

UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

"FACTORES PSICOLOGICOS QUE AFECTAN
DURANTE LA CITA DENTAL DEL MENOR"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

GABRIELA BARRANCO GONZALEZ



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	PÁG.
INTRODUCCION	
I El ambiente de los niños	1
II Personal de apoyo	9
III Importancia de la primera cita dental	16
IV Equipo, instrumental y material dental utilizado	49
V El horario de la cita y su duración	58
VI Desarrollo del menor	73
VII Personalidad y conducta	95
VIII Abuso infantil y drogadicción	145
IX Influencia familiar	154
X Experiencias negativas que repercuten en el comportamiento del menor	189
XI Refuerzos psicológicos y modificación de la conducta en el menor	197
CONCLUSIONES	229
BIBLIOGRAFIA	234

INTRODUCCION

Si tuviéramos que elegir una definición simple de la psicología, emplearíamos la utilizada más comúnmente por los psicólogos, que la describen como la ciencia de la conducta.

En este estudio del niño y del mundo que lo circunda, nos interesará particularmente la aplicación de los principios psicológicos a los problemas cotidianos y la creación de una adaptación más satisfactoria del niño en su vínculo con el tratamiento odontológico. También nos ocuparemos de cómo esos principios psicológicos aplicados pueden adquirir una significación especial para el odontólogo y sus problemas vitales.

Por lo anterior, diremos que en términos generales, la psicología procura comprender los motivos, aptitudes, procesos mentales y acciones de las personas, en este caso, los niños.

En lo que atañe al odontólogo, la psicología puede ayudarlo a:

- a) Comprender su propia conducta y motivaciones más a fondo, así como a comprender mejor a sus pacientes y capacitarse para tratarlos con mayor eficiencia.
- b) Integrar su tratamiento odontológico con los de otras materias biológicas y médicas.

- c) Conocer la forma como las personas aprenden con mayor eficiencia, lo cual nos ayudará a adiestrar a los pacientes para una buena higiene dental.
- d) Manejar con mayor eficiencia los problemas odontológicos que pudieran tener un origen psicológico o psicosomático.
- e) Prestar servicios más eficientes y significativos a sus pacientes por medio de la psicología de la persuasión.
- f) Reconocer las anomalías de la conducta para evitar fracasos en el tratamiento odontológico.

Es importante que pensemos que centrar la atención solamente en el problema dentario es inadecuado. Porque además de la información que el niño tiene de lo que pasa en su diente (aspecto físico), también piensa en el odontólogo y sus procedimientos (aspecto mental) y, lo que es muy importante, siente agobio lo que le sucede o le puede suceder (aspecto emocional).

Lo fundamental para nosotros es cómo solucionar la mayor o menor ansiedad que el niño trae al consultorio, ya que entre las causas que generan ese universal miedo al dentista, podríamos mencionar: el miedo al dolor, a lo desconocido, las malas experiencias odontológicas y médicas previas, los comentarios negativos en el ambiente familiar o escolar, el haber presenciado una visita odontológica no muy tranquila, las amenazas, la influencia de la televisión, las historietas, etc., presentando al odontólogo como personaje grotescamente siniestro, además el -

ambiente del consultorio y la personalidad del profesional. -
 Todas estas causas suelen ser conscientes, se recuerdan, se -
 pueden comentar y, por lo tanto, no resulta demasiado difícil
 al odontólogo realmente interesado en el niño, tratar de resolver
 el problema.

La primera tarea del odontopediatra, y tal vez la más im-
 portante, consiste en la preparación psicológica del niño en to-
 do lo referente a su boca y al odontólogo. El niño debe adqui-
 rir una "conciencia dental" y aprender a superar sus miedos. -
 Si consigue captar en forma progresiva el sentido y la importan-
 cia de la prevención, se transformará en un paciente ideal que
 recurre con regularidad al odontólogo y le ahorra a éste el in-
 necesario trabajo de la reparación.

Es ahí que el odontólogo deba poseer, necesariamente, algu-
 nos conocimientos sobre psicología infantil, para poder aplicar
 los conocimientos específicos de su profesión. Además, es muy
 importante que posea una inclinación natural hacia los niños, -
 que sepa crear un vínculo amistoso con ellos y debe saber que -
 el niño percibe instintivamente toda muestra de inseguridad.

Por lo tanto, trataremos de mostrar que la actitud correc-
 ta del odontólogo resulta del conocimiento suficiente sobre el
 desarrollo intelectual y psicológico del niño.

CAPITULO I

EL AMBIENTE DE LOS NIÑOS

Hay factores que contribuyen al éxito del ejercicio profesional, como la impresión que el paciente tiene del odontólogo antes de verlo, ésta comienza al aproximarse al consultorio, al llegar al barrio en que ejerce, al ver el edificio, al entrar, al esperar. La actitud del paciente ante estas señales preliminares o marcas exteriores del odontólogo es provisional, pero muy real. Cuando el paciente entra en el consultorio mismo, esas primeras impresiones pueden ser confirmadas o rechazadas. Desde un punto de vista ideal, esa serie de impresiones debería de ser consecuente y uniforme. Es probable que casi todos supongan que el odontólogo que hace un esfuerzo por arreglar y decorar el consultorio adecuadamente, con seguridad se habrá tomado los mismos cuidados por aumentar sus conocimientos y habilidad como odontólogo.

La apariencia general del consultorio y la personalidad del equipo auxiliar deberán adaptarse a las necesidades del paciente pediátrico, así como de tener una atmósfera amistosa y familiar, lo más parecida posible al ambiente natural del niño, lo cual ayuda a establecer el contacto inicial.

Sala de espera

El propósito de la sala de espera es que los pacientes se

tán cómodas. Psicológicamente, debe dar al paciente la impresión de seguridad y hospitalidad. Debe alentar la relajación, porque ésta será beneficiosa para el paciente y el odontólogo. Es preferible que sea amplia, ya que una sala de espera con la gente amontonada tiende a crear tensiones y ansiedades en los pacientes.

Si se va a dedicar enteramente a los niños, el consultorio completo, desde la sala de recepción hasta las salas de tratamiento pueden tener un tema definido. Decoraciones y accesorios que describen situaciones, como el circo, el oeste, el espacio, etc., dan un toque cálido y de fantasía al consultorio y tienden a disminuir el miedo. Se puede contar con mesitas y sillitas especiales que permitirán al niño, si lo desea, dibujar o leer con comodidad.

