

170
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PERSONALIDAD, COMPORTAMIENTO Y MANEJO
DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:
ROSALINDA ISLAS GUZMAN



FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION	1
CAPITULO I PANORAMA DE LA ODONTOLOGIA PEDIATRICA	...2
CAPITULO II COMPORTAMIENTO DEL NIÑO11
CAPITULO III CONSIDERACIONES SOBRE EL COMPORTAMIE TO DEL NIÑO28
CAPITULO IV MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO38
CAPITULO V LA PERSONALIDAD Y EL DESARROLLO SOCIAL	..57
CONCLUSION73
BIBLIOGRAFIA74

INTRODUCCION

Para poder proporcionar una atención dental satisfactoria a un niño, es necesario tratarlo como tal y no caer en la costumbre de que se está tratando con un adulto.

Al parecer es una opinión bastante general el que se necesite ser más paciente al tratar a un niño que cuando se trata a un adulto, por lo que muchas veces el dentista se desespera y solo obtiene como resultado crear una barrera en la comunicación con su pequeño paciente.

Es indispensable, tomar en cuenta que cada niño presenta una personalidad única, una gama de características o maneras de pensar, sentir, de relacionarse y responder a diferentes circunstancias.

Por todo lo anterior quiero hacer hincapié en la importancia del papel que desempeña la psicología infantil en la preparación del odontólogo que va a tratar con niños. Así como lo indispensable que es el saber motivar a los niños para que se interesen en su tratamiento.

El odontólogo deberá también relacionarse con los padres e invitarlos a cooperar en el mantenimiento de la salud bucal de sus hijos y que ellos continúen la labor del dentista en el hogar.

CAPITULO I

PANORAMA DE LA ODONTOLOGIA PEDIATRICA

a) Historia de la Odontología Pediátrica.

En 1926, Gies publicó su informe sobre los estudios en la enseñanza odontológica. En él señaló que sólo 5 entre 43 escuelas odontológicas existentes en los Estados Unidos tenían instalaciones para la atención especial de los niños.

Gies, además subrayaba en su informe la necesidad de un mayor número de clínicas especializadas en niños.

A partir de este informe se empezaron a establecer diversos programas de la especialidad. Así surgieron los primeros intentos por establecer programas posdoctorales y hospitalarios de atención dental infantil y hacia 1935 ya existían 6 programas de paidodoncia para graduados y ocho para posgraduados.

En 1941 el consejo de Educación Odontológica de la Asociación Dental Norteamericana incluyó la paidodoncia en el programa de Estudios Odontológicos.

Entre 1935 y 1960, la cantidad de programas paidodóncicos para graduados de los Estados Unidos aumentaron a 18, con 17 programas de posgrado. En los 60 y 70 las cantidades de programas paidodóncicos aumentaron aún más con resultados más bien inesperados.

Antes de 1945, los niños eran tratados por odontólogos generales sin adiestramiento en odontología pediátrica.

En el año de 1924 Hogeboom publicó el 1er texto de Odontología para niños y hacia 1938 esta obra había cuadruplicado su tamaño y ya tenía 4 ediciones.

Desde aquel 1er. texto, la odontología pediátrica avanzó considerablemente y gracias a otros clínicos como Braver, Cohen, Finn, Ireland, Mc. - Bade y Mac.Donald que impulsaron a la odontopediatría, ha llegado a -- ser en la actualidad una disciplina avanzada.

En 1927 el primer intento de formación de una Sociedad Nacional de dentistas de niños no llegó a realizarse por falta de interés y no fué hasta 1927 que se organizó la Sociedad Norteamericana para la promoción de la - Odontología para niños para tratar a cualquiera que tuviera algún interés por la rama de la odontología. En 1949 se le cambió el nombre a esta Asociación por el de Sociedad Norteamericana de Odontología para Niños.

En 1948 se formó la Academia Norteamericana de Paidodoncia con el fin de lograr un nivel elevado y ético de ejercicio, enseñanza e investigación en el arte y ciencia de la odontología para niño. Esta organización se convirtió en la patrocinadora de la junta Norte Americana de Paidodoncia, que realizó su primer exámen para certificación en 1949.

En los años transcurridos hasta la década de los 60's los Odontólogos tuvieron que afrontar las exigencias de atención dental profiláctica de - las cantidades enormes de niños (bebés de posguerra).

El surgimiento de los planes de seguros odontológicos por terceras partes aumentó la afluencia de pacientes volcados a los consultorios odontológicos y desde el punto de vista de los Odontólogos los niños eran los - menos beneficiados.

El gobierno federal ejerció su presencia aumentando la presión a escuelas dentales con ofrecimiento de alicientes financieros a las clases crecientes en más escuelas. Los administradores de las escuelas aumentaron el tiempo de las clases, expandieron los deberes, programas para auxiliares dentales, cantidades y dimensiones en constante crecimiento de los -- programas para graduados; hasta que las autoridades federales comenzaron a recortar su nivel de apoyo y dejaron a muchas escuelas con compromisos y estudiantados.

Los Odontólogos se concentraron en las áreas metropolitanas y se encontraron con una competencia cada vez mayor nuestro que las escuelas señalan produciendo más y más odontólogos por lo que muchos dentistas emigraron a zonas rurales para establecerse y poner sus consultorios.

En énfasis en medicina y odontología se desplazó hacia la prevención. La disminución de la tasa de nacimientos con las tendencias y presiones socioeconómicas complicaron mucho la situación y provocó que la mano de obra odontológica no se materializara.

En la actualidad el odontólogo pediatra tiene un panorama como para una carrera de alcances mucho más amplios y más significativos que cualquier otro especialista odontológico aunque se enfrenta a muchas presiones como lo son la inflación que ha enviado por los cielos las cuotas y la exigencias de los consumidores por un tratamiento de alta calidad y con costo reducido.

Pero es quizá la especialidad que más ha progresado en un intento de satisfacer esas demandas. El pediatra, involucrado en la salud integral del niño y el adolescente ha puesto énfasis en la importancia de la salud total y al trabajador junto con el pediatra ha promovido mejores niveles de nutrición e higiene bucal.

En resumen, la odontología pediátrica ha recorrido una larga distancia en un tiempo relativamente corto, y está ahora en un punto de progreso aún mayor.

b) Objetivos de la Odontología Pediátrica

Una preocupación primordial para el odontólogo debe ser el realizar odontología para niños con la misma calidad y atención que la brindada a los adultos. Además, cualquier programa de salud dental preventivo habrá de constituir un reflejo de las normas más elevadas.

La comodidad del niño es una consideración importante y se ha de dedicar un buen esfuerzo a asegurarse que la tenga, tal como en el empleo de una minuciosa orientación y anestésia tópica y local. La comunicación física y emocional del odontólogo son importantes pues sin ellas habrá un -

efecto sobre la calidad en su trabajo. Además deberá ponerse un especial cuidado para que los padres estén cómodos en el consultorio y estén satisfechos con el tratamiento, el medio y el personal.

La motivación es un aspecto vital de la odontología para niños. Las primeras etapas de la vida ofrecen la oportunidad de influir sobre actitudes para toda la vida con respecto de la atención odontológica.

Si se establecen programas y actitudes de salud bucal positiva en los niños y sus padres servirán para preservar la salud en años posteriores.

Cualquiera que sea la naturaleza de la odontología, el niño debe sentirse satisfecho consigo mismo y con el personal, la sensación de logro es primordial para establecer una motivación para el futuro.

Los elogios y las críticas influyen mucho sobre los niños, y los sentimientos positivos generados a temprana edad, influirán sobre la conducta odontológica del niño a futuro.

Los padres deben quedar satisfechos de que su hijo fué bien tratado, emocional y clínicamente.

c) El odontopediatra, su consultorio y la comunidad que le rodea.

La odontología infantil es uno de los servicios más necesitados y uno de los más importantes ya que un tratamiento inadecuado realizado en la niñez puede dañar permanentemente el aparato masticatorio, y crear en la edad adulta muchos problemas dentales.

El dentista que trabaja con niños debe estar consciente de que la tarea no resultará nada fácil pues, practicar una odontología modelo requiere de la utilización y adquisición de conocimientos de odontología que son únicos y sólo para niños.

La odontología para niños es algo más que un tratamiento dental común, puesto que se está tratando con organismos en período de formación. El odontopediatra se encuentra en posición de alterar el patrón de crecimiento y la resistencia a las enfermedades de los tejidos en los pacientes, pudiendo producir estructuras bucales más perfectas desde el punto de vista metabólico, funcional y estético.

La odontopediatría es un servicio de dedicación, puesto que la preven
ción es siempre su meta final.

El dentista que trabaja con niños tiene 3 grandes responsabilidades:

1) Responsabilidad del dentista para consigo mismo.

Dos son los factores que intervienen en el éxito o el fracaso de la -
odontología; Ego y Humildad.

El ego del dentista debe hacer que se enorgullezca de la profesión --
que eligió, una profesión tan noble capaz de contribuir al alivio de dolo
res y sufrimientos y que ha ayudado a elevar los niveles de salud. Ade-
más, el hecho de haber cursado la carrera en una escuela odontológica co
nocida implica que ha adquirido una educación básica y que es capaz de -
desenvolverse profesionalmente y realizar un buen trabajo, lo que deberá
darle la confianza y dignidad de ocupar un lugar en la comunidad.

El dentista debe de tener la suficiente humildad para darse cuenta --
que el aumento de capacidad trae consigo aumento de responsabilidad. No
deberá tomar sus responsabilidades a la ligera. La odontología es una -
profesión en constante avance, por lo que el dentista debe seguir aprendi-
endo y no estancarse en sus conocimientos, debe seguir adelante, asis-
tir a conferencias, documentarse con artículos y revistas, seminarios y
congresos. Todo esto con el fin de actualizarse, ampliar sus conocimien
tos y capacidad. Debe de aplicar una apreciación clínica para aceptar o
rechazar la nueva información.

El dentista debe ser humilde y honesto, debe prestar su mejor servi-
cio y no conformarse con técnicas inferiores y juicios inadecuados. De-
be además de establecer y llevar su consultorio lo mejor posible, debe -
promover la higiene bucal en los niños y dar instrucciones a los padres
para crear en los niños un hábito de buena salud bucal.

2) Responsabilidad del dentista para con su paciente.

El dentista debe de usar un buen juicio para dar un diagnóstico y lle

var a cabo un tratamiento. El servicio debe realizarse usando al máximo su capacidad y deberá ser justo y honesto al cobrar sus honorarios.

El dentista debe ser capaz de manejar bien a los niños, la falta de capacidad para el manejo del paciente puede frustrar e impedir que se practique un servicio de alta calidad.

El dentista debe ser lo suficientemente competente para dar instrucciones de prevención y responder a las preguntas que le hagan los pacientes correctamente.

La odontología infantil requiere el uso de ayudas para el diagnóstico, así como una interpretación correcta del resultado, en situaciones de urgencia y problemas rutinarios.

Es importante también que haya una estrecha relación entre el dentista y el pediatra del niño, pues frecuentemente sus servicios son de gran ayuda en el diagnóstico.

Si el dentista es capaz de cumplir lo antes citado está bien encaminado a cumplir su responsabilidad con su paciente.

3) Responsabilidad del dentista hacia su comunidad.

El dentista debe asumir el papel de educador dental. Nadie mejor que él conoce las necesidades de su comunidad, además que con esto promueve programas que traten de la salud dental haciendo que la gente aprecie en su justo valor a la odontología, puesto que nadie puede apreciar algo que no conoce, la gente en general es apática, acude al dentista solo cuando lo necesita, solo cuando el dolor le recuerda que el servicio está disponible.

El mejor modo para educar a los miembros de una comunidad es a través de programas públicos de salud dental estos pueden ser muy variados y dependen de las necesidades de la comunidad y el presupuesto disponible para este fin.

El programa debe ser continuo, ya sea preventivo o correctivo, la educación de la salud dental debe ser presentada al público dándole un énfasis vigoroso hasta que forme parte integral de la vida de la comunidad, y

que cada individuo conozca las necesidades dentales de su familia, y quiera participar llevando a sus hijos al consultorio dental. Si cada padre asume esta responsabilidad, la comunidad avanzará enormemente en la reso-lución de los problemas de la necesidades dentales infantiles.

d) Ambiente del consultorio.

Al buscar un lugar para el consultorio se deben de tomar en cuenta mu-
chos factores tales como: nivel económico y social del area, transportes-
públicos, facilidad de estacionar coches, así como el acceso fácil a es-
cuelas y areas residenciales.

Cuando ya se ha definido la situación deberá considerarse el tipo de -
decoración del consultorio y si se va a dedicar enteramente a niños, se -
debe crear un medio que atraiga al niño. Se debe de planear un consulto-
rio odontológico que aliente un sentimiento de familiaridad y de comodi-
dad en el niño. Es ventajoso establecer un area de juego en donde solo -
estén los niños, esto además de reducir los niveles de ansiedad, ayudará
a hacer más fácil la separación del niño de sus padres cuando se transfiere
a la sala de operación. También facultará a los padres de un area apar-
te en la que pueden leer sin ser perturbados.

El color es muy significativo para los niños, ya que prefieren los co-
lores cálidos a los fríos. Tienen además gran conciencia de los sonidos-
por lo que, un sonido negativo aumenta su ansiedad. De modo que en el --
uso de el equipo odontológico ayuda mucho la utilización de materiales pa-
ra aislar el ruido, tales como; alfombras, y cintas aislantes colocadas -
en las puertas y ventanas.

La limpieza y prolijidad son muy importantes para los niños y afectan-
sus actitudes. Reflejan a las personas que administran el lugar y alienta
o desalientan la confianza.

El uso de obsequios es útil para reforzar los sentimientos positivos -
hacia el consultorio. No debe de negarse el obsequio aunque el comporta-
miento del niño haya dejado mucho que desear, pues no es con el objeto de
premiar la conducta sino como demostración de amistad.

Si un consultorio es limpio, tranquilo, colorido y con decoración infantil, ayudará mucho a reducir la aprensión, y la impresión tanto del niño como de los padres será agradable a los sentidos.

