padres pueden insistir que se los termine el trabajo en esa cita. Si esto acontece se le debe preguntar al niño "Te importaría si curamos una muelita hoy, para que no tengas que venir mañana?". Si el niño está de acuerdo se puede hacer, pero si no, no se le debe hacer nada ya que él espera confianza en nosotros cuando se le dijo que sólo íbamos a chequear sus dientes. Los padres deben aceptar nuestra explicación, ya que es malo establecer un juego de expectativas y la veracidad es muy importante para fomentar la confianza particularmente en los niños. (6,11,12)

El medio dental:

El manejo adecuado del paciente infantil no es sólo la buena atención dental sino también, lo que es aún más importante, es cimentar las bases de la aceptación para el tratamiento dental como un servicio de salud. El niño que se siente cómodo en el ambiente dental, será generalmente un buen paciente durante su edad escolar, adolescencia y edad adulta.

Hacer que el niño se sienta cómodo y confidente en el consultorio dental requiere que todo el personal con el cual se halla en contacto, refleje una aureola de amistad e interés personal.

Aunque el éxito de la Odontología Infantil, es el resultado de la modificación de las complejas interacciones entre el dentista, el paciente y los padres, es muy posible que el medio en el cual se llevan a cabo los tratamientos también influyan en el comportamiento del niño. (19)

Es de opinión general entre los dentistas, que el consultorio dental especializado en atender a niños, debe ser amplio e iluminado y de fácil limpieza. Las selecciones de colores naturales tales como el crema o tonos suaves verde y azul, para las paredes, promoverán una sensación de tranquilidad, sumamente necesaria tanto para el paciente, los padres del mismo y para todo el personal.

La zona de recepción deberá estar provista de objetos de interés para todas las edades infantiles que proporcionen una atmósfera acogedora.

Los niños son atraídos por libros de figuras o lecturas y por revistas, cuando las publicaciones han sido elegidas con consideración de los diferentes niveles cronológicos. Los juguetes y publicaciones pueden promover el interés del niño, reflejar una atmósfera hogareña indirectamente, transmitir al niño que el personal está interesado por él.

Debe presentarse atención a la comodidad de asientos para los padres, pues ellos desempeñan un papel pasivo e importante durante todo el tratamiento.

La sala operatoria debe estar provista de la menor cantidad de objetos y aparatos posibles, o bien que éstos sean lo menos visibles para el niño. El instrumental que vaya a utilizarse debe estar listo y a la mano del asistente y operador y lejos del alcance del paciente.

El personal auxiliar debe de estar debidamente seleccionado y adiestrado, debe comunicarse con el niño mediante vocabularios y temas de interés apropiados.

Los cuales deben ser capaces de mantener una comprensión objetiva y una orientación tranquila para los diferentes tipos de conductas presentadas por los niños.

Deben transmitir al pequeño a toda costa, amistad y cariño, en pocas palabras, deben desarrollar su espíritu materno al máximo.

Otro punto importante, es que el auxiliar debe estar preparado para intervenir como es preciso en el momento que se le necesite. (7,11,12,19)

El consultorio dental puede crear una impresión desfavorable; así pues, debe existir un balance apropiado en la lista de pacientes del día.

Quando ha habido una larga serie de citas restauradoras en la cita final se debe de programar un procedimiento breve, en esta forma, el niño deja el consultorio dental con un buen recuerdo. (2,3,6,9)

Duración de la cita:

En la práctica exitosa de la odontología para niños se utiliza el sistema de citas y el periodo de espera en la sala de recepción está limitado a escasos minutos. Largos periodos de espera en la sala de recepción están limitados a escasos minutos. Largos periodos de espera no son alentadores en el consultorio ya que tiene un efecto adverso sobre la psicología del niño y el padre. Si se pueden ajustar las citas para que otros niños estén en el consultorio al mismo tiempo, se crea una impresión favorable en el niño y en el padre.

Cuando sea posible, los niños no deben permanecer en el sillón más de media hora. Los pacientes cooperativos si se cansan con las citas demasiado largas, pueden llegar a un punto de saturación en el que empiezan a llorar.