Una pecera es un detalle que sirve de punto de interés. Los pacientes de todas las edades se sienten invariablemente fascinados por los peces de suaves movimientos, las burbujas del oxigenador que ascienden lentamente, y el suave ondular de la vegetación.

Algo importante es que varias veces al día deberá la asistente verificar el aspecto de la sala de espera: ésta deberá ser ventilada y desodorizada periódicamente, se vaciarán los ceniceros, devolverán las revistas y demás objetos a su lugar con el objeto de que los pacientes siempre encuentren orden y limpieza.

Color

El consultorio debe estar pintado o empapelado con colores claros, preferentemente colores pastel; los tonos pastel de los colores sólidos conducen a la relajación, estado placentero y reflejo de la luz que aumenta la eficiencia. Evite el blanco directo, que sólo despierta la sensación aséptica que descomoda al entrar, pues se crea una atmósfera de clínica. Asimismo, evite los colores oscuros que reducen la buena visión y dan sensación de confinamiento.

También es muy recomendable que sobre un fondo claro se coloquen o se pinten motivos de colores sólidos brillantes, como: cortales, figuras, los marcos de puertas y cuadros, etc., ya que este tipo de colores establecen para el niño una sensación agradable de pertenencia y un resalte de alegría. El demás mobiliario, como: sillones, mesas, etc., ayudarán a completar la cordialidad y personalidad del consultorio.

Música y otros sonidos

Hay sonidos que son frecuentes en el consultorio odontológico y que deben ser eliminados. El silbido de la turbina de alta velocidad se cuenta entre los más perturbadores, así como el molesto ruido del tránsito callejero.

Ambos clases de ruidos deben ser eliminados o cuando menos se tratará de taparlos con música. La música, como silenciadora de otros ruidos representa su aplicación psicológica más rudimentaria.

La música suave en todo el consultorio agrega una atmósfera sedante y grata. La selección de ésta responde a gustos personales, pero la música ligera o algunas temas modernos merecen aprobación.

Para los niños se recomienda la música programable. A ellos las impresiones las historietas en que ellos pueden adoptar el papel de héroes y más tarde él puede querer estar en su papel, portándose como un valiente durante el tratamiento odontológico. Estas historietas pueden, además, crear una sensación de seguridad que aliviará muchas apreensiones.

Se debe meditar muy bien en la selección de los discos.

Lectura

La lectura es, para muchas personas, la mejor forma de relajación, de modo que se sugiere un amplio surtido de revistas. Debemos evitar los libros en la sala de espera, porque el paciente no puede terminar la lectura, por esto es mejor mantener las revistas al día, desechando las muy maltratadas, las ilustradas son mayormente aceptadas, pues pueden ser hojeadas sin esfuerzo mental y con rapidez.

Para los niños se sugieren historietas cómicas. Es imprescindible evitar las numerosas revistas ricas en violencia y pornicias, precisamente los sentimientos que queremos apartar del consultorio.

También puede utilizarse la sala de espera para presentar

materiales sobre salud mental en forma de folletos de fácil lectura y llamativas ilustraciones.

Juguetes

Se puede contar en la sala de espera con algunos juguetes sencillos y resistentes para los niños, aunque siendo éstos una "fuente interminable de placer", plantea también una serie de problemas. Claro está que en el caso de optar por tenerlos, los juguetes serán baratos y se compran en grandes cantidades.

Las tarjetas que recuerdan la visita y las de notificaciones deberán ser atractivas, para que el niño sienta que le son enviadas especialmente a él. Un dibujo de algún personaje de cuentos en la tarjeta ayudará en este sentido.

Iluminación

Al planear la iluminación, la consideración principal será contar con la luz adecuada para la actividad que se realizará. En general, la luz natural ha demostrado ser la más eficiente. Naturalmente, no siempre es posible contar con ella, y cada sitio deberá poseer la iluminación adecuada para sus necesidades. El consultorio tendrá una luz más intensa que la sala de espera, en ésta la luz debe ser suficiente para leer, pero no tanto como para trabajar con ella, esto se logra por medio de luces indirectas o lámparas que proveen de un ambiente de relajación.

En todas las zonas de trabajo es necesario eliminar el resplandor y las sombras, ya que ninguno de los dos hábitos es agradable.

Audiovisuales

Un sistema audiovisual utilizado para el entretenimiento - de los niños, así como para la educación dental, puede ser herramienta valiosa para reducir al mínimo la ansiedad en los niños.

Un proyector de diapositivas puede ser un auxiliar muy valioso en la información o explicación sobre una determinada fase de la Odontología.

Las caricaturas y otros programas de entretenimiento también pueden ser útiles para aliviar la aprensión.

Cubículo de trabajo

El diseño operatorio abierto permite una mayor eficiencia - en la utilización del espacio, y, lo que es más importante, los pacientes infantiles están mucho más cómodos en grupo con otros niños o con otros adultos. El dentista pediátrico y el ortodontista han utilizado en forma eficaz este concepto por años en sus diseños operatorios. La sala de operaciones ideal para el dentista familiar podrá incluir dos o más sillones dentales y módulos de tratamiento en un área abierta. Los pacientes más jóvenes se asustarán con menos frecuencia del aislamiento o el abandono y probablemente se comportarán mejor.

El cubículo de trabajo puede hacerse más atractivo al niño si algunos dibujos en las paredes muestran niños corriendo y jugando. El dibujo de un niño alegre es siempre bueno.

Uniformes

En los uniformes, desde que se inicia la atención exclusiva a niños, se descarta el color blanco del consultorio. El ca lante, el verde, el amarillo, etc., resultan menos traumáticos y más sedantes.

Pero, si bien, el uniforme de color puede contribuir en algo a calmar a un chico asustado al no encontrarse frente al - - "hombre de blanco", no creemos que sea fundamental, pero cuando menos ayudan a evitar la asociación con experiencias negativas vividas con médicos o en hospitales.

Lo que sí es realmente importante en este punto, es que - los uniformes, tanto del odontólogo como de su asistente, debe estar limpio y bien planchado y sobre todo, sin manchas de sangre que puedan sugerirle al niño una experiencia desagradable, por lo que de ser necesario, se cambiará dicho uniforme, aunque el paciente sea el último del día.