El consultorio debe de ser diseñado de modo de reducir el mínimo los estímulos visuales potencialmente negativos. Los instrumentos dentales que pudieran causar temor no deben estar a la vista del niño. Es preferible ubicar el equipo a los lados o atrás del paciente. Es de gran ayuda el tener charolas con el equipo necesario previamente preparadas, esto además de ahorrar tiempo permite un período mayor de orientación y permite un ritmo más relajado en cada visita.

La ubicación y el tamaño del equipo deberá permitir al odontólogo, al auxiliar y al paciente estar cómodos por períodos de tiempo prolongados.

Los sillones dentales angostos y de respaldo delgado o los que son especialmente para niños permiten al odontólogo y al asistente sentarse más cerca de la zona operatoria y trabajar más cómodamente. Los instrumentos dentales deben estar todos dentro de una gama de tamaños que permitan el acceso cómodo al área de trabajo.

La vestimenta del odontólogo y su aspecto general crean una impresión significativa en el niño, más de lo imaginado por muchos adultos. Los uniformes no son una necesidad absoluta, pero si se usan, es preferible que sean de colores alegres.

El personal odontológico debe conocer sus deberes y el plan de tratamiento del paciente y como se efectuará. Desde el momento en que el niño entra en el consultorio la atención debe centrarse solo en él. Esto exige un personal amplio y bien adiestrado.

La auxiliar es muy útil en la orientación del paciente, ya que muchos niños tienen más confianza con la asistente que con el odontólogo, de modo que la asistente debe orientar apropiadamente al niño.

e) Sesiones

La organización de un consultorio tiene mucha influencia sobre el ánimo y temperamento de padres, pacientes y personal. Con un ambiente de es

tabilidad, las responsabilidades cotidianas se cumplirán satisfactoriamente. Todo esto inicia con la primera sesión, cuando se informa a los padres sobre procedimientos y política del consultorio. La información exacta recogida en ese momento permitirá la planificación correcta de una sesión.

La programación de las sesiones de los niños debe estar muy bien planeada tomando en cuenta que no debe citarse al niño en sus horas de siesta o comidas pues si se hace así el niño estará muy irritable. Debe también tomarse en cuenta que la edad suele ser crítica, por lo que a los niños muy pequeños y a los pacientes premedicados es mejor verlos temprano, pues todos los participantes en la sesión estarán menos cansados por la mañana. Es sumamente importante respetar los horarios de las sesiones pues las demoras indebidas pueden incrementar los niveles de ansiedad. La longitud de la sesión deberá ser determinada por el trabajo a realizar y el lapso de atención del niño. La mayoría de los niños tiene tolerancia a sesiones de 45 minutos o más. Claro que deberá considerarse a los niños que demuestren una amplitud más limitada de cooperación y es importante tomar en cuenta esto a la hora de planear su tratamiento.

Es importante establecer una confianza sobre la base de un refuerzo positivo así como reducir al mínimo la cantidad de visitas, limitar la frecuencia de la administración del anestésico planeando para ello el tratamiento por cuadrantes.

CAPITULO II

COMPORTAMIENTO DEL NIÑO

a) Factores que influyen sobre su conducta.

Durante el primer año de vida el niño es el centro de la atención. Este es el primer encuentro del niño con la vida. Durante esta etapa del desarrollo, se inicia el establecimiento de una conducta básica. Las experiencias del bebé son sustancialmente bucales y la experimentación se produce con todo cuanto sea introducido en la cavidad oral.

No puede esperarse una respuesta racional de un bebé que ha de verse en el consultorio dental, de hecho las reacciones variarán drásticamente. La cooperación de los padres es muy valiosa con niños de esta edad.

El niño de dos años se mueve de la etapa de total dependencia hacia el desarrollo de un grado de responsabilidad personal y control de sí. Se plantean muchas exigencias a este grupo etario, a las cuáles deben reaccionar. La educación de los esfínteres es un acontecimiento que contribuye a los sentimientos de logro y éxito. El niño por vez primera aprende a controlar como se siente y ya es capaz de intervenir sobre las actitudes adultas, sobre todo las de sus padres hacia él.

El niño es extremadamente posesivo, por lo que no es prudente quitarle sus posesiones durante el tratamiento en el consultorio. El vocabulario es muy variable y a menudo la expresión y la voz son más importantes que las palabras, por lo que se procurará mantener los comentarios breves y simples.

Para captar el significado de los objetos, el niño querrá tocarlos y ma

nipularlos, es bueno dejarlo tocar los instrumentos siempre y cuando esten bajo el control del dentista y no sea peligroso o dañino para el niño.

No es raro el llanto del niño durante la sesión y no debe obstaculizar el establecimiento de una relación positiva. El lapso de atención es limitado y por lo tanto el odontólogo debe realizar lo más eficazmente posible los procedimientos para evitar una reacción negativa.

Los colores brillantes atraeran la atención del niño, mientras que reaccionará regativamente a ruidos súbitos y olores desagradables.

Es muy importante el papel de padres a esta edad por lo que es aconsejable no separar al niño del padre durante el tratamiento.

Con el niño de tres años es más fácil la comunicación pues el niño es capaz de razonar en mayor grado, además de que es más amplio su vocabulario.

Existe un grado sorprendente de control de sí mismo ya que el niño es semiindependiente y recibe muy bien y con gran entusiasmo los elogios.

Se puede lograr más fácilmente la separación de los padres y el niño soportará períodos más largos de atención siempre y cuando este ocupado con algo de su interés.

Un abordaje positivo conducirá al éxito, pues es más frecuente el deseo de complacer y adaptarse.

La edad de los cuatro años es un tanto compleja pues el niño esta centrado en sí mismo y quiere hacer todo a su manera. El niño suele ser dramático, esto se debe a que ésta edad muestra los picos de temores del niño. Con frecuencia a los niños de esta edad se les llama "mal criados" y esto es porque aún los padres no se adaptan al cambio tan grande de el niño complaciente de los tres años al dogmático de los cuatro.

Hay capacidad para responder a las indicaciones verbales, pero se han de establecer límites inteligentes que requieren de firmeza para establecer los lineamientos apropiados.

Un manejo errado a esta edad puede tener repercusiones negativas a largo plazo en la actitud odontológica del paciente por lo que deberá manejar se con sumo cuidado.

A los cinco años, los temores empiezan a disminuir y el niño tiene la -

capacidad para evaluar la situación atemorizante.

En cuanto a pautas de conducta se refiere los niños de esta edad se adaptan bien pues comprenden la mayoría de las instrucciones y responden a los elogios.

Esta es una edad ideal para que el niño se eduque como paciente en el consultorio dental y tome interés por el tratamiento, pues suele ser complaciente y responde bien a los comentarios sobre su aspecto personal y existe un orgullo promisorio por sus logros y posesiones.

La edad de los seis años es crítica en la vida del niño, es cuando generalmente comienza la escuela, y como resultado es un apartamiento de la dependencia de la familia.

Es una época de considerable ansiedad, con frecuente temor al daño corporal y, en el pico de las tensiones, puede haber desahogos de violentas rabietas o golpes a los padres médicos y odontólogos. Los niños de esta edad pueden mostrarse muy ansiosos por llorar pero sin embargo suelen responder muy bien al enfoque de "digo, muestre y haga".

El niño de siete a doce años es considerado como dentro de un etapa intermedia. Están muy involucrados en su aprendizaje y en el desarrollo del mundo de la realidad mediante el juego.

Estos niños prefieren la compañía de otros niños de su edad y sexo, aunque existe la necesidad de identificación con otros adultos que no sean sus padres.

Se pueden plantear cuestiones de importancia considerable bastante casualmente y se hará todo lo posible en esta edad para disimular la inseguridad y la incertidumbre.

Un período de gran prueba para padres e hijos es la adolescencia. Período de revolución fisiológica y social, donde las personalidades varían ampliamente con ánimos diversos.

Existe una tremenda hipersensibilidad y hay una preocupación exagerada por ser aceptados.

Generalmente suelen estar hambrientos en respuesta a las exigencias de sus rápidos ritmos de crecimiento.

La adolescencia suele ser período de caries dental acelerada, pero como la atención odontológica puede ser una molestia para el adolescente,

el odontólogo y su personal pueden ser mirados con irritación. Es muy importante la tolerancia y la comprensión cuando se le instruya con respecto a técnicas y cuidados dentales en el hogar.

El niño que experimentó problemas durante los primeros años de su evolución puede mostrarlos a esta altura. Los adolescentes varían su comportamiento de una cita a otra debido a que cambian muy fácilmente de estado de ánimo, es difícil con ellos pero si se tratan adecuadamente puede lograrse un tratamiento dental exitoso.

b) Factores fuera del control del odontólogo.

1) Historia médica y odontológica pasada.

Las experiencias previas influyen considerablemente en las respuestas de conducta del niño. Cuando no ha habido experiencias previas muchas veces es más fácil generar pautas de conducta positivas en el consultorio - ya que así es posible desarrollar técnicas de tratamiento personalizadas - y lograr obtener respuestas positivas de parte del niño.

Cuando han existido experiencias previas de tratamiento muy largos o - que han sido negativas para el niño será un poco más difícil el tratamiento pues generalmente el niño presenta fobias a determinados procedimientos e instrumentos por lo que es necesario que supere las ansiedades y temores existentes.

Cuando se tratan niños con enfermedades crónicas no es raro observar - una incidencia mayor de caries, y una necesidad incrementada de restauraciones y no es raro que también encontremos índices altos de ansiedad. Todo esto a causa de que, por la enfermedad del niño los padres son más flexibles en cuanto a disciplina y el control de la dieta, además de que no es raro que los mismos padres utilicen como obsequio las golosinas para demostrar afecto en un intento por compensar la enfermedad.

Sin embargo también podemos encontrar pacientes cuyas experiencias previas médicas y odontológicas han sido positivas, por lo que demuestran niveles reducidos de ansiedad. En estos casos el odontólogo debe aumentar los niveles existentes de confianza y motivar al paciente a mejorar aún --

más las pautas de conducta.

2) Influencia de los padres.

La influencia de los padres sobre la visión del niño respecto de la odontología es un factor primordial, la inseguridad del niño relacionada con la unidad familiar influye sin duda en el tratamiento.

Si la influencia de los padres es positiva, el niño se sentirá con deseos de responder favorablemente al tratamiento. Si por el contrario la influencia ha sido negativa, alentará actitudes negativas hacia el tratamiento, y como no se ha inculcado orientación hacia el medio odontológico en el hogar, será mucho más difícil establecer pautas de conducta correctas en el consultorio. Además, si no está establecida la capacidad de confiar, el odontólogo deberá trabajar con ahínco para lograr ganarse la confianza del niño ya que esto es de suma importancia para lograr un tratamiento óptimo.

En resumen, la ansiedad, o desinterés mostrado ya sea por parte de los padres, por el odontólogo o por la odontología en conjunto serán captadas por el niño.

3) Relaciones con hermanos.

Cuando otros niños de la familia han sido tratados en un consultorio odontológico pueden influir positiva o negativamente en las pautas de conducta de sus hermanos o primos, esto dependerá de las experiencias favorables o desfavorables que hayan tenido en el tratamiento. Si han sido tratados de manera positiva, los otros niños esperarán su turno con ansia y sin temor, pero si las experiencias fueron desfavorables, sucederá todo lo contrario.

En ocasiones resulta beneficioso que los hermanos se observen entre sí durante las sesiones. Con esto se intenta reducir los niveles de ansiedad por la observación del estado de relajación del paciente. Aunque muchas veces la impresión primera suele diferir de la esperada y resultar -

contraproducente.

4) Influencia de los amigos.

Es muy similar a la influencia de los hermanos pero resulta ser mayor el potencial de aliento o de niveles incrementados de ansiedad. Por influencia de los amigos puede haber cambios drásticos en el comportamiento del niño de una sesión a otra. Si esto llega a suceder, no habría que sorprenderse mucho ya que ocurre con frecuencia, lo esencial será esforzarse por ganarse de nuevo la confianza del niño y lograr que coopere de nuevo en el tratamiento.

5) Influencias escolares.

Aunque es muy difícil evaluar a que grado influye la escuela sobre la conducta del niño, se tiene conocimiento de que la experiencia escolar puede tensionar a algunos niños. Es importante tomar en cuenta esto al evaluar las pautas de conducta y la capacidad de cooperación del niño. También debe tomarse en cuenta que los niños cambian significativamente de una etapa de la vida a la siguiente sin que en esto tenga nada que ver lo que pudo surgir en el consultorio odontológico.

6) Enfermedad.

Los pacientes perfectamente cooperadores pueden reaccionar contrariamente si están enfermos pues la capacidad de afrontar situaciones se disminuye considerablemente durante la enfermedad y los niños reaccionan de una manera muy extraña. Para evitar reacciones desfavorables es preciso cambiar la cita para cuando se sienta mejor.

c) Factores dentro del control del odontólogo.

Es muy importante la organización y cohesión de un consultorio odonto

lógico pues influirá muchísimo sobre el ánimo del niño y de los padres.

El odontólogo, el personal y la programación de sesiones influyen en el comportamiento del niño por lo que tanto el odontólogo como el personal deben crear una impresión positiva. La programación de sesiones debe ser adecuada para no incrementar los niveles de ansiedad.

El ambiente del consultorio, la ubicación y el diseño del equipo también influyen en la conducta por lo que se deben cuidar al máximo los detalles para ayudar a que el niño se identifique con el medio y lograr crear una atmósfera que reduzca los niveles de ansiedad.

Todo lo anterior está dentro del control de odontólogo por lo que está en sus manos producir efectos positivos y crear una situación que estimule al paciente para que su comportamiento y cooperación sean favorables al --- tratamiento odontológico.

d) Puntos clave de las pautas de conducta general en las diferentes edades

Si bien es cierto que hay muchos factores que intervienen para que la conducta del niño sea positiva o negativa con lo que respecta al éxito del tratamiento dental. Es necesario comprender y conocer las etapas del crecimiento general de los niños así como lo que les gusta y les disgusta a determinada edad para darse una idea de qué se puede esperar de él y como debe tratarse.