Las citas, se limitan a 45', algunos niños de 2 a 3 años de edad pueden ser anotados para 30' o menos, dependiendo de los problemas operatorios y del patrón de conducta. (1,3,16)

La hora de la cita:

La hora del día para la programación de la cita es también un dato muy importante que hay que tomar en consideración. Mc.Donald ha recomendado el periodo de la mañana para los niños pequeños y se han ofrecido varias razones lógicas para este modo de pensar de muchos odontopediatras. Supuesta mente los niños pequeños están más alertas y generalmente el equipo de salud dental no está fatigado. Sin embargo, cuando Lencher estudió el efecto de la duración de la cita no notó ninguna diferencia significativa en el comportamiento cooperativo de los niños, cuando éste era relacionado con la hora del día.

Frecuentemente es más fácil convencer a los padres de los niños pequeños de sacarlos de la guardería o de la preprimaria que a los padres de los niños que asisten a la primaria o secundaria y los primeros entienden que hay muchas citas por la tarde que están reservadas para niños mayores que podrían perder trabajos escolares más importantes que sus hijos.

En investigaciones realizadas anteriormente se dice que el peor momento para la atención dental de un niño es después de las horas de clase; puesto que cuando el niño deja la escuela está cansado y en estas circunstancias el dentista no logrará la atención de éste ya que estará inquieto y tomará el tratamiento con desagrado. (3)

Acompañando al niño dentro del cubículo dental:

Es preciso llevar a los padres a comprender que una vez que el niño está en el consultorio dental, quien mejor sabe cómo prepararlo emocionalmente para su tratamiento es el dentista. El padre debe tener completa confianza en el odontólogo y debe confiarle el niño a su cuidado. Cuando el niño entra a la sala de tratamiento el padre no debe hacer gesto alguno en cuanto a seguirlo o guiarlo a menos que el dentista lo invite a ello. La mayoría de los niños se comportan mejor lejos de sus padres.

Sin embargo, hay ocasiones en que la mera presencia de un padre le inspira confianza al niño. Si se invita al padre a pasar al consultorio deberá asumir el papel de un testigo pasivo y sentarse o estarse de pie lejos del sillón. No debe hablarle al odontólogo ni al niño, ni mirarlo simpatizando con él al mismo tiempo que su expresión refleje temor.

Nada es más perturbador para el manejo exitoso de un niño que el hecho de que el padre esté dando una falsa información o que le esté demostrando su compasión.

El tener que dividir su obediencia no solo llevará al niño a desconfiar del odontólogo sino que también le inducirá miedo a los procedimientos odontológicos.

Algunos Paidodontistas permiten entrar a los padres en la primera cita, pero no en las siguientes. (1,3,11,12)

Atavio dental:

Dollar y Miller han tenido cierta preocupación en relación al atavio dental, ya que si el niño ha tenido experiencias con otras personas que usan el uniforme blanco, es posible que estos miedos puedan generalizarse hacia la situación dental, ya que el uniforme blanco los puede hacer comunes a todos o asociar blanco con aguja hipodérmica.

El atavio que se use en el consultorio puede influenciar tanto en el paciente como en el profesional. Indudablemente esto en los niños tiene un efecto benéfico, en el personal contribuye a una actitud más natural; por otro lado hay quienes sienten que la ropa de calle pudiera afectar la imagen profesional.

El color de los uniformes que se usan en el consultorio dental es también importante; los tonos de gris, azul o verde parecen muy adecuados. Ya que el color blanco es asociado con otras experiencias.

Así pues, el atavio del dentista hasta cierto punto permanece sin respuesta y se deja como una decisión personal. (1,9)

Regalos para los niños:

El dar un regalo pueda servir como recompensa. Siempre se puede encontrar algo para elogiar a un niño, pequeños juguetes tales como figuras de ratón, Mickey, Pinocho, Blanca Nieves y Los Siete Enanos, pueden ser usados como muestra de afecto para los niños, no como soborno. Deben brindarse a los niños sin exigencias por parte del odontólogo.

Finn en 1973, hizo una distinción entre recompensa y soborno; "Se promete un soborno al inducir un buen comportamiento, y una recompensa es el reconocimiento a un buen comportamiento, después de haber terminado el tratamiento sin haber implícita ninguna promesa".

Aquellos que han seguido la práctica de los regalos están bien conscientes de sus resultados ya que estos regalos proporcionan una agradable cita dental.