Contrariamente a todo lo anterior, hay autores que opinan que no son necesarias instalaciones ni decoraciones especiales en los consultorios para niños.

Dicen que un consultorio es, y debe seguir siendo, un consultorio odontológico y no un cuarto de juegos. Se se trata de alejar la mente del niño de la realidad que enfrenta. Además, el niño sabe perfectamente a qué va y tiene derecho a pensar - que todo debe de ser muy feo si lo han disfrazado tanto.

Asimismo, subrayan que el intento de llevar a los niños a pensar que el consultorio es un circo, un lugar de espectáculo o un rancho norteamericano, podrá engañar a los odontólogos, pero no a los niños.

CAPITULO II

PERSONAL DE APOYO

El dentista debe estar consciente de las limitaciones de sus horas de trabajo, y cuando sea posible, deberá explicar personal para permitirle dedicarse a tareas que no pueden ser delegadas a otros.

El personal dental auxiliar en un ambiente pediátrico debe ser cuidadosamente elegido y entrenado con el pensamiento de mantener la Odontología pediátrica sana y agradable para todos. Es probable que los aspirantes a un puesto en el equipo dental con interés especial en los niños o cierta base educativa o en tratamiento con niños, realicen sus actividades respectivas con el paciente pediátrico con más éxito, ya que el tratamiento de este tipo de pacientes requiere que cada miembro del personal del consultorio haga un esfuerzo sincero y consistente para tranquilizar al niño. Los niños de todas las edades responden favorablemente si están recibiendo consideraciones especiales y todo el personal, incluyendo a la recepcionista, a la asistente y al dentista, deberán saludar al niño utilizando su primer nombre o apelativo, siempre que sea posible. Además, es muy importante que el niño sienta que todas las personas del consultorio le infunden confianza. Por lo tanto, la amistad y la cooperación del personal del consultorio contribuyen al sentido de seguridad y relajación que deseamos crear en el paciente.

Dentista

El dentista que atiende niños en su práctica profesional, tiene la obligación de adquirir la destreza necesaria en psicología infantil, de modo que él y su equipo puedan proporcionar la atención sin provocar traumas.

Cada niño debe recibir la atención completa del dentista. Siempre se debe tratar al niño como si fuera el único paciente que se va a ver ese día. Nunca se deja a un paciente muy pequeño sentado solo en la silla, ya que sus temores, aún no di sipados por completo, pueden agrandarse. Si el dentista tiene que abandonar la sala de operaciones, aunque sea por un minuto, nos debemos de asegurar de que esté presente la asistente.

Recepcionista

La primera persona con la que el niño se pone en contacto al llegar al consultorio, suele ser la recepcionista. De ese primer encuentro depende gran parte de la respuesta positiva - del pequeño, quién captará la actitud de espontánea y genuina - cordialidad, lo mismo que la sonrisa de compromiso, desganado, el tono seco y poco amable. Por eso, quien va a colaborar con - nosotros en la labor tan importante, además de grata presencia deberá poseer madurez emocional. No podemos pretender como - ayudante a una experta en psicología infantil, es suficiente - una mujer que quiera a los niños, se vincule positivamente con ellos por mecanismos inmediatos e instintivos, y está instruída para no usar ni amenazas ni referencias desagradables para

contestar adecuadamente a las preguntas que inevitablemente le formulará el niño.

El ambiente agradable de la sala de espera, que mencionábamos, estará incompleto sin la recepción del paciente en forma personal por una recepcionista, por cómoda que sea la sala, el paciente se sentirá algo extraño, en especial en las primeras visitas, y sólo la recepción personal aliviará algo de sensación natural de incomodidad.

Hay puntos que deben considerarse sobre la recepcionista:

1. Su aspecto debe ser agradable y limpio
2. Debe saludar a los pacientes con una sonrisa sincera
3. Debe saber el nombre de cada paciente
4. Debe saludar a los pacientes tan pronto como lleguen
5. Debe explicar cualquier demora inesperada del odontólogo
6. Debe procurar que los pacientes se sientan cómodos
7. Debe averiguar, si se da la ocasión, si puede ser de alguna utilidad para el paciente hasta que el odontólogo lo vea.

Cuando se pide la cita, telefónica o personalmente, la recepcionista registrará algunos datos importantes para la conducción de la primera visita; de esta averiguación previa podemos orientarnos bastante en cuanto al niño, sus acompañantes y su posición frente a la Odontología. Una recepcionista que sepa observar y escuchar más allá de las palabras, puede proporcionar al profesional una muy valiosa información.

A la recepcionista corresponde, en lo posible, ubicar la primera visita entre dos buenos pacientes.

Después de completado todo el tratamiento dental necesario, la recepcionista deberá explicar que los exámenes periódicos son necesarios si se quisieran mantener los dientes del niño en un estado satisfactorio. Puede sugerir entonces que con gusto llamará al padre cuando sea el momento del nuevo examen; para esto, puede llevarse un libro de citas o un archivo para notificar rápidamente a los pacientes o a sus padres. Todas las notificaciones por teléfono se hacen dos semanas antes de la visita dental y le sigue una tarjeta una semana antes.

Asistente

Es extremadamente importante en un consultorio de odontopediatría la utilización eficiente de las asistentes, porque:

1. Disminuye el período de tiempo de la visita dental y esto ayuda al manejo del niño.
2. Estudios de tiempo y movimiento muestran que un ayudante hace disminuir el número necesario de pasos y movimientos, lo que reduce el cansancio del dentista.
3. El dentista practica con más eficiencia y rapidez, con lo que se vuelve más productivo y aumenta su ingreso.

El buen desempeño del asistente de dentista es muy importante en la Odontología pediátrica. Con un plan de tratamiento derivado cuidadosamente, la asistente es capaz de anticipar el

trabajo eficiente del procedimiento planeado para preparar el instrumental necesario antes de la presencia del paciente en el consultorio. Esto no sólo reducirá el tiempo de la consulta, sino que permitirá que se preste más atención directa al paciente infantil, sin la distracción del ambiente operatorio involucrado. El resultado de la presencia de una asistente competente al lado del sillón, fatigará menos al operador, dará mayor productividad y excelencia global al servicio prestado.