1) El niño de un año de edad está aprendiendo a caminar, se interesa por coger objetos que se encuentran a su alcance, a esta edad aumentan su capacidades motoras y tiende a funcionar bien en todas las áreas de conducta.

La comunicación con él es muy difícil si no es que imposible.

El niño de año y medio rara vez obedezca una orden verbal, "No" es su palabra favorita y puede entender más palabras que las que puede decir.

No le gusta esperar, por lo que las órdenes y técnicas deben ser lo más cortas posibles.

2) A los 2 años el niño tiene mayor estabilidad emocional, hay aumento del

desarrollo motor y del desarrollo de lenguaje.

Algunas veces le gusta complacer a otros. Es una edad más fácil respecto a todos los aspectos de comportamiento.

- 3) El niño de 2 años y medio quiere todo tal y como lo espera, es muy dominante y exigente. Tiende a expresar emociones violentas, además de que es rígido e inflexible.

Se deben evitar situaciones de las que el niño pueda adueñarse y tratar de comunicarse con el a través de los sentidos.

- 4) Al niño de tres años le gusta tanto dar como quitar. Empieza a comunicarse mejor y a razonar, le gusta ser elogiado y hacer amigos.

Ya es capaz de comprender órdenes verbales. Le gusta aprender nuevas palabras. (Estas pueden influir positivamente en su conducta).

Se debe alabar su conducta, así como dar órdenes verbales y procurar que la sesión sea breve.

- 5) El niño de tres años y medio sigue sensible a las alabanzas.

Presentará tics faciales y comportamiento que demuestran la no coordinación como por ejemplo: morderse las uñas, tropezarse, pestañeo o succión del dedo pulgar.

El niño de esta edad necesita mucha paciencia, comprensión y afecto.

- 6) El niño de cuatro años puede perder el control. Pelea, patea y rompe cosas.

Es capaz de usar insultos y escapar.

Es muy preguntón y si se interesa por las cosas, responde al llamarle por su nombre.

Se necesita imponerse en el trato al niño.

- 7) A los cuatro años y medio nivela su conducta. Quiere que se le muestren las cosas y le gusta preguntar sobre ellas. Le gustan los objetos tridimensionales.

Le gusta discutir pero se puede razonar con él.

El niño de esta edad requiere un trato firme pero se puede utilizar -- más los razonamientos.

- 8) A los cinco años el niño es estable y confiable. Le gusta estar cerca de su madre.

Es obediente y ya no es tan exigente. Le gusta ser elogiado.

Se recomienda ser firme en el trato y utilizar los elogios como refuerzo a una actitud positiva.

- 9) Los seis años son considerados como época de rabietas. El niño necesita mucho los elogios ya que tiende a ser cobarde y agresivo pues teme ser lastimado.

No se puede adaptar, los demás deben adaptarse. No acepta regaños ni castigos.

Estos niños necesitan mucho los elogios y necesitan explicaciones detalladas.

- 10) A los siete años el niño cree que no se le requiere y que todos son injustos.

El niño es caprichoso y exige mucho de sí mismo. Trata de cooperar y al igual que el niño de seis años necesita mucha comprensión.

- 11) Al niño de ocho años le gusta ser exagerado. Está resentido con la autoridad paterna.

A esta edad les gusta dar y recibir algo a cambio, así como preguntar y aprender.

Se sugiere mantener la firmeza en el trato y tomar más en cuenta su actitud intelectual.

- 12) El niño de nueve años es rebelde e independiente. Se interesa mucho por los amigos y se toma las cosas muy a pecho. Es tolerante.

Se debe permitir al niño ser responsable de su conducta.

- 13) El niño de diez años obedece más fácilmente y es más equilibrado. Es muy amistoso y sincero.

El odontólogo debe ser comprensivo y dejar que el niño se responsabilice de su conducta.

- 14) A los once años el niño se preocupa por ideales y moral. Cree en la justicia y le gusta cooperar.

Se interesa por su higiene personal.

Es importante hacer que el niño se sienta tratado justamente y debe motivarse a que se interese por el tratamiento lo más posible.

- 15) De los doce a los dieciocho años los sentimientos de amor y odio son expresados.

tremos. El adolescente busca su identidad y rechaza la autoridad. Quiere ser independiente y teme mucho a ser etiquetado de diferente -- forma a la que él desea. Es impredecible y le importa mucho su apariencia. Debe ser tratado como adulto y felicitarlo por su aspecto.

e) Sistemas de clasificación de la conducta de los niños.

El objetivo principal de un sistema de evaluación de la conducta es de desarrollar una técnica metódica para orientar la cooperación.

En la cantidad de sistemas que han sido desarrollados para la clasificación de conducta infantil, el de Frankl, Shiere y Fogels ha sido sumamente eficaz. Es conocido como Escala Calificada Conductual de Frankl, y divide la conducta observada en cuatro categorías que van de la definitivamente positiva a la definitivamente negativa. Este sistema de clasificación es funcional, cuantificable y de fiar.

Así pues, se categorizan las conductas de los niños en los siguientes grupos:

1. Cooperativos

- A. La mayoría de los niños vistos en consultorios odontológicos.
- B. Niños que fueron tratados mediante un correcto enfoque de la técnica - diga, muestre y haga.

11. Falta de capacidad de cooperación.

Incluye los niños muy pequeños con quienes no se puede establecer comunicación ni se puede esperar comprensión y aquellos con situaciones específicas debilitantes o disminuidoras.

111. Conducta potencialmente no cooperativa.

A. Conducta descontrolada.

- 1. Vista habitualmente en los niños pequeños de 3-6 años en ocasión de su primera visita odontológica.
- 2. Rabieta con revuelo de brazos y piernas
- 3. Sugerencia de ansiedad aguda o temor.

B. Conducta desafiante.

1. Más prevaeciente en niños de escuela pública.
2. Habitualmente reaccionan igual en el hogar.
3. Puede utilizar la resistencia pasiva; se ve más a menudo en los niños mayores que se acercan a la adolescencia.

C. Conducta tímida.

1. El niño puede esconderse detrás del padre, pero suele presentar poca resistencia a la separación.
2. Se atascan o vacilan al darles indicaciones.
3. A menudo reprimen las lágrimas.
4. Posible medio hogareño sobreprotector o escaso contacto con extraños.
5. Sumamente ansioso.
6. No siempre escucha las instrucciones.

D. Conducta cooperativa tensa.

1. Acepta el tratamiento como se le hace.
2. Su voz puede mostrar algún temblor al hablar.
3. Puede temblar su cuerpo.
4. Muy a menudo transpiran, en forma visible, las palmas de sus manos o la frente.
5. Controlan sus emociones.

E. Conducta llorosa.

1. Permiten que el odontólogo proceda, pero lloran todo el tiempo.
2. Se quejan todo el tiempo de dolor.
3. Frustrante para quienes deben tratarlos.
4. Constantemente emiten sonidos.

Este sistema es sumamente descriptivo y permite al odontólogo y a su personal clasificar las características específicas del paciente individual y entonces trazar una manera de superar las dificultades y crear li-
neamientos positivos para encaminarlos a un tratamiento exitoso.

f) Factores que influyen sobre el comportamiento de los padres.

1) Las respuestas de los padres son influenciadas por su estado de madurez. Un padre preocupado puede engendrar un niño inseguro con lo cual reduce la posibilidad de lograr la atención odontológica. Los padres que hayan creado un ambiente estable para su hijo se pueden mostrar receptivos al tratamiento de odontología.

Los padres que tienen hijos en etapas más avanzadas de la vida casi siempre caen dentro de tres categorías:

Los que sólo tiene un hijo y suelen ser muy consentidores y sobreprotectores. Por lo general esto influye negativamente sobre la conducta del niño pues suele ser muy dependiente y es difícil que enfrente situaciones nuevas o difíciles.

Los padres que tienen otros niños, mucha experiencia y gran adaptación: Ellos por lo regular están conscientes de lo que su hijo necesita y se interesan en seguir los pasos odontológicos correctos.

Los padres que tiene varios hijos y este es el último: En estos casos los padres tienen más experiencia y están dispuestos a aceptar lo que es mejor para su niño y quizá están en mejor situación para proveer más para el hijo pequeño que lo que les era posible antes con los otros hijos.

2) Salud.

La enfermedad de los padres influye en demasía ya que además de que es un factor que altera el seno familiar influye negativamente en cuanto a atención a las necesidades dentales del niño se refiere. El niño suele estar muy tenso y la enfermedad de alguno de los padres suele engendrar inseguridad en el niño.

Es muy difícil tratar de establecer programas bucales en el hogar si existen éste tipo de problemas.

3) Estabilidad emocional.

La inestabilidad emocional afecta las actitudes paternas y de los hijos y muchas veces los padres con estos problemas son incapaces de superar las tensiones cotidianas, tales padres no podrán comprender cuando se les explique sobre el tratamiento de sus hijos y hasta se mostrarán hostiles hacia el personal odontológico, por consiguiente el niño mostrará niveles altos de ansiedad por la influencia del comportamiento de sus padres.

En otras ocasiones sucede que los padres prefieren ignorar los problemas y les dá lo mismo todo. Tratar con éste tipo de padres no es fácil y se necesita mucha paciencia y tacto para manejar la situación.

4) Educación.

En ocasiones pensamos que mientras más educada sea una persona tendrá más conciencia odontológica y se preocupará más por su salud bucal pero muchas veces sucede lo contrario, las personas menos educadas serán más receptivas a los consejos e instrucciones del profesional que la más educada, pues esta, anteponiendo su orgullo a las instrucciones del odontólogo se resiste a cumplirlas. Por no admitir la falta de conciencia odontológica.

En los padres en los que se observe desconfianza para con el tratamiento de sus hijos, es necesario, antes de continuar con él, establecer una base para la confianza explicándole detalladamente todo lo que se refiere al tratamiento del niño.

5) Estado Civil.

El estado civil puede tener efectos de largo alcance. Los padres solteros, divorciados o viudos suelen tener mayores responsabilidades, más aún si trabajan ya que poco tiempo lo dedicarán a sus hijos y esto repercute en los hábitos alimenticios de los niños pues como no se supervisan las pautas alimenticias el niño tenderá a comer mayor cantidad de golosinas y alimentos chatarra.

Generalmente los hijos de tales padres suelen ser caprichosos e indisciplinados a causa del poco tiempo que pasan con los padres.

Es difícil programar las sesiones odontológicas en estos casos y en muchas ocasiones los padres cuando acuden al consultorio suelen estar distraídos por encontrarse sumamente cansados.

6) Factores culturales y étnicos.

Constituyen las consideraciones que más afectan a los padres. El lenguaje puede influir negativamente en el tratamiento por los problemas que pueden surgir con la comunicación. Además de que si el paciente no conoce las normas sociales se sentirá incomodo y esta situación puede crear alguna dificultad entre el odontólogo y los padres. Pues ambas partes desconocen lo que se acepta como atención odontológica en el medio cultural del otro.

Estos factores pueden crear un clima de desconfianza y a menudo contradicen las normas sociales aceptadas.

Es una situación difícil para el odontólogo ya que resulta imposible -- que él pueda familiarizarse con todas las diversas costumbres y culturas que existen.

7) Factores socioeconómicos.

Así como existen personas de grupos socioeconómicos elevados que llevan a sus hijos a que se les brinde atención odontológica. Existen personas en posición financiera menos estable que se preocupan por proporcionar a sus hijos de atención odontológica no bostante sacrificando otras cosas.

Por lo tanto el odontólogo deberá adaptar los programas de atención odontológica para permitir que los interesados participen en el tratamiento dental de sus hijos.

8) Historia médica y odontológica pasada.

La actitud de los padres suele variar de acuerdo a su historia médica y odontológica pasada pues un padre que fue tratado negativamente se sentirá muy incomodo en el consultorio y mostrará ansiedad y aprensión.

Existen otro tipo de padres a quienes tampoco les fue muy bien en sus experiencias odontológicas pasadas pero que por eso mismo no quieren que sus hijos experimenten las angustias que ellos vivieron y son más receptivos a las instrucciones del odontólogo y muestran mayor interés en el tratamiento de sus hijos.

También existen los que como sus experiencias dentales pasadas fueron positivas, no se preocupan mucho por que sus hijos tengan una buena salud bucal.

Un padre que tuvo experiencias dentales negativas necesita que el odontólogo le brinde confianza. A diferencia de el padre que tuvo experiencias dentales positivas pues éste, probablemente será más receptivo.

9) Influencia del odontólogo el personal y el medio.

Eficiencia, cortesía y amistosidad proporcionaran una base para la confianza de los padres y estos se mostrarán más receptivos a las normas establecidas de atención odontológica.

g) Extremos de comportamiento en los padres.

1) Protección excesiva.

La protección excesiva de los padres puede interferir en la conducta y en la educación del niño. Generalmente el niño sobreprotegido no es capaz de tomar decisiones por sí mismo y como recibe ayuda en todo lo que hace a veces tiende a ser poco inútil, es poco sociable ya que por miedo a que se haga daño los padres no lo dejan jugar libremente con otros niños.

Así tenemos que los padres muy dominantes harán que los niños sean sumisos y temerosos y en ocasiones muestran sentimientos de inferioridad.

Mientras que los padres muy complacientes harán de los niños personas muy egoístas, niños que tienen sentimientos de superioridad por tantos mimos y porque sus padres los llenan de lujos y atenciones. Son niños que se impacientan rápidamente y si no se les dá lo que piden se violentan y llegan hasta el berrinche por conseguir lo que desean.

En la sesión odontológica pueden malinterpretar cualquier intento que haga el odontólogo por disciplinar al niño, como agresividad.

2) Identidad.

Muchos padres quieren que sus hijos sean idénticos a ellos. Y si esto no sucede y el niño muestra interés por otras cosas que no son las que le gustaban al padre cuando era pequeño, se sentirá defraudado por no verse en su hijo y si el niño se da cuenta de ésto desarrollará sentimientos de culpabilidad y esto influirá para que el niño sea tímido e inseguro -- sin confianza en sí mismo. No es raro que el niño lllore con frecuencia y con mucha facilidad.

3) Rechazo.