No hay duda de que un recuerdo de este tipo, provoca una reacción psicológica más favorable y significa una ventaja para el odontólogo. Estos obsequios se hacen a cada niño a quien se atiende en el consultorio, y han tenido una influencia muy favorable sobre la práctica en varios sentidos. Permiten, en muchas circunstancias, reducir el tiempo operatorio, originan un fuerte deseo por parte del niño para volver para otras sesiones y pueden hacer que una visita ocasional potencialmente desagradable se transforme en una muy favorable. (1,3,9)

CAPITULO V

- 1) Braver John Charles.
Odontología Infantil.
Buenos Aires, Editorial Mundi, Junio 1959.
- 2) Harndt Swald, Meyers Remul.
Odontología Infantil.
Buenos Aires, Editorial Mundi, 1969.
- 3) Finn Sidney B.
Odontología Pediátrica.
4a. Edición.
Buenos Aires, Editorial Interamericana, 1976.
- 4) Mc. Donald R. E.
Odontología para el Niño y el Adolescente.
Buenos Aires, Editorial Mundi, 1969.
- 5) Congreso Centro Médico.
Sesión Científica de la Asociación de Odontología
Infantil del Distrito Federal.
Manejo del Niño en el Consultorio Dental.
Dr. Garcés Rojas Marco Antonio, et. al.
18 de Noviembre de 1984.
- 6) Congreso Acapulco, Gro.
Odontopediatría.
Dr. Paros Vidrio Gustavo.
16 de Noviembre de 1983.
Acapulco, Gro.
- 7) Odontología Clínica de Norteamérica.
Volumen 7.
- 8) Revista A.D.M.
Volumen XL No. 2
Mayo - Junio, 1983.
México, D. F.

RESULTADOS.

El dentista bien formado está consciente de que la atención dental es deficiente y que sólo un bajo porcentaje de la población la recibe regularmente.

La mayor parte de los dentistas saben que en cierto grado hay una actitud negativa hacia la odontología y ésta se atribuye a: problemas económicos, miedo y dolor. El recuerdo no sólo del dolor, sino de la imagen humana del médico dental, perdurará indefinidamente por mucho tiempo en la mente del niño, así como en la del adulto, que lo transmitirá inconscientemente a sus hijos y familiares.

El miedo constituye uno de los mayores problemas en el manejo en el consultorio dental y éste se divide en:

- 1) Miedo Objetivo.- Miedo a estímulos que han sido vistos, oídos y que son de naturaleza desagradable.
- 2) Miedo Subjetivo.- Tener que se le infunde al niño pero que éste nunca lo ha experimentado.

El miedo más intenso en el niño pequeño es el miedo a lo desconocido y a lo inesperado. El miedo no es hereditario sino adquirido.

La investigación ha demostrado que los adultos que mantienen actitudes dentales negativas pueden y de hecho lo hacen, transmitir sus sentimientos a sus descendientes dado que los miedos dentales se adquieren. La época más lógica para interrumpirlos es en la niñez.

Fue hasta 1930 que empezó a percatarse de las reacciones de los niños en la odontología. Las primeras descripciones se obtenían de observaciones clínicas y de las observaciones personales.

El método principal que se emplea para valorar la conducta es el de Frankl Shire (1952) y es:

- a) Definitivamente negativo.- Rechaza el tratamiento dental, llanto vigoroso y temeroso.
- b) Negativo.- Falta de cooperación, poco dispuesto a aceptar el tratamiento.
- c) Positivo.- Acepta el tratamiento, aunque a veces el niño se encuentra reservado.
- d) Definitivamente positivo.- Se interesa en su cuidado y procedimientos dentales.

La mayoría de los odontólogos consciente o inconscientemente clasifican a los niños de las tres maneras siguientes: el niño cooperativo, el carente de habilidad cooperadora, y el niño potencialmente cooperador.

El niño cooperativo.- Acepta el tratamiento, se presenta al consultorio en un estado de relajamiento a éstos niños se les puede tratar con un enfoque sincero de "demostrar-hacer", estos niños presentan un nivel de cooperación que permite al dentista el desempeño de su labor con efectividad y eficiencia.