La asistente tiene a su alcance todo lo que necesita para un procedimiento determinado, sin tener que abandonar su silla. En un armario portátil junto a ella tiene el analizador y todas las materiales y drogas que generalmente se necesitan.

El concepto de "Odontología a cuatro manos" implica que constantemente se emplean las manos de la asistente en el tratamiento del niño. Este concepto se usa ampliamente en la actualidad en prácticas modernas de odontopediatría.

Otros profesionales

Se pueden establecer relaciones asistosas con los pediatras y médicos de la comunidad. Frecuentemente, los servicios de un pediatra sería de gran utilidad al diagnosticar algunos problemas. Si un niño parece estar enfermo, se le toma su temperatura, y si ésta resulta elevada y no se aprecian síntomas bucales, debe recomendarse al niño a su pediatra o médico, para que lo haga un diagnóstico y lo trate. Si puede haber riesgo, deberá

siempre lo especificado por escrito, y el dentista deberá asegurarse de que el padre lo comprende perfectamente.

Como vemos, la responsabilidad del dentista hacia el paciente puede requerir que se establezca una relación entre el padre y el médico o el padre y un hospital. Por lo que también puede hacerse una recomendación para un especialista en alguna rama de la Odontología si así se requiere.

Todo el personal de un consultorio de odontopediatría debe tratar al niño con confianza en la voz y en los actos, pero de manera natural y cálida. Recuerde que los niños temen a las caras desconocidas, especialmente si parecen surgir de repente. Actitudes y voces amistosas y naturales dan mucha seguridad, porque no sugieren nada desagradable en el futuro.

Sería excelente que existiera un programa educativo continuo en cada consultorio, para estimular el desarrollo de destrezas en la comprensión y manejo de niños, por ejemplo, el trabajo realizado para el paciente pediátrico, según corresponda a una rutina específica del consultorio, deberá ser discutido regularmente en las reuniones del personal, de modo que un trabajo excelente de un miembro individual pueda ser reconocido. Las publicaciones profesionales también pueden compartirse con los miembros del personal, para introducir nuevas ideas y técnicas para manejar con éxito al niño.

Aun el personal más calificado debe estar incluido en el proceso de entrenamiento para realizar sus funciones pediátricas dentro de una rutina del consultorio.

Aquellos miembros del personal que continuamente se comunican con el paciente infantil, en tanto que le proporcionan algún tratamiento directo, deben ser especialmente capaces de enfrentarse con éxito a un niño temeroso y de aplicar modificaciones a las técnicas de la conducta. Nunca deberá ser filosofía del personal esquivar el uso de comprensión, sinceridad, tiempo y alabanzas que esta gente joven necesita para que los objetivos del tratamiento tengan éxito.

Si los miembros del consultorio tienen confianza en sí mismos, el paciente pediátrico inmediatamente lo sentirá. Los niños también detectan cualquier tentativa falsa de amistad, lo cual producirá sospechas acerca de la sinceridad de todo el personal. Un interés honesto es fundamental. El éxito en el manejo de los niños se basa en el conocimiento, el sentido común y la experiencia. Todos los miembros de un consultorio deben dedicar sus energías sin reservas para el cuidado de la salud bucal del niño, según sea planteado a corto o largo plazo, y pueda realizarse en su totalidad.

activa, la experiencia ha demostrado que este enfoque es fundamental para establecer y mantener una buena relación con el niño y los padres. Sin embargo, en situaciones de urgencia, es preciso a veces modificar estos principios, lo que requiere un esfuerzo adicional por parte del dentista y de su equipo en las posteriores visitas, con objeto de mejorar su relación con el pequeño paciente y sus padres.

La complejidad creciente de la Odontología en su totalidad ha aumentado la necesidad de más información sobre cada paciente. Esta información debe provenir de varias fuentes. En su mayoría, del paciente mismo. Pero algunas veces es conveniente y hasta práctico procurar información adicional del médico y de otros odontólogos que hayan visitado anteriormente. También son importantes las impresiones de los demás sobre ese paciente.

No se puede confiar en los niños para la obtención de datos para la historia; pero en muchos casos, son capaces de relatar experiencias de forma menos velada que los adultos. Un factor responsable de la inexactitud de la información de los niños es que su percepción del tiempo es muy probable que esté esencialmente distorsionada. Ayer puede significar cualquier momento del pasado, así como la semana pasada puede querer decir seis meses o un año antes. De tal modo, cuando se obtiene la historia clínica de un niño, la información deberá ser confirmada -

por los padres, pediatras o médicos familiares. Una breve llamada al pediatra o al médico de la familia, para averiguar si existen contraindicaciones para determinados procedimientos odontológicos, podrá a menudo ahorrar al dentista difíciles problemas de tratamiento. Esa interacción ha reforzado así mismo la relación entre las profesiones médica y odontológica.

El adiestramiento sobre la Odontología consiste principalmente en enseñar al niño a encarar una situación nueva y a seguir las instrucciones del personal odontológico. El proceso suele ser cumplido fácilmente si el odontólogo permite que el niño imagine el consultorio y el ambiente en forma causal, pero al mismo tiempo tratando de grabar en el niño la necesidad y la importancia de la situación. El odontólogo y sus colaboradores deben recordar que el niño, en particular el paciente de primera vez, desconoce por completo el hecho de que un diente doloroso o una infección periapical son una amenaza para su salud. En cambio, el niño puede considerar al odontólogo y sus colaboradores como la verdadera amenaza. Si el personal odontológico tiene en mente este hecho, le ayudará a comprender la reacción del niño normal en el consultorio.

Está aceptado que la preparación mediata del niño y sus padres antes de la primera visita dará por resultado un mejor patrón de conducta en el consultorio. La preparación bien puede comenzar en el momento del contacto telefónico de la recepcionista con el padre. Ella explicará que a menos que exista una emer-

gencia, el odontólogo querrá que la cita sea fijada para un momento que le permita un examen completo e introducir al niño a la Odontología sin apuros.

El odontólogo puede preferir que los padres eviten toda forma de preparación previa del niño para la primera visita, en la convicción de que él y su personal pueden hacer conocer al niño la Odontología y el consultorio de una manera más satisfactoria que los padres. Algunos odontólogos prefieren enviar una carta a los padres, en la que describen la política del consultorio e indican qué es lo que será realizado en la primera visita. Los padres aprecian recibir folletos que los ayuden a explicar a sus hijos cómo el odontólogo planea ayudarlos a disfrutar de una buena salud dental.