Existe en varios grados. Desde una simple indiferencia del padre a causa de su trabajo, hasta el rechazo absoluto a causa de problemas emocionales. En éste caso el niño no sólo sufre de carencia de amor y afecto sino que llega a darse al caso de niños maltratados y golpeados que -- por ese trato se vuelven vengativos, desobediente y muy nerviosos.

Estos niños presentan altos niveles de ansiedad y son niños que muchas veces se convierten en delincuentes.

Generalmente estos niños rechazados son indisciplinados y tienden a portarse mal para llamar la atención.

4) Ansiedad Excesiva.

Se caracteriza por preocupación excesiva de los padres por el niño.

En ocasiones existe alguna experiencia trágica familiar como puede ser la pérdida de otro hijo como consecuencia de un accidente o enfermedad.

Los padres quedan muy afectados y tienden a sobreproteger al niño, no lo dejan en ningún momento sólo y lo llenan de afecto y mimos. Cuando se enferman se exageran sus cuidados y aunque sea algo insignificante se le obliga a permanecer en reposo absoluto.

Este niño será tímido, huraño, incapaz de tomar decisiones por sí mismo y se preocupará excesivamente por su salud.

5) Dominación.

Los padres quienes delegan demasiada responsabilidades a niños pequeños suelen no aceptar al niño tal como es y generalmente lo comparan con otros niños. Esto hace que el niño se vuelva inseguro y se vuelva sumiso, es un niño que tiene miedo a sus padres y a sus críticas.

Las actitudes que unos niños tienen hacia otros esta formadas principalmente por los padres.

Cuando la dominación de los padres es justa y esta encaminada adecuadamente influye positivamente en el niño pues éste será disciplinado y aceptará las experiencias extrañas con mayor interés y mejor ánimo.

CAPITULO III

CONSIDERACIONES SOBRE EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO

a) El miedo

El miedo representa para el dentista el principal problema de manejo, y es una de las razones por las que la gente descuida el tratamiento dental. Por esta razón es importante conocer la naturaleza y los diferentes tipos de miedo existentes.

El miedo es una de las primeras emociones que se experimenta. Un feto de tres meses es capaz de responder a estímulos eléctricos, mecánicos y térmicos de intensidad algógena mediante una brusca contracción, seguida de la paralización de sus movimientos durante un período de varios segundos o minutos. Esto resulta de una inhibición refleja, directamente provocada por la llegada a los centros nerviosos de la onda de excitación anormal puesta en marcha en el sitio de aplicación de los estímulos alterantes.

La reacción espasmódicoinhibitoria que se presenta en el feto se observa más claramente en el neonato. Esto se debe a que todo el aprendizaje experiencias de los animales superiores se basa en el establecimiento de una constante mudable serie de reflejos condicionales. Estos, derivados del primitivo y limitado equipo de reacciones congénitas que, --

desde el nacimiento, va ampliándose por la extensión del campo de estímulo que los motivan y van adquiriendo grados de intensidad y adecuaciones ante cada estímulo.

A medida que el individuo crece y aumenta su capacidad mental, toma conciencia de los estímulos que le producen miedo y es capaz de identificarlos. El hombre si no puede resolver el problema de otra manera trata de huir a estas experiencias aisladas. Y en caso de que huir le sea imposible, y el sea incapaz de enfrentar la situación, su miedo crecerá.

El miedo y la ira son respuestas primitivas que se desarrollan para proteger al individuo contra daños y destrucción propia. La estimulación emocional se descarga por medio del sistema nervioso autónomo a través del hipotálamo y necesita muy poca integración cortical.

En el hombre las descargas del hipotálamo pueden ser modificadas por interferencias corticales, de manera que con su corte altamente desarrollado, pueda hasta cierto grado controlar sus emociones, a través de racionalización y determinación. En niños pequeños muchas veces se produce un comportamiento difícil de controlar y es debido a que el niño se comporta de manera primitiva porque aún no está bien desarrollada su capacidad para racionalizar, por lo que trata de huir de la situación, cuando no lo logra aumenta su miedo y la comunicación con el odontólogo es casi nula.

Incluso con niños de mayor edad, el miedo puede ser tan profundo que impida razonar al niño. Generalmente, a medida que aumenta la edad mental del niño, las respuestas pueden cada ser cada vez más controladas.

El miedo ejerce su dominio sobre todo cuando existe en el ámbito psico-individual. Cualquier dato, imagen, idea o impresión vivencial puede convertirse directa o indirectamente en un estímulo servidor, su objeto o agente. No obstante hay algunos factores motivantes que por su carácter de máxima difusión en grandes círculos culturales y su persistencia a través de todas las épocas, es preciso considerar como fundamentales o principales estímulos fóbigenos, que merecen ser estudiados y analizados.

FORMAS Y GRADOS DE INVASION DEL MIEDO

Existen tres formas de presentación del miedo:

- 1).- Instintivos: (orgánicos, corporal y ascendente)
- 2).- Racional (condicionado, psíquico y descendente)
- 3).- Imaginativo (irracional, de presunción mágicointuitiva)

Miedo Instintivo

Corresponde a la forma primitiva de manifestarse la retracción o debilitación del metabolismo bajo la acción directa e inmediata de un influjo dañino.

Es un miedo "conservador" hasta cierto punto, pues el interrumpir --- o bloquear la conducción de impulsos localiza y enquista el efecto nocivo. Es un miedo sentido y sentido antes de pensado: el sujeto se da --- cuenta, a posteriori, de que se ha asustado, cuando llega a los centros corticales la onda de estimulación, que ya ha determinando ante diversos reflejos e inhibiciones en los niveles medulares y subcorticales.

Miedo Racional

A este miedo se le puede denominar "miedo profiláctico" y es áquel -- que se piensa cuando se habla de él sin calificación específica. Y su diferencia con el anterior es que se siente a posteriori, es decir, hay una reacción ante el daño. El miedo a-priori, es la reacción ante el peligro, o sea, ante la señal anticipadora del daño. Es pues, un miedo -- condicionado por la experiencia y va apegado a la razón, por lo que también se le denomina "miedo lógico".

También se le puede denominar como miedo previsor y generalmente lleva una huida previa. El miedo racional dispone de tiempo para asegurar la puesta en marcha de los dispositivos funcionales que eviten al sujeto la presentación del miedo instintivo. Lo primero en surgir de éste miedo es la "intelección miedosa", que desde las zonas de proyección de la corteza cerebral difunde e irradia a todo el organismo, en un curso retrogrado y descendente, hacia los niveles mesencefálicos protuberanciales y medulares.

Miedo Imaginativo

Esta es la variedad más torturante de las formas de actuación del miedo. También se le conoce con los calificativos de miedo absurdo o fobias. Su característica principal es que el objetivo que lo condiciona nunca ha sido la causa del miedo orgánico en el sujeto y solamente se encuentra ligado a un verdadero estímulo fóbico a través de una cadena de asociaciones, larga y distorsionada por eso, tal miedo resulta injustificado e incomprensible.

La imaginación

La función psíquica mediante la cual se asocian y combinan los datos e imágenes de la vida representativa, dando lugar a construcciones y -- procesos ideofectivos que son ajenos a la estimulación directa, denominándose imaginación.

Constituye un elemento importante para la conducta, ya que ésta a veces se ajusta más a sus efectos que a la realidad exterior, porque el sujeto queda prendido de su magia, vinculada a satisfacción de alguna necesidad vital primaria.

Fases progresivas del ciclo emocional del miedo.

Cualquiera que sea la forma que adopte, la presentación y la acción del miedo pueden alcanzar diversos grados de intensidad, a medida que el miedo invade el recinto anímico procede a determinar una disolución de funciones, atacando primeramente a las más recientemente establecidas en la línea evolutiva. De ésta suerte el sujeto que se haya sometido a sus efectos recorre rápidamente los estadios que señalaron su diferenciación humana. Hay una regresión hacia la nada prenatal, donde se pueden diferenciar seis principales niveles de intensidad fóbica, que se denomina con los calificativos de: prudencia - cautela - (desconfianza) alarma - angustia - (ansiosa) pánico - terror.

Teóricamente estos niveles están seriados de modo que el paso de uno a otro se hace siguiendo una misma línea evolutiva; en la práctica pueden hallarse simultáneamente, en un sujeto, síntomas pertenecientes a más de uno de ellos, entonces su perfil se modifica, pero siempre es posible analizar los motivos que explican su implicación. De un modo general, se dice que en las tres primeras facetas o niveles de invasión del miedo (prudencia - cautelo - alarma) la apraxia (conducta motriz individual) es aún satisfactoriamente controlada por la personalidad, mientras que en los tres últimos se acelera y precipita su total desorganización y abolición.

El Dolor

Uno de los miedos más genéricos en el ser humano es el temor al dolor.

El dolor es una impresión o vivencia desagradable, que puede variar en su intensidad, desde una simple molestia hasta una insostenible y en su forma desde una puntiforme e instantánea irritación, hasta un global y permanente desgarramiento de las entrañas. El dolor es el más efectivo estímulo fóbico, tanto para, los animales superiores como para el hombre. Ambos muestran en su conducta los efectos exultantes ligados a violencias y reacciones defensivo - ofensivas, y luego inhibitorios de todas las vivencias dolorosas.

La primera manifestación que sigue a la aplicación de un estímulo "alógeno", provocados del dolor en cualquier lugar del cuerpo humano es la contracción y retracción que se produce en el neonato al sustraerle la base de sustentación. Aún antes de que el sujeto sienta en forma de dolor la señal de alarma, que le advierte que la acción alterante y dañina del estímulo ya ha reaccionado ante éste, tratando de disminuir su superficie de contacto con él. Inmediatamente después se producirán los reflejos de huida, gracias al empleo predominante de los músculos extensores. Demostrando como los mismos reflejos que intervienen en la defensa contra el dolor, son los que sirven de defensa contra el miedo,

y son también, los mismos que inician las acciones ofensivas de la ira.

Sin duda, el miedo al dolor no deriva solamente del sufrimiento, sino también, de que imaginativamente anticipa las consecuencias dañinas. Si al ser humano se le asegurara que el dolor no tiene otro efecto más que el inmediato y sí, se le garantizara que no va a ultrapasar una determinada intensidad, es casi seguro que desaparecería en gran parte el temor hacia él.

Todos los objetos, estímulos o agentes temidos lo son mucho más por el daño que se supone pueden ocasionar que por el que realmente están haciendo, en un momento dado. Debido a que la reacción personal se orienta, un presente psíquico, que no el presente cronológico, o sea que no corresponde al instante mismo en que se vive.

b) El Llanto

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

En ocasiones se pueden usar otros medios para controlar el llanto y facilitar la relación con el paciente infantil. Usar la psicología más que forzar la cooperación del paciente para obtener resultados es más satisfactorio.

EL LLANTO COMO UNA MANIFESTACION DEL TRATAMIENTO DE LA PERSONALIDAD

El llanto como cualquier presentación de la conducta humana es un modo de expresión de la personalidad. Por ejemplo, cuando un niño está mal humorado, su llanto será malhumorado. Cuando un niño está sujetando a su mamá, se puede esperar, que al entrar al consultorio sólo se encuentre y lllore aterrado.

El llanto demostrará la personalidad, por ello la identificación de una clase de llanto es muy importante. Se han encontrado cuatro clases dentro del consultorio dental, siendo éstas: el llanto obstinado, el llanto temeroso, el llanto lastimoso y el llanto compensatorio.

LLanto Obstinado.

Caracterizado por su volubilidad. Entre más rápido el estado de ánimo es cambiado, más fuerte y agudo es el grito. Entre más agitado se vuelva el niño, más fuerte y alto será su llanto. Llanamente hablando este es un temperamento compuesto de patadas, mordidas etc. Frecuente-

mente no existen lágrimas.

El llanto obstinado está hecho para el niño obstinado, él puede desafiarse la disciplina impuesta por su padres y por otros. El grado de tenacidad a tratar puede ser proporcional al grado de éxito acumulado y obtenido por los padres. De todas formas aún el mejor comportamiento del niño con sus padres puede variar con un extraño y en sentido inverso, a algunos no los controlarán sus padres, pero sí otros.

LLanto Temeroso

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

El niño aterrado no está llorando para encontrar una salida.

El miedo se ha apoderado de él y de su razonamiento. Siempre existe el elemento aprensivo a lo desconocido, a lo no familiar. Aquí falta la confianza no la disciplina.

LLanto Lastimoso

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

Llanto Compensatorio

No es un llanto del todo, es un sonido del paciente que aminora al ruido de la pieza de mano. Generalmente no es fuerte, pero es consistente cuando siente contacto con la pieza de mano. Cuando el ruido de la pieza de mano para, el llanto cesa. No hay llanto ni sollozos, solamente constantes gemidos.

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

El llanto obstinado es uno de los más difíciles de tratar. El motivo de su obstinación es la ansiedad y ésta se va a presentar antes de cualquier visita con el dentista, pues resulta poco atractiva para el niño. De él no se podrá esperar una actitud adulta porque no es lo suficientemente maduro; su manifestación terca es su forma de defenderse. El siguiente paso es proveer al niño de información e indicarle que no hay nada de lo que se quiera defender. El manejo puede ser llevado acabo con mejores resultados sin la ayuda de los padres, pues frecuentemente estos permanecen inquietos.

El niño puede ser cargado para introducirlo al consultorio aunque en niños mayores nunca debe realizarse esto, pues lo puede tomar como humillación. Mientras se le habla calmadamente, el dentista puede llevarlo firme pero gentilmente de la mano, lo suficiente para que aunque éste sea introducido por la fuerza no se note. Una vez dentro, si el niño sigue llorando, el dentista lo sentará y le platicara con tono de autoridad, pero en forma comprensible, y si aún llora el dentista debe sujetar su mano sobre la boca del niño con el fin de que lo escuche mejor. La respiración del niño nunca deberá ser interrumpida. Mientras que el dentista continúa conversando le debe mirar directamente a los ojos y colocándole sus manitas en cada uno de los extremos del sillón dental. El niño comenzará a relajarse en ese momento. Hecho esto, el berrinche habrá pasado y su respeto y cooperación habrán sido ganados. La obstinación, como otra cualidad humana se presenta en varios grados.