El niño carente de habilidad cooperadora.- En este grupo se puede incluir dos grupos de niños; el primero incluye niños muy pequeños con los que no pueden establecerse una comunicación, no podemos esperar que estos niños tan pequeños cooperen con el dentista debido a su corta edad en la que su capacidad de cooperación no ha sido desarrollada.

El segundo grupo incluye a los débiles mentales y físicamente incapacitados.

El niño potencialmente cooperador.- Son niños con problemas de conducta, el niño puede cambiar, esto es que puede volverse cooperativo. En esta clasificación se definió a los niños de acuerdo a sus reacciones adversas y son:

1) Conducta incontrolable.- Se presenta en niños pequeños de 3 a 6 años de edad. Durante la primera visita al consultorio dental, la reacción es un berrinche, presencia de lágrimas, sacudida de manos y piernas.

Quando se presenta esta conducta, se debe tan pronto como sea posible sacar al niño de la sala de espera ya que su conducta puede provocar un efecto adverso en los otros niños; apaciguar al niño hasta que deje de patear y golpear, por último se debe establecer una comunicación con el niño, por lo que un niño potencialmente cooperador puede convertirse en un paciente cooperativo.

2) Conducta rebelde o desafiante.- Se reconoce en niños de cualquier edad, pero es más típica en niños de primaria y se distingue por gritos de "no quiero" o "no lo voy a hacer", son niños que siempre protestan a lo que se les dice.

3) Conducta cooperativa tirante.- son niños que aceptan el tratamiento, pero están exageradamente tensos, puede verseles un ligero temblor al hablar, frecuentemente se les notan gotas de sudor en la frente y en las palmas de sus manitas, controlan sus emociones bastante bien.

4) Conducta de lamento o queja.- Son niños que permiten que el dentista proceda pero se quejan y lloriquean durante todo el procedimiento, se identifica al niño quejumbroso porque su llanto no es fuerte, sino controlado, se requiere tener mucha paciencia cuando se trata de estos niños.

La ansiedad o el temor afecta la conducta del niño, por lo que ansiedad es un rasgo de la personalidad que describe un estado emocional, tensión o inquietud que surge de la anticipación de un peligro, conocido o desconocido su origen.

El medio ambiente hogareño juega un papel muy importante en el comportamiento dental de los niños; sabemos que las actitudes dentales de los padres son transmitidas a sus descendientes, y que pueden afectar el comportamiento de cooperación.

El miedo y la ansiedad son reacciones emocionales elaboradas por la personalidad. El miedo es una respuesta emocional realista, es la reacción a una situación que constituye un peligro o una amenaza real. La ansiedad es una respuesta a situaciones que son peligrosas sólo simbólicamente.

Los factores que llegan a influir en la conducta del niño en el consultorio dental, se deben a experiencias obtenidas por los padres, ya sean agradables o desagradables, que son transmitidas a sus hijos.

La ansiedad materna, es el temor o angustia que la madre demuestra ante el tratamiento dental que influye determinantemente en la conducta del niño antes y durante la primera visita.

Schwartz se dio cuenta de que los padres transmiten una mayor ansiedad y miedo a sus hijos por lo que se establece una mayor relación entre paciente-dentista, cuando éstos no se encuentran, la presencia de los padres dependerá de circunstancias muy especiales tales como la edad, idioma, dependencia del niño hacia la madre, incapacidad física, mental, información personal, etc., pero será el profesional el que hará la evaluación según el caso en particular.

El contacto con los padres de los niños antes de la primera visita dental puede reducir la ansiedad materna, y por lo tanto aumentar la probabilidad de una exitosa primera visita dental.

Tuma en 1954, recomienda a veces, el envío de una carta previa cita a los padres de los nuevos pacientes infantiles, evitando toda clase de terminología dental incomprensible en donde se explique la importancia que significa para todos el resultado de esta primera consulta.

La visita al dentista es en especial para un niño una experiencia que generalmente desencadena tanto nerviosismo como dolor. Esto se debe a que la gran mayoría de los niños visitan al dentista cuando el problema de su boca está avanzado y ha llegado a un grado que se puede clasificar de grave e incluso existe dolor en un porcentaje elevado.

A pesar de esto es posible ayudar a un niño a que controle su nerviosismo y eliminar su temor. Esta ayuda no la proporcionaremos nosotros únicamente, gran parte de ésta la encuentra el niño en su padres.