La atención odontológica para niños ha sido programada principalmente para prevenir el dolor y la infección bucal, la aparición y avance de las caries, la pérdida prematura de dientes primarios, la pérdida de la longitud del arco, y la relación entre miedo y atención dental. En todo el tratamiento odontopediátrico, el odontólogo es responsable de orientar al niño y al padre, resolviendo los trastornos bucales antes que puedan afectar la salud y el alineamiento de los dientes, y de prevenir la enfermedad bucal. Las metas de la atención odontopediátrica, por lo tanto, deben ser fundamentalmente preventivas.

Aun cuando existen problemas conocidos, la primera visita odontológica y examen bucal del niño debería tener lugar, por lo menos, al año de edad (idealmente, alrededor de los nueve meses). Esta visita precoz permite al odontólogo y a los padres discutir formas de promover una buena salud bucal, antes que cualquier problema serio haya tenido oportunidad de desarrollarse, un examen bucal adecuado en un infante suele ser bastante sencillo y muy breve, pero puede ser el primer paso importante hacia una salud bucal excelente para toda la vida.

Se cree que la forma en que el profesional enfoca y conduce la primera visita puede ser decisiva para el futuro odontológico del niño. Una historia clínica completa, un examen minucioso, un diagnóstico correcto y un plan de tratamiento adecuado (lo que no siempre puede completarse en una sesión), más los consejos educativos correspondientes en cada oportunidad que se presente, exigen lo mejor de nuestras capacidades.

Objetivos de la primera cita

La primera cita es la base de máxima importancia desde la cual los padres y los niños empiezan a ganar confianza en el médico y en su equipo de trabajo. El dentista debe tener el conocimiento más completo posible, del cuidado total requerido, basándose en la evaluación del examen bucal. Debe presentar este conocimiento, de forma organizada y confiable, y alentar al mismo

tiempo la intervención de los padres en el proceso del tratamiento dental.

El objetivo es obtener la siguiente información:

1. Puede determinarse el número aproximado de citas requeridas para completar el cuidado indicado para el niño.
2. Puede darse por escrito la cuenta total de honorarios para ser firmada por el padre, con cálculos de tratamientos alternativos.
3. Puede llenarse cualquier forma requerida de seguro con la información solicitada del pretratamiento y el posttratamiento. Al principio pueden anticiparse las consideraciones especiales respecto al pago de un tercer participante.
4. Los arreglos financieros pueden discutirse en detalle con acuerdo mutuo del plan determinado antes de que se inicie el cuidado. La recolección de los porcentajes se logrará sólo a través de una buena comunicación y comprensión de los padres.
5. Puede determinarse el intervalo apropiado que se requiere para cada visita y la hora del día en que sea más conveniente reservar el lugar.
6. Es posible preparar y colocar en su lugar el instrumento correcto antes de cada consulta.

7. Puede anticiparse el uso de programas audiovisuales en las consultas apropiadas.
8. Puede ordenarse un programa de recordatorios adaptado a las necesidades inmediatas y a largo plazo del niño.
9. Es posible planear las sesiones de educación preventiva con el niño y sus padres, concurrentes con el otro cuidado.
10. Puede presentarse a los padres la información requerida para un consentimiento en un estilo organizado.

Desenvolvimiento del odontólogo y su personal durante la primera cita

Cuando el odontólogo pueda esperar una reacción normal del paciente de primera vez ante la invitación de pasar al consultorio, la asistente saludará al niño y al padre. El odontólogo debe quedar en segundo plano, y no apurarse demasiado por hacer su aparición. La asistente debe dirigirse al niño por su primer nombre o su apodo y, si la primera visita fuera para examen, invitará al niño y a los padres a que pasen al consultorio.

Cuando los padres acompañan al niño en el consultorio para tratamiento, deben entender la importancia de que el odontólogo controle la situación, por lo tanto, deben permanecer pasivos, ofreciendo apoyo al niño sólo por presencia, salvo que el odontólogo les solicite un papel más activo. La atención del profesional debe estar centrada en el niño y la de éste en aquél. En -

muy importante que los padres comprendan que su presencia y conducta no debe distraer ni al odontólogo ni al niño.

Si el niño se niega a acompañar a la asistente al consultorio, el odontólogo debe aparecer en escena y, utilizando un acercamiento firme, pero amable, lleva al niño al consultorio, si ha permanecido alejado y quizás ha podido diagnosticar el problema de la conducta y puede manejarlo en consecuencia. Quizá ha podido darse cuenta de si el niño está realmente asustado o si no desea o no puede cooperar. A menudo se puede determinar si es un niño falto de disciplina en su hogar y que antes no tuvo que cooperar.

La asistente puede presentarle al paciente. El dentista debe acercarse al paciente con una sonrisa cálida y sincera, debe repetir su nombre con convicción y aprender a saludar a todos sus pacientes lo más afablemente posible.

Algunos odontólogos prefieren presidir durante toda la primera sesión con el infante y los padres. Otros, pueden desear que algunos aspectos educativos de la sesión queden a cargo de auxiliares del personal odontológico, y luego efectuar el examen y responder las preguntas no resueltas. En cualquier caso, es necesario, a veces, disponer de una asistente para que ayude a distraer al niño, de modo que los padres puedan concentrarse en la información importante que se les está brindando.

Los padres deben ser informados, antes del examen, que será necesario sujetar suavemente al niño y que es normal que lllore -

durante el procedimiento. El infante es sostenido habitualmente en el regazo de la madre. Esta participación directa de ella - brinda al niño apoyo emocional y le permite retenerlo. Ambos pa- dres pueden participar, o al menos estar presentes, durante el - examen.

El odontólogo debe hacer un breve intento de relacionarse - con el niño y transmitir calidez y atención. Sin embargo, mu- chos infantes y niños en sus pimientos no están demasiado interes- dos en hacer nuevas amistades con extraños, y el odontólogo no - debería descorazonarse si el niño rechaza el acercamiento amist- go. Aun si el niño se resiste (lo que es común y normal), sólo es preciso un mínimo esfuerzo extra para efectuar el examen. El odontólogo no debe perturbarse por el llanto y la conducta resis- tiva y proseguir. Sin apuro, pero eficientemente, con el examen. La voz del profesional permanecerá sin tensión y agradable y su conducta debe reconfortar al niño y aliviar la ansiedad del padre con respecto a ese primer procedimiento odontológico.