Los niños que manifiestan un menor grado de terquedad, la firmeza de

be ser suficiente, así como es de importante en todos los grados de obstinación, pero debe ser empleada sin molestarnos por el grado de terquedad del niño. Con algunos niños el conversar no ayuda, entre más se intenta conversar, más se incrementa su furor. Cuando la firmeza y la razón fallan, la terquedad de shock o la sumisión psicológica deberán ser usadas.

LLanto temeroso

El miedo motiva el llanto, está basado más en la emoción que en la razón. Sus padres serán de gran ayuda ya que necesita de todo el apoyo que ellos le puedan brindar. La firmeza y la gentileza son más efectivos con los pacientes jóvenes. Si su atención puede ser distraída lo suficiente para cesar el llanto, la confianza y la explicación pueden obtener su cooperación. La fuerza es contradictoria todo el tiempo, solamente lo hará más difícil. Sólo si el dentista falla en obtener la confianza del niño y la cooperación por estos métodos deberá usar sedantes.

Cualquier tratamiento siempre deberá ser hecho con amabilidad y entendimiento. Este éxito en el tratamiento podrá suscitar repeticiones con esta clase de actitud en la visitas futuras.

CAPITULO IV

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

a) Preparación del niño a su primera visita al consultorio.

Quando los niños llegan al consultorio para su atención odontológica, generalmente esa nueva experiencia desencadena nerviosismo y temor. Esto se debe a que muchas veces acuden a consulta cuando su salud bucal es tá en muy mal estado e inclusive existe dolor.

El dentista debe tener paciencia y comprender la situación en la que se encuentra el paciente, debe tratar de detectar los factores que están causando angustia y tratar de eliminarlos lo más pronto posible.

El niño que por primera vez acude al dentista generalmente ha recibido información referente al dentista y al consultorio. La mayoría de -- las veces la información es vaga y no muy apegada a la realidad lo que -- ocasionará que el niño tenga miedo y aversión hacia el tratamiento. En -- este caso habrá que evitarse en todo lo posible el dolor, pues el niño -- que está predispuesto exagerará las molestias que son soportables para ju -- tificar su temor.

En contraste el niño que ha recibido información positiva con respecto al odontólogo y el tratamiento únicamente necesita que se siga ese -- programa de refuerzo con un enfoque humano y honesto.

Es importante que los padres inculquen a sus hijos el deseo de mantener una buena salud bucal, pues la actitud que toman los padres con respecto al dentista y a los procedimientos es la actitud que van a seguir -- sus hijos.

No es conveniente que un niño que esté pasando por una experiencia emo

cional sería como puede ser el nacimiento de algún hermanito o la muerte de alguien cercano a él acuda al consultorio, pues la visita al dentista solo añadirá más ansiedades y desconcierto.

Existen factores favorables y desfavorables que son determinantes en la actitud del niño ante el tratamiento.

Factores Favorables.

- 1) Medios educativos sobre la salud dental.
- 2) Experiencias agradables en el consultorio.
- 3) Influencias positivas de los padres y amigos.

Factores desfavorables.

- 1) Manifestaciones de abierto rechazo hacia la odontología.
- 2) Escuchar experiencias desagradables como experiencias de sus amigos o primos, artículos, programas de radio o televisión, dibujos etc. Todo esto negativamente empleado.
- 3) Experiencias personales desfavorables en el consultorio.

La educación de los niños acerca del tratamiento dental es de suma importancia y debe aplicarse de acuerdo a la edad del niño para que las enseñanzas puedan ser comprendidas.

Deben de enseñarse los siguientes conceptos.

- 1) La higiene de la boca es importante para la conservación de los dientes y de la salud en general.
- 2) Unos dientes sanos y bien cuidados forman parte de la belleza de la cara.
- 3) Es necesario visitar al dentista para que examine los dientes y los conserve sanos o los cure si se encuentran lesionados.

El niño debe observar por sí mismo, un consultorio dental, para moti--

var su curiosidad y que le resulte una visita agradable y atractiva, motivando así su interés en sus próximas citas.

Se recomienda que el primer contacto que el niño obtenga de su primera visita sea positiva, agradable e interesante para que en cada cita su comportamiento vaya mejorando.

En la primera visita deberán realizarse solo procedimientos menores e indoloros.

Se puede emplear la primera cita para obtener su historia clínica, para dar técnica de cepillado o se pueden tomar radiografías. Es una táctica pasar las operaciones más complicadas al último y empezar por lo más sencillo para dar confianza al niño, esto es posible solo cuando no sea necesario un tratamiento de urgencia.

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

Generalmente, se invita a los padres en la primera visita a que pasen a la sala de operaciones para que participen y comprendan el papel tan importante que tienen en la adquisición de hábitos de higiene de su hijo y de conocimientos de control dietético para prevenir enfermedades dentales. Después de este primer contacto se debe dejar a los padres exponer los motivos de la consulta y conviene escuchar por separado a cada uno de ellos, siempre y cuando esto no provoque reacciones de oposición o fricciones.

El odontólogo puede trabajar con la madre o el padre dentro de la sala de operaciones, o les puede pedir que se retiren y dejen al niño, como si lo dejaran con la niñera o con los abuelos, esto es como el dentista lo prefiera.

Debe de instruirse a los padres para que no utilicen la odontología como amenaza de castigo y sobre la importancia de actitudes moderadas por su parte para llegar a formar niños bien centrados.

El odontólogo debe estar advertido de la existencia de los mecanismos de proyección. Frente a las dificultades psicológicas de los pacientes, todo médico tiene tendencia a proyectarse con su personalidad y sus pro-

pios problemas de la infancia. Para evitar reacciones instintivas e inconscientes, el dentista debe olvidar su apego habitual al paciente, tratando de ser neutral frente al niño y a sus padres. Debe de permitirsele al niño expresarse libremente, ya sea por medio del lenguaje o por medio de dibujos.

Luego de cierto tiempo de adaptación, el niño va tomando confianza y se vuelve capaz de expresar sus dificultades delante de un adulto.

Estos contactos, no son en general suficientes para apreciar la personalidad del niño, se necesitan, la mayoría de las veces observaciones mucho más minuciosas y prolongadas.

b) Fuentes de Conducta no Cooperativas.

La falta de cooperación del niño en el consultorio dental se puede atribuir a factores como:

- 1) Conducta adquirida.
- 2) Empleo de la visita al dentista como castigo.
- 3) Ansiedad.
- 4) Conversaciones de experiencias odontológicas desagradables que el niño escuche.

Se ha demostrado que el medio ambiente en el cuál se desarrolla el niño tendrá repercusión sobre su comportamiento y como lo referimos anteriormente, la preocupación por problemas tales como la pobreza, trabajo insatisfactorio, infelicidad matrimonial, enfermedad, fatiga etc., son factores que afectan tanto a los padres que llenan a aotar la canacidad tanto del padre como de la madre que les impide dedicarse a sus hijos como ellos lo requieren.

Por lo contrario si el niño se desenvuelve en un ambiente cálido, se alimenta bien, tiene el cariño y protección de sus padres, será un niño centrado ya que todos estos factores contribuyen en la formación de su carácter y convivencia positiva con otras personas.

Es importante que los padres no mencionen sus experiencias odontológicas desagradables a sus hijos, al contrario pueden disminuir la ansiedad del niño si le explican de manera agradable, y sin darle mucha importancia, qué es la odontología y lo amable que va a ser el dentista con él. Para los padres que aún temen los servicios dentales, se les puede explicar que con anestesia moderna, el manejo del niño será más sencillo y él no sufrirá por lo que no hay necesidad de que el niño tema al tratamiento dental.

Nunca se debe de utilizar la odontología como un castigo, pues inmediatamente el niño lo asociará con algo malo y que le hará daño.

c) Manejo de la Conducta

Dentro de los factores que pueden llegar a modificar la conducta, se recomienda el empleo de reforzadores que pueden llegar a aumentar en un momento dado, la influencia de la conducta deseada. Estos se clasifican en diferentes clases:

Positivos.- Dentro de este grupo se encuentran acciones como las caricias, palabras de elogio y sobre todo prestarle atención al niño y mostrarle interés por lo que hace.

Reforzadores simbólicos.- Se encuentran representados por objetos materiales.

En procesos de aprendizaje el castigo es ocasionalmente necesario y podría ser una causa que disminuirá o eliminará su conducta original.

La recompensa es algo básico en el tratamiento dental. Existen muchos tipos de recompensas para los pacientes que se portan bien. Una de las recompensas que más busca el niño es la aprobación del dentista. Por lo tanto cuando el dentista elogia al niño por una buena conducta esto influye para que éste se porte bien y esto impondrá una meta a su comportamiento futuro.

El reforzamiento inmediato identifica la conducta deseada. Debido a la complejidad de la misma y al nivel de capacidad del niño. No es real el esperar un comportamiento satisfactorio inmediato.

Rosenberg afirma que un reforzador no es necesariamente un premio, -- así como un castigo no es necesariamente doloroso.

Esto es realmente cierto si nos ponemos a pensar que tanto las críticas como el regaño si los empleamos como reforzadores influyen considerablemente en el comportamiento del niño.

Ahora que si se va a utilizar un reforzador simbólico como recompensa se recomienda que se dé al final de la visita al dentista.

d) Persuasión

Uno de los aspectos básicos de la terapéutica es la importancia de la actitud y de los modelos del dentista.

Se pueden evitar o disminuir los temores del niño si el dentista demuestra una actitud amigable y cálida.

La persuasión, es un procedimiento que es de mucha utilidad en el manejo de el niño, ya que nos ayuda a lograr un mutuo entendimiento entre dentista y paciente sobre lo que se esta hablando.

Para lograr la comunicación verbal el dentista se puede valer de preguntas con respecto a su persona, a lo que le agrada hacer y a su medio ambiente. El establecer una comunicación es uno de los principales objetivos que el dentista debe perseguir.

La comunicación no solo significa conversación sino efectuar acciones como acariciar su cabeza, la mejilla etc., que pueden conducir al niño a dar su aprobación y aceptación.

Para lograr establecer una buena comunicación con el niño debemos tomar en cuenta lo siguiente:

- 1) Ignorar las demostraciones iniciales de no cooperación.
- 2) Empezar el tratamiento con técnicas simples que puedan realizarse aún con la conducta demostrada.
- 3) Evitar factores que susciten temor.
- 4) Seguir la fórmula de conducta diga, muestre y haga.
- 5) Usar un vocabulario que el niño entienda.

Tanto la actitud, como los sentimientos son importantes para llegar a establecer la comunicación. El dentista debe de aceptar al niño no solo cuando demuestra un buen comportamiento sino también cuando es rebelde y agresivo. Un niño con esta actitud deberá ser un reto para el odontólogo quien dedicando su tiempo y su habilidad logrará conquistar la confianza del niño y logrará hacer de el un buen paciente.

e) Uso de palabras que inspiran miedo.

El dentista deberá evitar utilizar palabras que inspiran miedo al niño. Pues muchas veces no es el procedimiento lo que le causa temor sino el significado atemorizante de alguna palabra. Algunos niños sentirán mucho miedo al oír algunos términos dentales que se usan normalmente, y sin embargo no sufrirán la misma reacción si llamamos de otra manera a ese instrumento o procedimiento. Los siguientes son algunos de los términos que podemos utilizar en la comunicación con los niños pequeños.

TERMINOS DENTALES

Explorador
Pasta profiláctica
Rayos X
Material de impresión
Banda matriz
Turbina de alta velocidad
Anestesia
Coronas
Dique de hule
Modelos de diagnóstico

TERMINOS SUSTITUTIVOS

Contador de dientes
Pasta de dientes
Cámara fotográfica
Pastilina
Anillo para el diente
Silbato
Jugo para adormecer el diente
Sombreros para el diente
Paraguas
Esculturas del diente

Así como estos términos sustitutivos podemos inventar muchos más solo usando la imaginación.

f) Técnica de Addelson

Diga, muestre y haga.

Esta técnica consiste en decir al niño lo que se le va a hacer en un lenguaje que el entienda, se deberá explicar cómo y porqué se van a emplear los instrumentos y aparatos. Se le darán a entender los procedimientos que se realizarán y como se llevarán a cabo. Se puede dejar que el niño toque los instrumentos siempre y cuando no pueda hacerse daño y-

siempre bajo la vigilancia del odontólogo, esto, con el fin de que el niño tenga confianza y podamos obtener mayor cooperación de su parte.

Se debe evitar cualquier tipo de comentarios que pudieran ser malinterpretados o que alarmen al paciente provocando desconfianza.

Una vez que se realizó lo anterior, se procede a hacer la técnica, es decir, se realiza el tratamiento, tal como se le ha explicado al niño. Esto debe hacerse de preferencia sin ninguna interrupción. Muchos niños al sentir temor inventan excusas como la de tener que ir al baño para sa farse o retardar el momento en que se empezará el tratamiento, por eso es recomendable pedirle a los padres que antes de entrar a la sala de operaciones lleven al niño al baño; si el niño insiste en ir al baño cuando ya se está llevando a cabo el tratamiento; se le dirá que irá al terminar lo que se le está haciendo. Generalmente ya no lo pide después de haber terminado.

Es importante evitar ruidos innecesarios y gestos que puedan preocupar al niño y que hagan que se pierda la simpatía lograda entre el dentista y el niño.

La administración del anestésico juega un papel muy importante en la práctica odontológica por lo que el dentista deberá cuestionar al niño para saber si ha tenido una experiencia previa, posteriormente deberá darle una explicación del empleo de la anestesia y de lo que va a sentir, nunca deberá mentírsele acerca de la molestia o dolor.

Se recomienda darle un espejo al niño cuando ya se ha aplicado la anestesia para que el observe que solo es la sensación de inflamación pero que su cara y su boca no han cambiado.

Es importante el uso de anestésico tópico en el lugar donde se va a anestesiarse pues es un medio paliativo contra la angustia y el dolor.

Es necesario evitar que el niño vea la jeringa, pues si no es así el niño experimentará temor en exceso y será muy difícil controlar la situación.

Cuando se lleve a cabo la punción, la asistente debe sostener al niño ligeramente para evitar los movimientos bruscos y facilitar la técnica al dentista.