La mayor parte de los niños reciben información referente al dentista y ambiente del consultorio, aún antes de vivir su propia experiencia. La mayoría de las veces ese conocimiento es vago y no totalmente pegado a la realidad ya que la mayoría de las personas sienten aversión hacia el tratamiento odontológico.

Se recomienda a los padres no utilizar al dentista como un medio de amenaza o castigo para los niños, ni llevarlos sorpresivamente al consultorio.

Wright y Alpern, al investigar la influencia de las clases sociales de los padres con respecto a la conducta de sus hijos confirman haber obtenido una mejor cooperación por parte de los niños procedentes de clases sociales media o baja.

El mal comportamiento del niño pequeño en el consultorio dental, puede ser el resultado directo de la influencia del hermano mayor (transmisión de conducta). El niño que ha nacido primero tuvo como modelo de comportamiento el de sus padres, el niño que nació después tiene como disponible modelo a los padres y a los hermanos mayores. En realidad los hermanos pueden ser de gran utilidad, porque si el niño mayor es un niño que coopera, él es un modelo ideal, y la imitación puede ser un medio de lo más efectivo para introducir dentro de la práctica dental (Adelston 1970).

Las investigaciones pidiodonticas hechas por Ghose en 1967 han evaluado los beneficios de los efectos de los hermanos ya que tienen un efecto favorable en el comportamiento del niño más pequeño en su primera visita dental.

La falta de cooperación de un niño en el consultorio dental puede ser atribuida a muchos factores tales como:

- 1) Contagio de comportamiento o conducta adquirida.
- 2) Amenaza hacia el niño, dándole como castigo una cita con el dentista.
- 3) Discusión de experiencias desagradables de la odontología cuando el niño escucha.
- 4) Ansiedad de los niños.

La ansiedad provoca miedo y da por resultado un niño no cooperativo y por lo tanto se ha demostrado que el medio ambiente en el cual se desarrolla el niño va a tener repercusión sobre su comportamiento.

El establecer una comunicación efectiva es uno de los puntos más importantes cuando se trata de los niños. El medio más común de comunicación con éstos, es a través del lenguaje hablado.

Hay muchas maneras de iniciar una conversación, los niños pequeños se sienten orgullosos de sus ropas nuevas y les gusta que les pregunten sobre ella. Los niños más grandes a menudo usan suéteres de equipos, adornos escolares o uniformes de grupos que les gusta, sus actividades, no importa cual sea la manera de iniciar la conversación. Las preguntas deben ser formuladas de manera que el niño no responda simplemente "sí" o "no". Este proceso de invitar a platicar y sacarlo de su preocupación para comunicarlo con lo que lo rodea es referido "Eternalización".

La comunicación no se limita únicamente a la conversación, como por ejemplo, al estrechar la mano de un niño se comunica el sentimiento de afecto, la sonrisa del asistente dental transmite aprobación y aceptación, etc.

Se dice que existen tres elementos importantes para lograr la comunicación en el consultorio dental y son:

Un transmisor, Un medium y Un receptor.

El dentista y su equipo son los transmisores, el medium es el medio ambiente del consultorio dental y el niño es el receptor.

El diseño, la decoración, el ambiente musical, objetos, etc., son medios de comunicación y dan un mensaje por lo que consecuentemente deben ser tomados en cuenta.

El odontólogo debe tener paciencia, pero hacer sentir su autoridad, tener suficiente habilidad para trabajar rápido y suavemente, debe de comprender el carácter del niño y conocer su temperamento. La mayoría de los niños son buenos receptores y es responsabilidad del dentista de que el niño siga siendo receptivo.

Es importante ajustar el nivel del lenguaje al del niño, tono de voz y además informar al niño de los procedimientos que se le van a realizar.

El uso de eufemismos es la substitución de expresiones que inspiran miedo por aquellas que no pueden serlo, pueden hacer la situación más agradable y el procedimiento más aceptable para el niño. La lista de estas expresiones es interminable, pero citaremos algunas:

TERMINOLOGIA DENTAL

SUBSTITUTOS

Presión de aire.

Aire.

Alginato.

Puñal.

Fresa.

Cepillo.

Eyector.

Popote o aspiradora.

Grapa.

Anillo del diente.

Rayos X.

Cámara.