Al despedir al paciente se debe alentar su deseo de regre- sar para un futuro tratamiento. Se le debe decir que fue un pla- cer tenerlo como paciente, y que espera volver a verlo en otra - ocasión, en la cual le explicará todo sobre sus problemas denta- les y el futuro plan de tratamiento. Su asistente debe estar - cerca para acompañar al paciente con la secretaria. No se debe dejar que el paciente ande por ahí sin saber a dónde debe diri- girse ni qué debe hacer.

Sitio adecuado para la primera cita

Sería muy conveniente que la primera parte de la entrevista inicial pudiera efectuarse no en el consultorio, sino en una sala aparte para ese fin. Esto no siempre es factible. En todo consultorio hay un rincón donde el profesional y el acompañante del niño pueden sentarse a conversar un momento. Mientras tanto, el niño observará el ambiente, podrá o no tomar contacto activo con algunas cosas, la madre le dejará o no moverse, quedará "pegado" a ella, o escondido detrás de ella, o la señora no le soltará. Todo lo cual nos permitirá observarlos para una impresión de sus actitudes que registraremos también en nuestra ficha.

Sin embargo, los equipos dentales modernos y los diseños de las nuevas consultas han alcanzado tal perfección que puede crearse una atmósfera suficientemente relajada y agradable como para que se pueda establecer el historial clínico en la propia consulta. Sólo en casos aislados, las reacciones emocionales del niño aconsejan acometer esta tarea fuera del marco del consultorio.

Lo realmente importante es hacer el examen bucal del infante en un ambiente con luz adecuada para el examen visual. Los procedimientos pueden incluir solamente la observación directa y la palpación digital. Sin embargo, los instrumentos de mano son necesarios para observar ciertos tejidos bucales, el examen debe efectuarse en el sillón dental para facilitar el pasejo del in-

trumento entre la asistente y el odontólogo, siendo esto más eficaz y seguro.

Importancia de la historia clínica

Al hacer la historia clínica, se lleva un cierto orden para conducirla, pero podemos alterarlo según las circunstancias. Nuestro objetivo es conocer al niño al analizar cada uno de los campos en que dividimos nuestra historia clínica.

Saber quién es, qué tiene, y mientras la vamos realizando, demostrarle, a él y a sus padres, quiénes somos.

La historia clínica debe ser una cosa viva, integrada, no un interrogatorio de tipo burocrático, haciendo preguntas pertinentes o no. Hay que escuchar mucho y observar más. Vale no sólo lo que se dice, sino cómo se dice: "Por desgracia, en muchas historias clínicas se nota que el método se ha transformado en hábito, en rutina, que vuelca sobre el papel nociones estereotipadas y de escasa utilidad y que no sabe imprimir un poco de animación cuando más conviene. Por cierto, que una buena historia clínica lleva tiempo, pero todo aquello que contribuye a un diagnóstico más exacto y a formular un plan de tratamiento adecuado, sin duda no es "pérdida de tiempo", sino todo lo contrario.

El valor de contar con un formulario a tal efecto, que no sólo provea de amplio espacio para el registro de los datos de la historia, sino que también lo tenga para los hechos nuevos que surjan.

En muchos casos se pondrá una hoja clínica simple al pa-
ciente para que la llene por sí mismo. Otras veces se puede -
efectuar en respuesta a las preguntas formuladas por el odontó-
logo o su secretaria. En la mayoría de los casos, lo mejor es
la combinación de ambos métodos. Y aunque existan impresos -
adecuados, una vez que se rellenan, hay que proceder siempre a
realizar una entrevista.

Hay que insistir en el hecho de que la información que se
solicita para realizar una historia familiar adecuada es consi-
derada por muchos padres como confidencial, por ello, el den-
tista debe tener mucho tacto durante esta importante etapa de
la confección del historial.

Por último, debemos tomar en cuenta que la interpretación
y recopilación precisa y sencilla de los registros de la salud
bucal no son sólo importantes para la continuidad del cuidado
del niño en crecimiento, sino que las demandas legales, las de-
mandas financieras y la información a una tercera persona en-
cargada de hacer algún pago, son razones adicionales para pre-
star atención detallada a todos los registros conservados en la
oficina.

Desarrollo de la historia clínica

HISTORIA DEL CASO

Información general

La información general debe incluir nombre, edad, dirección, teléfono, ocupación, médico familiar, estado civil, fecha de nacimiento, parientes próximos, etc.

a) Información personal

Narces, desmayos, convulsiones, obnubilaciones, asma, fígado del heno, dificultades gastrointestinales y reacciones - - alérgicas, son todas situaciones que podrían ser precipitadas por el estrés emocional o físico del tratamiento odontológico.

b) Información miscelánea

Hay muchos otros tipos de información también valiosos. - Con el niño puede ser valioso saber a qué colegio va, qué le - interesa y cuáles son sus planes para cuando termine. Estos - hechos pequeños y, al parecer, sin importancia, pueden ser te - mas adecuados de conversación durante algunos tratamientos pe - lonjados. Pueden hacer mucho por aliviar o romper la tensión que puede originarse durante las visitas odontológicas.

Otra información que puede ser útil corresponde a los - - "hobbies" del paciente, sus diversiones preferidas, las lectu - ras de su agrado y su actitud respecto de los demás.

Historia familiar

El objetivo de la historia familiar es obtener cualquier información importante sobre la situación social del niño, y lo que es más importante, sobre su trasfondo familiar.

Factores tales como el número de hijos de la familia, - condiciones de la vivienda, profesión del padre y de la madre y asistencia del niño a instituciones y escuelas son fundamentos tales a la hora de seleccionar un plan realista de medidas - dentales preventivas y restauradoras. Asimismo, a menudo re - sultará valioso obtener la historia odontológica de la fami - lia más próxima del paciente y, si es posible, también de los abuelos. Aunque los factores genéticos quizá sólo tengan un valor limitado en Odontología. Las historias odontológicas - demandadas, tanto las de personas con muy serios problemas den - tales como las notoriamente carentes de ellos, podrían tener un valor mayor que el atribuido habitualmente. Es de tal in - formación que pueden surgir nuevas técnicas preventivas y que se descubran hábitos ambientales y dietéticos.