El dentista debe actuar siempre con mucha seguridad y evitar tratar - de sobornar al niño pues con esto solo logrará que el niño siga portándo se mal y el dentista no podrá manejar la situación. Un niño perceptivo al darse cuenta de esto se aprovechará inmediatamente de la mala situación del odontólogo.

Se debe saber distinguir la diferencia entre recompensa y soborno recompensar es reconocer que hubo un buen comportamiento después de que se terminó la operación, sin que se la haya prometido antes. Los sobornos no funcionan en la odontopediatría.

Finn estima que el método de Addels on es muy eficiente ya que no produce traumas psicológicos y el niño a medida que pasa el tiempo esperará ir al dentista con alegría.

g) Técnica de Levitas

Técnica de Mano sobre Boca y Nariz

Esta técnica consiste en colocar la mano sobre la boca del niño cubriendo también la nariz. Se deberá indicar al niño que esto no es un castigo, sino un medio para que él oiga lo que el dentista va a decirle y que con sus gritos no es posible, después se le hablará al oído con voz normal y se le explicará que se quitará la mano cuando el deje de llorar y gritar. Nunca debe intentarse bloquear la respiración del paciente ni gritarle, se le debe de hablar con voz suave.

Cuando el niño deje de llorar se debe retirar la mano y debe de conversar con él sobre otras cosas que no tengan nada que ver con la odontología. Esta técnica generalmente surge efecto y los niños se dan cuenta de lo que se hizo fué por su bien.

Si una vez llevado a cabo esto, el niño sigue gritando, se repetirá la acción las veces necesarias.

Esta técnica es una de las que ha causado mucha polémica ya que muchos autores consideran que puede llegar a ocasionar traumas psicológicos teniendo como resultado temores nocturnos y resentimientos hacia el dentista. Otros autores opinan que es un medida extrema y que debe emplearse como último recurso.

Sin embargo algunos otros autores como Wilson admiten que es justificable el empleo de esta técnica en tipos de conducta no deseados como son la histeria, el berrinche y el desfilio.

Esta técnica nunca deberá emplearse en niños con retraso mental o muy pequeños.

Levitas ha sugerido que esta técnica antes de llevarla a cabo debe ser discutida con los padres y una vez con su consentimiento llevarla a cabo si es necesario.

Debe quedar claro que antes de utilizar esta técnica deben anotarse todos los medios para lograr la comunicación con el niño.

h) Técnica de Modelaje

Esta técnica tiene como finalidad lograr que el paciente disminuya su temor, que adquiera una nueva conducta y obtener la atención del paciente.

Esta técnica consiste en que el niño deberá de observar el comportamiento del modelo durante el tratamiento dental, puede ser que el niño observe a otro niño cuando a este último se le este realizando el tratamiento. Si se lleva a cabo la técnica de esta manera, deberá elegirse muy bien el modelo y se evitará elegir al niño poco cooperativo. Se deberán elegir de preferencia niños de la misma edad y mismo sexo.

La técnica también puede realizarse con un modelo filmado, es decir, se hace que el paciente observe una película en donde aparece un niño bien portado cuando se le esta realizando procedimientos dentales. La técnica de esta manera suele ser eficaz ya que no existieran circunstancias que puedan modificar la actitud del modelo puesto que esta filmado, evitando también que el modelo se sienta incomodo con la presencia del observador.

Addelson llevó a la práctica un estudio en el cuál se demostró que gracias al film se puede lograr cambios en el comportamiento del paciente que teme a los dentistas.

Esta técnica es muy eficaz y logra que el niño aprenda patrones de conducta, pues el niño tratará de imitar al modelo, estimulando así su capacidad de cooperación.

El odontólogo será el indicado para saber que niños requieren de esta técnica y como se llevará a cabo.

1) Desensibilización.

Esta técnica es 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 hacia el tratamiento dental, que como consecuencia tratarán por todos los medios de eludir, no prestando una cooperación adecuada y provocando una situación que influirá sobre la salud tanto física como psicológica.

La metodología es la que se basa esta técnica proviene en parte de estudios realizados por Jones en los que se motiva una respuesta en presencia de estímulos que provoquen miedo, en adición a un procedimiento de imitación social o modelaje.

Walpe opina que la desensibilización es efectiva porque el paciente es enseñado a sustituir una apropiada respuesta emocional (relajación) por una respuesta emocional impropia (ansiedad, fobia, temor exagerado).

El uso de esta técnica a dado muy buen resultado para la desensibilización de niños que ya han tenido experiencias tanto médicas como dentales que han sido traumantes y que muchas veces hacen que el niño tema a cualquier persona de bata blanca pues la asocian a la idea o sugerencia de dolor y esto hace que sean hipersensibles.

j) Control de Voz.

El dentista debe modular y adaptar su tono de voz al expresarse para poder comunicarse adecuadamente con el niño.

El tono de voz que el dentista emplee para comunicarse con su paciente es de suma importancia pues cuando quiera ordenar al niño hacer algo deberá utilizar un tono fuerte y firme para que el mensaje resulte eficaz.

k) Manejo de Conductas Específicas

Conducta descontrolada.

Los niños que presentan estas características pueden ser muy difíciles de tratar pues cuando son mal manejados pueden llegar a sentirse tan mal que será muy difícil manejarlos en las sesiones siguientes.

Estos pacientes son cooperativos y soportan su ansiedad lo mejor que pueden.

El dentista debe estar constantemente alerta y demostrar una preocupación constante por la comodidad y la reacción del paciente ya que los signos manifiestos de aprehensión como transpirar, retorcerse las manos y cogerse del sillón pueden ser indicio de incomodidad puede contribuir negativamente y aumentar los niveles de ansiedad.

En resumen, el odontólogo debe luchar por establecer en las etapas iniciales del tratamiento una buena comunicación para lograr infundir confianza al niño y evitar niveles de aprehensión que el niño no pueda controlar.

Conducta tímida.

Estos niños suelen reaccionar de mejor manera cuando son tratados por mujeres, por lo que es conveniente que inicialmente sean tratados por una Doctora o la asistente y una vez que el niño ha entrado en confianza y se ha establecido la comunicación, el odontólogo puede participar en el tratamiento.

Estos niños deben ser tratados con delicadeza cariñosa y cálidamente. Debe tenerse mucho tacto al abordarlos y se deben delinear claramente las bases para la sesión.

Conducta llorosa.

Este tipo de conducta puede llegar a ser muy frustrante para los miembros del equipo odontológico y elevar los niveles de ansiedad de todos ellos. Requiere gran disciplina para manejar la situación y el niño debe ser observado continuamente para establecer si hay una causa justificable para sus gemidos y lloriqueos.

Conducta cooperativa.

Cuando se trata con niños de este tipo que tienen un comportamiento apropiado, es deber del dentista reforzar esa conducta utilizando los -- principios esenciales de la psicología.

1) Uso de Aditamentos para el Control del Cuerpo, Cabeza y Cavidad Oral.

El control de la conducta por medio de elementos coercitivos se usa -- sólo después de haber agotado todos los demás medios. No se debe de emplear nunca como castigo sino como medio de protección. Es importante -- al usar estos aditamentos mantener una buena comunicación con el niño y -- tomar en cuenta la edad de este.

Uso del Pedi Wrap (Clark Associates, Mass.)

El Pedi Wrap es una sábana de punto de Nylón reforzado con cierres de Velcro. Se encuentran de tres tamaños: pequeño, mediano y grande.

Esta sábana se adapta al sillón. Se coloca al niño sobre él y el -- odontólogo asegura los brazos a uno y otro lado y también los cierres de -- Velcro sobre el pecho.

El tercer cierre debe también asegurarse para impedir el movimiento -- excesivo de la mano.

Las dos cintas de encima del hombro se deben quitar pues no se usan -- en procedimientos dentales.

Manta de sujeción (Olympic Medical Corp., Seattle, Wash.)

La manta es fácil de cerrar y ajustar, Útiliza al igual que el Pedi -- Wrap, el sistema Velcro de cierre por presión.

Esta manta asegura al niño sobre una base rígida con tres pares de -- cinta de lona. Se Útiliza de la siguiente manera:

Se coloca al niño sobre la manta y se sierran los broches y el cinturón a manera de que el niño quede envuelto en la sábana y muy bien sujeto.

Sábana y cinta para las piernas.

Una sábana doblada en las esquinas formando un triángulo facilita un método efectivo para dominar los movimientos indeseables de los brazos.

Se coloca el vértice del triángulo debajo de los brazos cruzados del paciente y se ata fuertemente alrededor de ellos. Se dobla entonces la base del triángulo sobre los brazos y a través de los hombros sin impedir la respiración. Las puntas restantes de la sábana se atan entonces detrás del sillón dental. Para controlar el resto del cuerpo, se aseguran las piernas por encima de las rodillas con una cinta de sujeción u otra sábana doblada a lo largo. Esto impedirá que el niño mueva las piernas. Las cintas de vinilo y cierres de Velcro pueden ser sustituidas por tiras de algodón de 50,8 mm de ancho si es que no se consigue el Velcro.

Red.

Consiste en una base rígida con una especie de red que se abotona del lado.

Se coloca sobre el sillón dental con la red abierta. Se prosigue a colocar al niño sobre la base y se pasa la red por encima de su cuerpo y se abotona en la parte lateral de la base. El niño queda muy seguro ya que se impide el movimiento de todo el cuerpo.

Estos métodos de control corporal representan solo algunos de los muchos que existen para dominar los movimientos indeseables de los niños durante el tratamiento dental.

Control de la Cabeza

Debe de tenerse muy en cuenta la inmovilización de la cabeza pues una vez que se ha inmovilizado el resto del cuerpo, el niño intentará mover la cabeza. Los movimientos inesperados durante las técnicas restauradoras o durante la administración de la anestesia pueden lesionar al paciente.

El dentista debe mantener firmemente la cabeza del niño entre su pecho y su brazo dejando libertad en su mano para manejar el espejo y retraer la mejilla.

Si esto le es imposible, debe pedirle a su asistente que se coloque detrás del sillón y sostenga la cabeza del niño con una mano a cada lado.

Control de la Cavidad Oral

Si es necesario se pueden utilizar abre bocas para mantener la boca del paciente abierta durante el tratamiento. El abridor de boca debe ser cómodo y no interferir en los procedimientos que han de llevarse a cabo.

El objetivo de este abridor de boca es proteger tanto al dentista como al niño.

Al primero lo protegerá de ser mordido involuntariamente por el niño pues por aprensión llega a darse el caso que el niño cierre la boca y lesione al odontólogo y al niño lo protegerá para que no cierre y lleve a lesionarse con la pieza de mano o algún otro instrumento.

Debe de demostrarse al niño su funcionamiento y el porqué se le va a poner, antes de usarse. El abridor de boca se debe colocar en la parte posterior para evitar que se lesionen los dientes anteriores. Existe dos tipos:

Bloque de mordida intraoral. (Mc Kesson)

Es una cuña semidura que se inserta entre las superficies oclusales del lado de la boca donde no se efectúa el tratamiento. Existen 3 tamaños:

chico, mediano y grande. Se utiliza con muy buenos resultados en el niño normal cuando se efectúan técnicas que durarán mucho tiempo.

Cuando se utiliza en un niño impedido debe adaptársele un hilo de seda para evitar que el niño se lo pueda tragar y poderlo retirar rápidamente en caso necesario.

Abridor Extraoral Molt.

Este abridor tiene acción de tijera. Es de metal cubierto con un tubo de goma, es muy útil ya que además de abrir la boca del paciente ayuda a controlar los movimientos de lateralidad de la cabeza.

Debe colocarse del lado contrario a donde se anestesió. Este abridor no interfiere para la administración de la anestesia ni para la colocación del dique de hule.

Este abridor también puede encontrarse en tres tamaños, mediano, chico y grande. Es recomendable utilizar el grande pues sus descansos oclusales son más anchos y ajustables y se puede utilizar en niños pequeños en la posición parcialmente cerrada. El mango de tijera extraoral facilita la manera de dominar al mismo tiempo los movimientos laterales de la cabeza y mantener la boca del paciente abierta.

Este abridor de boca es caro pero muy eficiente y versátil.

m) Premedicación

El uso de medicación que aliente una conducta más positiva ha de ser considerado sólo un recurso auxiliar. Los principios básicos de la comu
nicación deben quedar establecidos inicialmente o se puede fracasar.

La premedicación no asegura que el odontólogo pueda alcanzar sus obje
tivos pero facilitará el llegar a ellos.

Es importante la selección del caso y que el odontólogo tenga amplios conocimientos de farmacología pues lamentablemente se sabe de muchos casos en los que la premedicación ha causado morbilidad y mortalidad por no ser administrada adecuadamente, ya que se emplearon dosis medicamento
sas calculadas simplemente a partir de dosis adultas suministradas comu
mente.

Si se trata de establecer una buena comunicación que permita que el niño
este relajado y coopere no será necesario premedicarlo.

n) Papel de la Anestesia General.

Desde el punto de vista del manejo de la conducta se debe reservar la anestesia general para los niños que entran en la categoría de "falta de capacidad de cooperar". Es raro que se requiera para otros niños que no sean los faltos de capacidad de cooperación o los minusválidos o muy pequeños.

Las bases racionales residen en realizar todo el tratamiento odontoló
gico en una sesión y así aliviar al niño de la urgencia dental. Es impe
rativo colocar a todos los niños dentro de un plan detenido de preven---
ción para eliminar la posibilidad de tener que repetir el procedimiento.

CAPITULO V

LA PERSONALIDAD Y EL DESARROLLO SOCIAL

Por personalidad los psicólogos contemporáneos generalmente entienden aquellos modelos relativamente constantes de percibir, pensar, sentir y comportarse que dan a cada persona su propia identidad. La personalidad es un concepto abstracto que incluye pensamientos, motivos, emociones, intereses, actitudes, habilidades y otros fenómenos similares.

Cada niño manifiesta una personalidad única, es decir, una perdurable organización o pauta de características o maneras de pensar, sentir y relacionarse con los demás y adaptarse al ambiente; pauta o estructura que se manifiesta en toda una variedad de situaciones y ambientes.