Hace tiempo que los dentistas reconocen que el tono de voz, es altamente importante por ejemplo: "basta ya", "bien", "es suficiente". No es necesariamente importante lo que se diga sino el cómo se dice, el cambio de ritmo y entonación es lo que gana la atención del niño. Esta misma técnica es usada en el salón de clases cuando el maestro no está obteniendo la atención de los alumnos. El control de voz por parte del profesionista, es un factor muy importante en el manejo del paciente.

Ganarse la atención del niño es el objetivo principal en el control de la voz ya que sin la atención del niño no hay medio de comunicación y sin comunicación el niño jamás aprenderá a ser un buen paciente dental.

El formar el comportamiento es el procedimiento que desarrolla la conducta, mediante el auxilio de sucesivas aproximaciones hasta el modelo final deseado (decir-mostrar-hacer) (Aldels 1959). Esta técnica consiste en que el dentista debe explicar al niño lo que se le va a hacer en un lenguaje que este entienda, esto se hace despacio como sea necesario y cuantas veces sea requerido hasta que el niño comprenda bien en qué consiste el tratamiento. El siguiente paso sería el enseñar y demostrar al niño lo que se va a efectuar hasta que esté seguro que ha comprendido perfectamente el procedimiento que se va a seguir. El último paso, sin duda el más importante es de proceder directamente a efectuar la operación.

Al demostrar al niño lo que se le va a hacer, el dentista debe estar consciente de su papel como transmisor, el operar una pieza de mano sin tocar los dientes del niño y permitir sentir su vibración, es evitar la asociación ruido-vibración-dolor e inadecuado comportamiento.

Esta técnica pueda ser usada con niños pequeños durante su primera visita, en aquellos que presentan miedo debido a una previa cita dental que haya resultado dolorosa y en niños aprehensivos.

Es importante dar muestras verbales de aprobación cuando el paciente responde positivamente a una indicación

El reforzar inmediatamente al niño después de una buena acción es más efectivo que recompensas demoradas, en el manejo para un mejor comportamiento de éste. Mientras más rápido sea dado un refuerzo o premio, mejor será la asociación entre estímulo (buen comportamiento) y la respuesta (aprobación verbal).

Para el acondicionamiento del comportamiento existen varias técnicas pero las que más se usan son:

a) Modelamiento o imitación.- Consiste en mostrar una conducta apropiada ante el paciente por medio de un modelo durante el tratamiento, (se recomienda ya escogido el modelo, que sean niños de la misma edad y sexo).

b) *Desensibilización.* - Consiste en la eliminación de hábitos de responder ansiosamente primero presentando un estímulo. El paciente es enseñado a substituir una apropiada respuesta emocional (relajación), por una respuesta emocional inapropiada (ansiedad).

Deben agotarse todos los medios y establecer la comunicación. Cuando estos hayan fracasado y la conducta del niño continúa descontrolada, se aplica la técnica de mano sobre boca y nariz. Esta técnica consiste en poner la mano sobre la boca del niño cubriendo la nariz (en caso necesario), se lleva la cara cerca de la suya y hablar directamente en su oído. Después de unos pocos segundos se vuelve a repetir lo mismo y posteriormente se retira la mano. Si al retirarla se escucha otro llanto, la mano se vuelve a poner inmediatamente y se repite la advertencia de dejar de llorar. El asistente debe estar siempre presente para ayudar a detener brazos y piernas de modo que nadie se dañe físicamente. Si hay un intento por parte del niño para comenzar otra vez, se debe recordar amable pero firmemente que la mano será puesta otra vez y esto es suficiente para hacerla recapatir.

El dentista y su personal deben saber cómo tratar a los niños para que cualquier problema que se presente lo sepan resolver adecuadamente.

El manejo adecuado del paciente infantil no es sólo la buena atención dental, sino también lo que es aún más importante es cimentar las bases de la aceptación para el tratamiento dental como un servicio de salud.

El niño que se siente cómodo en el ambiente dental será generalmente un buen paciente durante su edad escolar, adolescencia y edad adulta.

Es importante que la sala operatoria esté provista de la menor cantidad de objetos y aparatos posibles que sean visibles para el niño.

En la práctica exitosa de la odontología para niños, se utiliza el sistema de citas. Largos periodos de espera no son alentadores, si se puede ajustar las citas para que otros niños estén en el consultorio al mismo tiempo, se crea una impresión favorable.