Historia médica

Este apartado de la historia debe ofrecer al dentista - una impresión sobre el estado general de salud y desarrollo - del niño, proporcionando información sobre cualquier enferme - dad importante que haya padecido. ¿Visita periódicamente al médico? ¿Lo ve un médico general o un pediatra? ¿Quién es?

¿Cómo son sus relaciones con él? (Es interesante señalar que en la conducta cooperadora durante la primera visita del niño al odontólogo, tiene mucho que ver la actitud hacia los médicos y la calidad de su relación con el médico, más que la frecuencia de las experiencias médicas). ¿Qué enfermedades ha padecido el niño? ¿A qué edades? ¿Cómo ha reaccionado a ellas, cómo se las ha vivido? ¿Pue intervenido quirúrgicamente? ¿Por qué, cuándo, cómo? Es fundamental conocer las experiencias traumáticas lamentablemente frecuentes, sobre todo en lo que se relaciona con amigdalotomías y adenoidectomías, de innegable significación psicoemocional. Si el odontólogo sabe de la hospitalización previa y el temor del niño a los extraños vestidos de blanco, pueda planificar el tiempo y los procedimientos necesarios para ayudar al niño a superar el temor y aceptar el tratamiento.

La información respecto al desarrollo social y psicológico del niño es importante. Todo lo que refleje en forma precisa, los problemas de aprendizaje, de comportamiento o de comunicación, es a veces difícil de obtener inicialmente, sobre todo si los padres saben del trastorno del desarrollo del niño, pero son reacios a discutirlo. Los problemas de conducta en el consultorio suelen estar relacionados con la incapacidad del niño de comunicarse con el odontólogo y seguir las indicaciones, y eso puede ser debido a una baja capacidad mental. Los padres con frecuencia no informan voluntariamente que el -

niño tiene un coeficiente intelectual (CI) bajo o es retardado mental. Ocasionalmente, si los padres mencionan trastornos significativos, es mejor que el odontólogo conduzca la entrevista personalmente; cuando encuentran mayor privacidad están más dispuestos a discutir más abiertamente los problemas médicos y odontológicos del niño y hay menos probabilidades de que las interpretaciones respecto a la naturaleza de los trastornos. Además, la participación personal del odontólogo en este momento inicial refuerza la confianza de los padres del niño "especial". Cuando hay indicación de una enfermedad o anomalía sistémica aguda o crónica, el odontólogo debe consultar al médico del niño para conocer su estado, el pronóstico a largo plazo y los medicamentos que está tomando.

Las enfermedades corrientes o las historias de reacciones alérgicas significativas, discrasias sanguíneas o linfáticas, problemas cardiovasculares, enfermedades renales crónicas, trastornos endocrinos, enfermedades oculológicas, o perturbaciones respiratorias graves, señalan la necesidad de poner especial atención durante la entrevista para completar la historia clínica. Además de consultar al médico del paciente, el odontólogo puede decidir el registro de datos adicionales respecto al estado físico actual del niño que no se registran rutinariamente para el niño sano. Por ejemplo: presión sanguínea, temperatura, sonidos cardíacos, altura y peso, pulso y respiración.

Aspecto. Nuestro examen clínico ha comenzado, en realidad, en el momento que el niño entró al consultorio. Esa visión de conjunto puede orientarnos en cuanto a su estado físico y anímico. Tenemos así la impresión de un chico saludable o enfermizo, débil o robusto. Puede que ofrezca características específicas, como en el caso de un niño espástico, con síndrome de Down, paralítico o que presente algún defecto físico visible. También el niño nos ha impresionado como alegre o triste, avestado o seguro, comunicativo o retraído, expectante, presuntuoso, etc. - Seré debemos ser cautelosos al apreciar el estado de ánimo en base a estas observaciones; más de un bravucon desafiante oculta con esa actitud su miedo profundo. Muchas veces, un niño alicaído está así no por su tisis, sino por algún proceso sistémico que se está incubando.

Facies. La observación de la facies del niño, de su semblante, puede ser también orientadora, no solo en cuanto a su estado anímico (lloroso, triste, alegre, etc.) o físico (ictérico, febril, cianótico, con erupción, edematoso, pálido, etc.), sino que puede orientarnos también respecto a la oclusión (asimetrías, norma, diasto o mesioclusión, etc.). La observación del perfil es también muy importante y orientadora a determinados hábitos (respirador bucal, hábito mentoniano, etc.).

Historia odontológica

Sin duda, lo mejor sería que el niño no la tuviera, asumiendo el dentista la enorme responsabilidad de fijar su futuro como paciente en la Odontología. Pero suelen existir experiencias previas en uno o varios consultorios, que será muy útil conocer para orientar nuestra conducta. En muchos casos, podremos aclarar el origen de ciertas fobias y actitudes negativas, tomando con reservas la información que nos proporcionan los padres, casi siempre coloreadas por sentimientos paragonales, nos enteramos de cosas importantes.

Como parte de la historia dental, hay que identificar todos los factores de interés para la salud dental del paciente pediátrico, tales como los hábitos de higiene oral cotidiana, hábitos dietéticos y hábitos de succión. La historia del caso también persigue la identificación de la etiología de afecciones raras, como caries rampante, atrición atípica, recesión gingival, etc.

El odontólogo y su personal deben estar atentos también para identificar estados infecciosos potencialmente contagiosos que amenazan la salud del paciente y de otros. Es aconsejable posponer todo tratamiento que no sea de emergencia en el paciente con signos o síntomas de enfermedad infecciosa aguda, hasta que se haya recuperado.

La historia odontológica debe ser resumida en la ficha de examen e incluir un registro de la atención previa y los he-

chos relatados por el paciente y el padre respecto a lo realiazo antes en otro consultorio. La información referente a los hábitos higiénicos actuales del paciente y de su exposición actual a fluoruros ayudará al odontólogo a desarrollar un programa de prevención efectivo.

Motivo de la consulta

Este dato nos será útil para saber si tenemos que atender algo de emergencia, si vamos a iniciar el tratamiento por algún diente que así lo requiera o para que pongamos especial atención en un punto que preocupe a los padres. Si el motivo de la consulta es por algún padecimiento, trataremos de averiguar los signos y síntomas tanto anteriores como actuales de éste y una vez que lo identifiquemos se planea el tratamiento.