La adquisición y modificación de las personalidades y conductas sociales de los niños están reguladas por muchos factores, entre los que figuran el temperamento, los valores de la clase social y del grupo étnico al que pertenecen, las recompensas y castigos en el hogar, las interacciones con sus coetáneos y el contacto con otras conductas y normas a través de los medios de comunicación de masas.

Al nacer, los niños poseen una gama enormemente amplia de extensibilidad de conducta. Teóricamente, al menos, pueden volverse agresivos o poco obtentosos, egoístas o generosos, independientes o dependientes, religiosos o ateos, honestos o desonestos. Sin embargo por lo común, los niños adoptan únicamente aquellas características de la personalidad y aquellas respuestas que su grupo social, religioso y étnico considera adecuadas.

En gran medida, la cultura en la que crece el niño prescribe tanto los métodos como los contenidos de la socialización; la forma como se le entrenará así como las características de personalidad, los motivos, las actitudes y los valores que adquiera. Sin embargo, hay algunos aspectos universales de la socialización. Cada cultura tiene que establecer reglas de vida colectiva y proporcionar satisfacción a las necesidades básicas de sus miembros. En todas las culturas, es preciso alimentar, proteger y atender a las necesidades de dependencia de los niños. En todas las culturas, los impulsos agresivos, sexuales y de dependencia tienen que modificarse en algún grado para que la cultura pueda sobrevivir. Las culturas difieren ampliamente entre sí y cada una de ellas cuenta con su propia técnica de crianza de los niños.

Muchas personas e instituciones hacen aportaciones considerables a la socialización de los niños, pero los padres y hermanos son los agentes principales y de mayor influencia, especialmente durante los primeros años. Característicamente son los que mayor contacto establecen con el niño durante este período e interactúan con él intensa y frecuentemente, con lo que regulan y modifican de manera constante la conducta del niño.

Es importante hacer hincapié en que la familia no es el único agente de la socialización. Otros agentes, entre los que cabe mencionar a los amigos, los maestros, los vecinos y los clérigos además de los sistemas de comunicación dan forma también a la conducta del niño y moldean las características de su personalidad.

a) Tipos de Personalidad

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

La personalidad es la caracterización o el patrón de la conducta que es influido tanto genética como ambientalmente capaz de influir en las posibilidades de éxito o de fracaso de un individuo.

Sin necesidad de ser psicólogo o psiquiatra, el dentista puede clasificar a su paciente o identificar algunas características de su comportamiento. Para esto es indispensable que el dentista no se limite únicamente a la cavidad bucal y a los dientes, debe observar al paciente en su totalidad, examinando sus acciones, comportamiento, lo que dice y como lo dice, su forma de vestir, su aspecto personal etc. Todo esto con la finalidad de poder conocerlo ampliamente y poder comprender su conducta y tener un antecedente de cuáles serán sus reacciones ante el tratamiento y cuál es la mejor forma de encaminarlo para llevar a cabo un tratamiento exitoso.

A continuación se describe algunos tipos básicos de la personalidad.

Personalidad Bucal

El individuo con este tipo de personalidad confiere un valor emocional exagerado a la boca y a sus funciones. Para él siguen siendo una fuente importante de placer y el medio para aliviar su estado de tensión. Para este tipo de personalidad las funciones de comer, masticar y morder serán el objeto de grandes preocupaciones. Generalmente son personas obesas, impacientes que toleran mal cualquier frustración y cambian de humor fácilmente y pueden caer fácilmente en estado de depresión.

El paciente está inclinado a experimentar tensiones bucales exageradas que lo llevarán a presentar quejas injustificadas o exigir cuidadosos o tratamientos que no son necesarios.

Personalidad Compulsiva.

Este tipo de personalidad muestra características dominantes de perfeccionismo y rigidez.

El individuo clasificado en este grupo es formal, puntual, detallista y muy meticuloso. Esto hace que el individuo sea recio e inflexible.

Las repetidas exigencias de estos pacientes en el tratamiento dental llegan a desconcertar al odontólogo pues aunque se esfuerce por hacer un excelente trabajo el paciente seguirá descontento. Si el dentista no reconoce con que tipo, de personalidad esta tratando su trabajo será interminable.

Personalidad Histérica

El paciente con este tipo de personalidad generalmente es inestable, inclinado al histrionismo y a dramatizar todas las situaciones, es sugestionable y posee mucha imaginación.

Son también características la fobia y angustia a cualquier situación. Si el paciente es mujer tendrá una marcada preocupación por la apariencia y será muy vanidosa.

Los pacientes con personalidad histérica pueden ser hipnotizados con facilidad. Generalmente cuando se saben tratar responden positivamente al tratamiento dental.

Personalidad Paranoide Esquizoide.

Las principales características de este tipo de personalidad son: Comportamiento receloso, desconfiado y frío. Es muy difícil ganarse la confianza de estos pacientes o establecer relaciones amistosas con ellos ya que son frecuentes las manifestaciones de ira sin causa, crítica y reprobación.

b) Teorías Psicoanalíticas del Desarrollo de la Personalidad

Teoría psicoanalítica de Sigmund Freud.

Freud se enfoca hacia los aspectos inconscientes de la personalidad. Según él la personalidad consta de tres componentes principales: id, ego y superego. Estas componentes compiten entre sí por la energía disponible. El id se encuentra en el núcleo primitivo de la personalidad y --- constituye el dominio de los impulsos, Freud llamaba al id "un caos, una caldera hirviente de excitación". No tiene ninguna organización lógica, de manera que en él pueden existir impulsos contradictorios. Los impulsos y las experiencias repimidas (las que han sido expulsadas del consciente) pueden permanecer inalteradas indefinidamente en el id porque en él no existe el sentido del tiempo. Tampoco tiene valores morales; esta dominado más bien por el principio del placer, es decir, exige constantemente la satisfacción inmediata de los impulsos y no puede tolerar que se acumule la energía. Para reducir la tensión el id suele valerse del pensamiento de procesos primarios, forma de imagen de un objeto deseado que previamente proporcionó satisfacción al impulso. Freud consideraba que pensar en procesos primarios era una forma infaltil de actividad mental. Cuando se recurre a este pensamiento, el id no puede distinguir en tre imaginación y mundo exterior.

El ego emerge en los niños en desarrollo, según Freud, para encargarse de sus transacciones diarias con el entorno al ir los niños que la -- realidad es algo distinto de sus propias necesidades y deseos. El ego -- era parte del id, el cuál se modificó por su cercanía al mundo externo.

Una de las principales tareas del ego es la de localizar los objetos verdaderos que pueden satisfacer las necesidades del id; así pues, el -- ego tiene que hacer frente a las exigencias del id, y tramitar las transacciones entre los dos.

A diferencia del id el ego es controlado, lógico y realista. El ego -- pospone la gratificación de los deseos del id hasta que se presenta la -- situación apropiada o hasta que se encuentre el objeto apropiado. Se va le del pensamiento de procesos secundarios, que aplica estrategias realis

tas para satisfacer los impulsos del id.

Sonar despierto es un ejemplo de pensamiento de procesos secundarios que demuestra lo vinculado que esta el ego con la realidad.

Según Freud, el superego se forma del ego al identificarse los niños con los padres y asimilar sus restricciones, valores y costumbres. El superego es esencialmente la conciencia. Aunque en otro tiempo fue parte del ego, ahora actúa totalmente aparte. Lucha por la perfección y es el fundamento del idealismo, del sacrificio de sí mismo y del heroísmo. Este componente de la personalidad premia al ego por su buena conducta y crea sentimientos de culpa para castigar al ego cuando sus acciones o pensamientos contradicen los principios morales. Al igual que el id, el superego presiona al ego para que persiga metas morales y no simplemente metas realistas y para que obligue al id a inhibir los impulsos animales. Freud estaba convencido de que todo el id, y partes del ego y superego eran inconscientes.

Mientras más intensos sean los conflictos, más energía psíquica se requiere para poder resolverlos y cuando esto sucede queda menos energía psíquica para las funciones mentales más elevadas, por ejemplo para el pensamiento racional y la creatividad.

Como el ego reconoce el peligro que existe de expresar impulsos primitivos, experimenta ansiedad cuando lo presiona el id. Para reducir esta ansiedad, el ego puede sacar los impulsos de la conciencia, reorientarlos o expresarlos directamente.

Al enfrentar al id, al superego y a la realidad, el ego desarrolla mecanismos de defensa, modalidades de conducta que alivian la tensión.

Freud estaba convencido de que las primeras experiencias moldean la personalidad al pasar los niños por etapas psicosexuales. Este término se utiliza porque la energía sexual o libido se concentra en diferentes regiones del cuerpo al progresar el desarrollo psicológico.

Freud propuso cuatro etapas psico-sexuales:

Etapa Oral

Durante el primer año de vida según Freud, los bebés obtienen placer principalmente de la boca: comiendo, succionando, mordiendo etc.

Cuando más difícil resulte para el niño abandonar el pecho o el biberón con sus placeres correlativos, mayor será la cantidad de libido que se fije en esta etapa. Si se deja aquí una porción sustancial de libido, estos bebés al ser adultos manifestarán características orales, como son: dependencia, pasividad y voracidad. Tendrán hábitos como mascar chicle, haber demasiado y fumar.

Etapa Oral

Durante el segundo año de vida según Freud, el niño obtiene placer de la región anal, inicialmente al expeler las heces, más adelante al retenerlas. Esta tendencia al placer entra en conflicto con las restricciones que impone la sociedad, pues al niño se le exigirá que controle sus impulsos naturales.

Algunos niños intentan contratacar defecando a tiempos inoportunos o reteniendo deliberadamente sus heces y preocupando a sus padres por su irregularidad.

Si el entrenamiento para el control de esfínteres es muy riguroso o demasiado indulgentes, parte del libido se quedará en esta etapa y al llegar a edad adulta estos sujetos se valdrán de artimañas para resolver sus frustraciones.

Etapa Fálica

Freud pensaba que entre el tercer y quinto año de vida el niño se da cuenta de que los genitales producen placer.

Según Freud, el niño en esta etapa ama excesivamente al progenitor del sexo opuesto y siente intensa rivalidad por el progenitor del mismo sexo. En el caso de la mujer, este conflicto se llama Complejo de Electra y en el varón Complejo de Edipo.

En el caso del varón, éste ama a la madre porque satisface todas sus

necesidades, pero el niño siente rivalidad hacia su padre y por el temor a ser castrado, el niño reprime el amor por su madre y se identifica con su padre (lucha por hacerse como él). Esta identificación tiene consecuencias a largo plazo, según Freud, permite al muchacho adoptar características masculinas de personalidad y superego del padre.

Al igual que el hijo, la hija ama profundamente a la madre, pues satisface sus necesidades. Pero durante esta etapa la niña descubre que en lugar de pene posee una cavidad y para alcanzar control sobre el órgano no que tanto estima, la niña transfiere temporalmente su amor a su padre. Freud no explica el porque la hija debería reprimir después el amor hacia su padre y porque se identificaría de nuevo con la madre, para adoptar la conducta femenina y el superego de la madre.

Freud opinaba que la ausencia del pene hace que las mujeres crezcan con características de personalidad inferiores y desarrollen sentimientos de envidia.

Etapa de Latencia

Aproximadamente a los cinco años, según Freud la personalidad ya está formada en sus mayores rasgos. Durante los siguientes siete años las necesidades sexuales se adormecen y es por eso que el llamó a esta etapa de latencia.

Etapa Genital

Al iniciarse la pubertad, según Freud, los intereses sexuales vuelven a despertar y la persona se orienta hacia los demás en la actividad cotidiana propia de su cultura.

Ahora los seres humanos se ven en la necesidad de buscar relaciones sexuales que lo satisfagan.

Si la energía disminuye debido a una gratificación excesiva o a la frustración en las etapas inferiores de desarrollo, los adolescentes no podrán hacer frente a esto.

c.) Teorías Neofreudianas

Muchos teóricos de la personalidad se han basado en experiencias terapéuticas con sus pacientes para corregir y aumentar o completar las ideas psicoanalíticas.

Carl Jung

A Jung le molestaba la idea de que el libido fuera totalmente de carácter sexual y el hincapié que se hacía en la niñez temprana. Él decía que los seres humanos heredan un inconsciente colectivo, el cual contiene recuerdos de los antepasados, sus relaciones y experiencias. Estos recuerdos, producen imágenes como la del viejo sabio o la madre tierra que aparecen en los sueños, ilusiones y fantasías.

Jung decía que la persona nace también con un inconsciente personal, en el cual se encuentran los recuerdos individuales reprimidos.

Alfred Adler

Adler decía que Freud había exagerado la importancia de la sexualidad. Él insistió en la importancia de las influencias culturales y aceptaba que la personalidad es innatamente social. Adler además señaló que los sentimientos de inferioridad son indispensables para la motivación humana y que estos sentimientos de inferioridad se incrementan en proporción con la magnitud de los fracasos que se sufren en la lucha por alcanzar las metas.

Karen Horney

Horney destacó la importancia del contexto social para el desarrollo. Consideraba que las ideas clásicas de Freud eran demasiado rígidas; también descartó la teoría de los impulsos de Freud. Horney estaba convencida de que las diversas experiencias de los niños daban por resultado conflictos y modelos de personalidad.

Esta psicoanalista alemana destacó también los efectos perturbadores de los sentimientos de aislamiento e impotencia que se desarrollan durante las primeras interacciones entre los padres y el niño.

Herry Stack Sullivan

Este psiquiatra estadounidense pensaba que tanto las conductas aceptables como las desviadas estaban determinadas por las interacciones -- con los padres durante el proceso de socialización en la niñez. Sullivan hizo hincapié en el desarrollo del concepto del propio yo, que puede presentarse en dos formas; el yo bueno y el yo malo.

Además de lo antes citado, Sullivan propuso la hipótesis de que las personas seguían por dos clases de necesidades; las que tienen por objeto la propia seguridad y las biológicas.

Erik Erickson

Erickson amplió las teorías Freudianas sobre el desarrollo, y propuso la teoría de que la personalidad se forma al ir avanzando el ser humano a través de diversas etapas psico-sociales durante toda la vida.