Los niños no deben permanecer en el sillón más de media hora, las citas se limitan a 45 minutos algunos niños de 2 a 3 años de edad pueden ser anotados para 30 o menos dependiendo de los problemas operatorios y del patrón de conducta.

La hora de la cita es un dato muy importante, se recomienda el periodo de la mañana para los niños pequeños. Se dice que el peor momento para la atención de un niño es después de la hora de clases.

El dar un regalo puede servir como recompensa, no hay duda que un recuerdo de este tipo provoca una reacción psicológica más favorable y significa una ventaja para el odontólogo.

CONCLUSIONES.

El tratamiento odontológico es uno de los más comunes del arte de curar, pero también uno de los más desagradables.

Jamás debería olvidarse que la primera impresión que el niño tenga respecto al dentista, dependerá todo su comportamiento futuro frente al tratamiento y cuidado de su dentadura.

El manejo del niño es más que simplemente convencer a una persona pequeña a que se someta a alguna forma de procedimientos odontológicos. Implica llevarle a aceptar que la salud de sus dientes es importante para él y que el odontólogo se convierta en una persona de quien guste y a quien respete.

El manejo correcto de los niños surge de una comprensión fundamental y emocional.

Para poder comprender y manejar adecuadamente a un niño, se debe tener amplio conocimiento de los posibles patrones de comportamiento que puede asumir y tener muy en cuenta que el miedo se adquiere en la niñez, por lo tanto, este es el momento más lógico para interrumpirlo, tratar de ganar la confianza, ser sinceros y promover su cooperación si se quiere fomentar una actitud dental positiva y mejorar la salud dental del adulto.

La influencia familiar es un factor importante del que debe de estar enterado el dentista, ya que nos indica la forma de control de comportamiento que tienen los padres con sus hijos, ya que puede ser de gran ayuda. Puesto que con los niños no se debe experimentar.

Debemos esforzarnos por mejorar nuestra capacidad para ayudar a nuestro paciente aumentando el conocimiento y perfeccionando las técnicas. Al igual que tratar de emplear un lenguaje sencillo a la altura de su nivel de comprensión y de edad, sustituyendo expresiones que inspiran miedo por otras que no lo sean.

El odontólogo debe alentar todos los buenos hábitos de comportamiento con recompensas o elogios y debe esperar el momento apropiado para felicitar al niño; también se tratará que el niño se familiarice con todo el equipo dental realizando un tratamiento indoloro.

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

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

Todo Odontólogo puede tratar a cualquier paciente infantil y no obtener en el consultorio un mayor éxito, buen control, confianza y mayor cobertura, si no adquiriere una conducta adecuada y amplios conocimientos de Psicología infantil. Enfocando su interés al estudio de los períodos del desarrollo de la niñez, para impartir una educación odontológica apropiada a cada uno de éstos y para cada tipo de niño.

Siguiendo estos propósitos brindaremos un servicio para el niño, como individuo, conseguiremos una comunidad cada vez mayor en nuestra materia, y una elevación del status de la profesión y cumpliremos más plenamente con las necesidades de nuestros pacientes.

RECOMENDACIONES.

Todo cirujano dentista debe ampliar sus conocimientos de Psicología Infantil, enfocando su interés al estudio de los periodos de desarrollo de la niñez y pubertad. Además hay que preparar odontólogos con una conciencia preventiva al igual que campañas educacionales en la población infantil y adulta.

Es importante que en el programa de educación se indique a los padres que ellos son los principales portadores de temor y/o tensiones emocionales con respecto al tratamiento y que por lo mismo no deben dar a los niños ninguna información errónea o exagerada.

El cirujano dentista debe de tener paciencia y responsabilidad para la personalidad del niño, encarar la situación de manera positiva y establecer amistad y cordialidad entre ambos. La conducta del niño se modifica mejor con sugerencias y elogios que con exigencias.

Se debe lograr que el pueblo tome conciencia de la importancia que representa su salud integral para un completo desarrollo y su participación es la actividad productiva de nuestro país en general.

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

- 1) Braver John Charles.
Odontología Infantil.
Buenos Aires, Editorial Mundi, Junio 1959.
P.P. 21 - 20.

- 2) Harndt Ewald, Meyers Hamul.
Odontología Infantil.
Buenos Aires, Editorial Mundi, 1969.

- 3) Finn Sidney B.
Odontología Pediátrica.
4a. Edición.
Buenos Aires, Editorial Interamericana, 1976.
P.P. 1 - 39 - 514 - 515.

- 4) Pinkman J. R.
Dentist and Psychologist: Practical Considerations
for Ateam Approach to the Intensely Anxious Dental
Patient.
J.A.D.A. San Francisco, Mayo 1975.
Volumen 90.
P.P. 1022 - 1026.

- 5) Chambers David W.
Communicating With the Young Dental Patient.
J.A.D.A. San Francisco, Octubre 1976.
Volumen 93.
P.P. 798 - 799.

- 6) Mc. Donald R. E.
Odeontología para el Niño y el Adolescente.
Buenos Aires, Editorial Mundi, 1969.
P.P. 25 - 35, 166 - 170, 398 - 402.

- 7) Cohen Meyers Michael.
Odontología Pediátrica.
Buenos Aires, Editorial Mundi, 1957.
P.P. 78 - 100.

- 8) Sorenson Herbert.
La Psicología en la Educación.
Buenos Aires, Editorial El Ateneo, 1974.

- 9) Braver John Charles.
Odontología para Niños.
Buenos Aires, Editorial Mundi, 1948.
P.P. 1 - 20.

- 10) Dra. Ma. del Pilar Fragozo Picón.
Psicología Aplicada a la Odontología.
Revista A.D.M.
Volumen XXXVI No. 4.
Julio - Agosto, 1977.
México, D.F.
P.P. 376 - 392.

- 11) Congreso Centro Médico.
Sesión Científica de la Asociación de Odontología
Infantil del Distrito Federal.
Manejo del Niño en el Consultorio Dental.
Dr. Garcés Rojo Marco Antonio.
Dra. Tovar Galvez Ma. Eugenia.
Dra. Cadena Galdebs Antonia.
Dra. De la Luz Llanero Ma. Elena.
18 de Noviembre de 1982.
México, D.F.
- 12) Congreso Acapulco, Gro.
Odontopediatría.
Dr. Pares Vidrio Gustavo.
16 de Noviembre de 1983.
Acapulco, Gro.
- 13) Floyd E. Hogsboom.
Odontología Infantil y Dentística Sanitaria Pública.
Buenos Aires, Editorial Mundi, 1940.
- 14) Law Lewis Davis.
Un Atlas de Odontopediatría.
Capítulo 16.
Buenos Aires, Editorial Mundi.
- 15) Chamber David W.
Communicating With the Young Dental Patient.
J.A.D.A. San Francisco, Octubre 1976.
Volumen 93.
P.P. 790 - 796.
- 16) Odontología Clínica de Norteamérica.
Pediodoncia.
Volumen 15.
Buenos Aires, Editorial Mundi, 1963.
- 17) Dr. J.M. Martínez Herrera.
Manejo del Paciente en Odontopediatría.
Revista A.D.M.
Volumen XXXVII No. 3.
Mayo - Junio 1990.
México, D.F.
- 18) Material de Apoyo.
E.N.E.P. Zaragoza.
Odontología Social.
3er. Semestre.
- 19) El Consultorio Dental: Un Reflejo de la Eficiencia
del Odontólogo.
Revista A.D.M.
Volumen XXXII No. 1.
Enero - Febrero, 1975.
México, D.F.

- 20) Dr. Gustavo Pares Vidrio.
Dr. Spencer Hoffman A.
El Comportamiento del Niño y su Relación con la
Primera Pregunta en el Consultorio Dental y la
Ansiedad Materna.
Revista A.D.M.
Volumen XL No 3.
Mayo - junio, 1985.
P.P. 64 - 68.
México, D.F.
- 21) P.J. Holloway, Ph. D.S.D.S.
J.N. Swallow, M. D. S.
Salud Dental Infantil.
Una Introducción Práctica.
Buenos Aires, Argentina 1979, Editorial Mundi.
P.P. 5, 25 - 42.
- 22) Samuel Leyt.
Odontología Pediátrica.
Buenos Aires, Argentina 1980, Editorial Mundi.
P.P. 1 - 35, 253 - 263.