En cada etapa el sujeto afronta conflictos y los resuelve. Según Erickson, cada dilema tiene una solución positiva y una negativa, además de que los conflictos ya están presentes en el momento de nacer y se van presentando en diferentes etapas de la vida.

La solución positiva a los conflictos produce salud mental y la negativa conduce a la inadaptación.

La buena salud mental no se adquiere para siempre, las experiencias siguientes pueden modificarla.

Erickson ha destacado por sus estudios y teoría del desarrollo en la que expresa que el niño durante el primer año de vida afrontan un período en el cual existe un conflicto entre confianza y desconfianza, en el que la relación con la madre es de gran importancia pues si esta lo -- cuida y se preocupa por él, el niño desarrollará sentimientos de con---

fianza y se sentirá seguro. Pero si sucede lo contrario y la madre no satisface las necesidades de su bebé éste crecerá con temores y desconfianza.

Durante el segundo año de vida, el niño afronta un segundo conflicto que es el de autonomía contra vergüenza y duda.

A los niños les gusta correr, brincar y jugar; si los niños son alienados y apoyados por su padres para desarrollar sus aptitudes, los niños desarrollaran control a sus impulsos, en tornos y sobre sí mismos; en cambio si los padres los desalientan o les exigen muchas cosas y muy pronto, no permitirán que los niños desarrollen convenientemente sus aptitudes y los niños experimentarán vergüenza y duda.

Los niños entre tres y cinco años de edad se enorgullecen de poder enfrentar problemas y conquistar el ambiente. Durante este tiempo tienen que afrontar el tercer conflicto: iniciativa contra culpa. Si los padres tratan de comprenderlo y procuran responder a sus preguntas para despejar sus dudas, el niño aprenderá a ser dinámico y buscar lo que desea y a reforzar su iniciativa. Pero si los padres se impacientan y reparten castigos indebidamente al niño por faltas y tonterías y no responden adecuadamente a las preguntas del niño, éste se sentirá inseguro y culpable y sentirá rechazo al actuar.

Por su parte el niño entre seis y once años entra en un mundo nuevo: La escuela, con sus metas, triunfos y fracasos. Es en esta etapa cuando se enfrenta al cuarto reto: laboriosidad contra inferioridad. Cuando los niños se sienten menos capaces que sus compañeros en lo que respecta a logros y habilidades, contraen un sentido de inferioridad. Por lo contrario, si tiene éxito y sobresale desarrollará un sentido de competencia y laboriosidad.

Durante la adolescencia, el joven tiene que integrar diversas imágenes de sí mismo, para formar con ellas una sola y escoger una carrera y un estilo de vida. Si el joven ha pasado y enfrentado los conflictos anteriores con éxito, tendrá mayores posibilidades de lograr más fácilmente su identidad.

Más tarde en los primeros años de edad adulta surge otro conflicto: -

Intimidad contra aislamiento.

El ideal de la intimidad es el desarrollo de una relación sexual con la persona amada del sexo opuesto. Las personas que no tienen sentido de identidad personal tienen muchas dificultades para establecer relaciones íntimas.

En la mitad de la edad adulta los conflictos continúan ahora ser generatividad contra autoabsorción. El término de generatividad según -- Erickson significa compromiso con el futuro y con las nuevas generaciones. Por el contrario la autoabsorción es egoísta y lleva al estancamiento.

Al llegar la vida a su fin, el sujeto tiene que escoger entre integridad contra desesperación. Cuando las personas miran hacia atrás y están satisfechas con lo que han vivido logran la integridad. Las personas que encuentran poco sentido a su vida y no están contentas con lo que han vivido serán víctimas de desesperación.

d) Teorías Fenomenológicas de la Personalidad

Los promotores de la teoría fenomenológica concentran toda su especuación en comprender las diferentes facetas del uno mismo y las perspectivas que cada uno tiene de la vida.

Los fenomenólogos a menudo se apoyan en observaciones clínicas e informes.

Teoría del yo de Carl Rogers

Según Rogers, los niños observan su propio funcionamiento de la misma manera como observan la conducta de los demás. En sus primeros años los niños se dan cuenta de todo lo que les rodea y empiezan a asignarse a sí mismos rasgos específicos. Estos evolucionan al relacionarse los niños con otras personas. Rogers cree que los seres humanos luchan por mantener concordancia entre sus experiencias y la imagen que tienen del uno mismo.

Rogers además concibe la niñez como período crucial para el desarrollo de la personalidad y se fija mucho en las primeras relaciones sociales. Todo ser humano necesita de cariño, comprensión y aceptación. Por lo que los niños según Rogers harán hasta lo imposible por ser halagados por su padres no importa que tengan que distorsionar o negar sus propias percepciones y pensamientos con tal de recibir aprobación de parte de sus padres. A la larga esto causará problemas. El ser humano es impulsado fundamentalmente por el motivo de la plena actualización de sus potenciales. Para desarrollar el propio potencial necesita conocerse a sí mismo y tener un estilo de vida satisfactoria. Las personas que niegan o mienten aspectos de sí mismas tienen una imagen incompleta de su propio yo, y no pueden actualizar su propio potencial porque no lo comprenden y porque evitan parte de sus experiencias.

En cambio los que se ha adaptado bien e incluyen sus experiencias -- tienen conceptos realistas del uno mismo.

Rogers reconoce que la herencia y el ambiente limitan la personalidad cree que es de suma importancia los límites que cada quién se impone y que poco a poco se pueden hacer más grandes. Cree además que para contribuir al crecimiento de las personas, los demás deben aceptarlos en to dos los aspectos.

Rogers y sus colaboradores intentan esclarecer las condiciones que fa ciliten el desenvolvimiento de la personalidad.

El problema básico de todas las perturbaciones es el individuo incongruente que es contradictorio y falto de armonía. Rogers busca que con-

la terapia se reduzca la incongruencia.

e) Teorías Disposicionales de la Personalidad

Estas teorías pretenden describir y clasificar a las personas según sus rasgos o tipos, cada característica es relativamente permanente durante toda la vida y en todas las circunstancias.

Teoría de los rasgos de Raymond Cattell

Raymond Cattell está convencido de que una teoría de la personalidad debe permitir a los psicólogos predecir lo que una persona determinada hará en una situación determinada. Según Cattell, los métodos matemáticos algún día convertirán el estudio de la persona en una ciencia exacta. Además de identificar algunas de las piedras angulares de la personalidad Cattell y sus colaboradores redactaron muchos cuestionarios autoinformativos para caracterizar la personalidad de individuos y de grupos.

Los resultados de las pruebas de personalidad no solo permiten a los psicólogos describir a un miembro típico de un grupo determinado; los datos les permiten también explicar y predecir su conducta. Cuando Cattell sometió a prueba matrimonios felices y matrimonios desavenidos, se encontró con que las parejas de personalidad similar tenían una relación más estable que las de diferente personalidad. Esta información colocó a Cattell en la posibilidad de predecir con precisión que individuos comprometidos formarían con el tiempo vínculos felices y cuales no. De igual forma el grupo Cattell ha explorado los elementos que determinan el éxito académico, alcoholismo, tolerancia de lentes de contacto y otros muchos. Para predecir como responderá un individuo en su contexto concreto, él recurre a lo que llama ecuación de especificación que permite por ejemplo, en una oficina de empleos contraponer la personalidad de un individuo con los requisitos del empleo.

Teoría de los Biotipos de Willian Sheldon

Sheldon sostenía que las personas con determinado biotipo tienden a desarrollar determinado tipo de personalidad. Según él, los seres humanos están genéticamente dotados de características físicas que determinan las actividades en las que seguramente sobresaldrán y encontrarán agradables.

Sheldon y sus compañeros descubrieron que podían clasificar los cuerpos masculinos por el grado en que poseyeran tres componentes físicos:

Endomorffa.- Visceras digestivas suaves redondas, sobredesarrolladas

Mesomorffa.- Músculos duros, rectangulares fuertes, atléticos, y muy desarrollados.

Ectomorffa.- Alto, delgado, frágil, cerebro grande, sistema nervioso -- sensible.

Después de inventar esto, como la mayoría de los cuerpos son una combinación de estas características, los investigadores formaron procedimientos para cada componente. El grupo sheldon identificó tres tipos correlativos de personalidad:

Viscerotonfa.- Amante de la comodidad, sociable, glotón temperamento estable.

Somatotonfa.- Dogmático, agresivo, activo, directo, valiente, dominante.

Cerebrotonfa.- Inhibido, reservado, temeroso, recatado.

Solo correlaciones moderadas entre estructura corporal y personalidad se encuentran cuando se recurren al análisis de los cuerpos y conducta de los sujetos.

f) Teorías Conductistas de la Personalidad

Al igual que los teóricos de los rasgos corporales los conductistas comparten su preferencia por el uso de métodos científicos rigurosos. Se avocan a acciones observables, reacciones fisiológicas y a otros fenómenos que se puedan valorar objetivamente.

Al pretender explicar la conducta, los conductistas apelan a los principios del aprendizaje y a las condiciones ambientales.

Conductismo Radical de B. F. Skinner

Skinner esta vinculado con una concepción de la personalidad conocida con el nombre de "Conductismo radical".

Personalidad, en opinión de Skinner, es esencialmente una ficción. Las personas ven lo que ven las demás y deducen características latentes como motivos, rasgos, y aptitudes que existen primariamente en la mente de los espectadores. Las disposiciones Internas son explicaciones inadecuadas de la conducta.

Skinner cree que la conducta se puede explicar por las fuerzas genéticas y ambientales.

Hace hincapié en la experiencia, especialmente en los principios simples de condicionamiento, como reforzamiento, extinción, contracondicionamiento y discriminación. Según él la conducta del individuo está controlada por muchas circunstancias especialmente independientes; como consecuencia, las personas no pueden esperar constancia conductual, de una situación a otra.

Enfoque Cognoscitivo del Aprendizaje Social de Walter Mischel

Mischel cree que la conducta con mucha frecuencia es especificada por una situación particular, concibe a los seres humanos como entidades completas, organizadas en forma única, activas, que solucionan constantemente sus problemas y que son capaces de beneficiarse por la experiencia y las facultades cognoscitivas.

En opinión de Mischel, para predecir la conducta, se necesita un conocimiento profundo de:

1) Las circunstancias ambientales, 2) Persona en cuestión incluyendo sus facultades actitudes y estrategias de autoregulación; y 3) Impacto fenomenológico de la situación incluyendo interpretaciones, expectativas, planes, defectos y valores de individuo.

Recogiendo esta información los psicólogos acumularán con el tiempo una multitud de conocimientos que les permite la conducta en situaciones particulares.

Mischel considera que una teoría de personalidad debe enriquecerse ampliamente aprovechando toda la investigación psicológica.

CONCLUSION

A pesar de la existencia de medicamentos para aumentar la cooperación del niño, sin duda lo que determina la adaptación y aceptación por parte de éste al tratamiento es el desempeño adecuado del Odontólogo. Y esto solo se logra poniendo en práctica la Psicología y todos sus conocimientos profesionales. Solo así el Odontólogo podrá tratar adecuadamente a cada niño tomando en cuenta los diferentes patrones de conducta que son característicos en cada edad y todo lo que puede influir en el desarrollo de la personalidad.

Así el Odontólogo logrará disminuir la ansiedad y el temor que representa para el niño un tratamiento dental

BIBLIOGRAFIA

A. Fox Lawrence
ODONTOLOGIA PEDIATRICA
Ed. Internacional
Mex. 1974.

Borland R. Loren
PSICOLOGIA EN ODONTOLOGIA
Ed. Mundi.
Buenos Aires 1970.

Braham L. Raymond, Moms. E. Merle
ODONTOLOGIA PEDIATRICA
Ed. Panamericana 1a. Edición
Buenos Aires 1987.

Braver John. Charles.
ODONTOLOGIA PARA NIÑOS
Ed. Mundi
Buenos Aires 1960.

Cinotti R. William
PSICOLOGIA APLICADA EN ODONTOLOGIA
Ed. Mundi
Buenos Aires 1970.

Clauss G. Hibsich H.
PSICOLOGIA DEL NIÑO ESCOLAR
Ed. Grijalbo.
Mex. 1966

Davidof L. Linda
INTRODUCCION A LA PSICOLOGIA
Ed. Mc. Gramm Hill 2a. Edición
Mex. 1985.

Finn B. Sidney
ODONTOLOGIA PEDIATRICA
Ed. Interamericana 4a. Edición
Mex. 1976.

Gesell Arnold, L. Ilq. Frances
INFANT. AND CHILD IN THE CULTURE
OF TODAY
Ed. Harper and Brothers 18a. Edición
New York 1943

Hogeboom F. E.
ODONTOLOGIA INFANTIL E HIGIENE
ODONTOLOGICA
Ed. UTEHA 2a. Edición
Mex. 1958.

Kanner Leo
CHILD PSYCHIATRY
Ed. Charles Thomas 3a. Edición
Springfield Illinois 1957.

Law. B. David
ATLAS DE ODONTOPEDIATRIA
Ed. Mundi
Buenos Aires 1972

Mac. Donald E. Ralph, Avery R. Davidj
DENTISTRY FOR THE CHILD AN ADOLESCENT.
Ed. Cv. Mosby Company, 3a. Edición
Saint Louis 1978

Meneses Morales Ernesto
PSICOLOGIA GENERAL
Ed. Porrúa 8a. Edición
Mex. 1982.

Mussen Henry Paul, Conger Janeway John,
Kagan Jerome
DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO
Ed. Trillas 2a. Edición
Mex. 1984.

Papalia E. Diane, Oldswendkos Sally
DESARROLLO HUMANO
Ed. Mc. Graw Hill 2a. Edición
Mex. 1985.

Ripa W. Louis
MANEJO DE LA CONDUCTA ODONTOLÓGICA
DEL NIÑO
Ed. Mundi
Buenos Aires 1984

Ruch C. Floyd, Zimbardo G. Philip.
PSICOLOGÍA Y VIDA
Ed. Trillas 2a. Edición
Mex. 1978.

Snawder D. Kenneth
MANUEL DE ODONTOPEDIATRÍA CLÍNICA
Ed. Labor S.A. 2a. Edición
España 1984.