EXPLORACION CLINICA

Aspectos generales

La exploración clínica del niño comienza en el momento en que éste entra a la consulta dental. A partir de entonces, el dentista debe tomar nota de cualquier enfermedad o limitación física importantes del paciente.

Mientras se obtiene la historia del caso, el dentista tiene la oportunidad de hacer diversas observaciones útiles, que pueden ayudarlo a estimar el grado de salud y los rasgos de personalidad del niño. Las observaciones sobre el desarrollo del lenguaje son importantes para determinar hasta qué punto el

dentista pueda aprovechar la comunicación verbal con su paciente. Evidentemente, un niño inquieto tolerará períodos de tratamientos más breves que otros con mejor control motor. La reacción del niño a la comunicación no verbal puede elevarse ya con el primer apretón de manos.

Exploración de la cabeza y el cuello

Esta parte de la exploración tiene por objeto detectar cualquier asimetría, aumento de volumen o defectos en la piel o en los labios. Hay que examinar la calidad del cabello, así como la cantidad, la superficie y el color de la piel, y otros signos, a fin de diagnosticar la posible existencia de trastornos en el desarrollo. Hay que comprobar la relación entre los maxilares y si existen o no desviaciones durante sus movimientos de apertura y cierre.

Antes de proceder a la exploración intraoral, el dentista debe observar cuidadosamente la parte externa de los labios.

Exploración intraoral

Por lo general, la exploración intraoral constituye el primer contacto del niño con los instrumentos dentales; por ello, el dentista debe optar, de entrada, por procedimientos sencillos para acostumar al niño a la manipulación de la cavidad oral con espejos, sondas y otros instrumentos. Hay que emplear una técnica de "decir-enseñar-hacer" en toda su extensión. Durante la exploración intraoral y después de ella, el

dentista debe ir comunicando sus hallazgos a los padres que - agradecerán las explicaciones y comentarios sobre la situación dental de sus hijos.

La cavidad oral debe explorarse en forma sistemática para evitar la omisión de cualquier aspecto importante.

Exploración de la mucosa oral

La mucosa oral debe examinarse después de haberla limpiado, comenzando por el interior de los labios y continuando hasta la mucosa del interior de las mejillas, incluidos también los sugcos alveolares superiores e inferiores. El paladar se inspecciona con la ayuda de un espejo, y la mucosa de la lengua y el suelo de la boca se examina retrayendo cuidadosamente la lengua.

Durante la exploración de la mucosa oral, que puede incluir una fase de palpación, hay que comprobar la existencia de ulceraciones, cambios de coloración en la superficie, zonas hinchadas o fistulas. Al examinar los procesos alveolares, debe prestarse especial atención a cualquier pequeña zona hinchada o retracción del margen gingival, que puede reflejar un proceso patológico interradicular.

Hay que examinar la presencia e inserción de los frenillos, insistiendo particularmente en los posibles efectos indeseables de su inserción alta sobre los tejidos periodontales.

Exploración de los tejidos periodontales

Hay que comprobar si los tejidos periodontales presentan alteraciones inflamatorias. El margen gingival se examina cuidadosamente con una sonda periodontal roma, y se toma nota de las zonas en que se produce la hemorragia.

En una exploración habitual, no es realmente posible hacer un examen periodontal completo de todos los dientes para comprobar pérdidas de inserción. No hay motivo para recomendar normalmente el sondaje periodontal en la dentición primaria, a menos que existan afecciones médicas que así lo aconsejen. En la dentición permanente puede observarse pérdida de inserción en el curso de la adolescencia; si por los resultados de las radiografías no se sospecha la existencia de periodontitis juvenil, parece lógico posponer el sondaje periodontal sistemático.

Los depósitos sobre los dientes pueden ser duros o blandos; sin embargo, la presencia de cálculos es un hallazgo raro hasta la época de la adolescencia, aunque pueden verse algunos durante la dentición primaria en superficies próximas a los orificios de salida de los conductos de las glándulas salivales. Hay que tomar nota de la cantidad de los depósitos y de su color.

Exploración de los dientes

La exploración de los dientes para observar variaciones en cuanto a su número, morfología, color y estructura superfi-

cial debe realizarse con una buena fuente de luz y tras practicar un cuidadoso aislamiento y secado. A veces es preciso limpiar los dientes para detectar pequeñas alteraciones en la superficie del esmalte.

Las lesiones cariosas iniciales sólo pueden detectarse - - tras una meticulosa limpieza y secado de los dientes. Dichas lesiones deben examinarse en busca de rugosidades en la superficie o auténtica pérdida de continuidad en ella.

En la exploración debe incluirse la constatación de todas las restauraciones previas. Las obturaciones deben examinarse - en busca de zonas sobresalientes, roturas marginales o caries - recurrentes.

Exploración de la oclusión

Finalmente, hay que comprobar si el paciente presenta maloclusiones, además de desviación en el desarrollo dentario, - oclusión de ambas arcadas y alteraciones especiales.

Alimentación

La alimentación es otro punto importante, ya que nos interesa la calidad y equilibrio de ésta, el carácter físico de la dieta, qué come el niño, cuándo y con quién. Nos interesa la actitud de ese niño frente a la comida; esto sin crear a la madre problemas de rechazo, factibles si se realiza un interrogatorio de pesquisa ordenada y sobre todo, cuando no guarda relación alguna con el motivo de la consulta. Los problemas alimen-

tarios, generalmente de origen remoto, nos orientan en cuanto a situaciones conflictuales que deben tenerse en cuenta al planear un tratamiento.

Todo lo referente a la alimentación debe manejarse con su mo tacto para evitar situaciones difíciles. No todos están en condiciones de proporcionar a sus hijos los cuatro grupos de alimentos básicos diariamente. No hay que crearles sentimientos, de que sus padres les están privando de algo imprescindible. En los cambios dietéticos juegan factores sociales y emocionales, además de influencias culturales, geográficas y teológicas, que no pueden dejarse de lado en la consideración de estos problemas. Las mejoras dietéticas deben basarse en sus hábitos actuales, en sustituciones, no en prohibiciones, en avlución, no en revolución.

Se registra por separado lo referente a "añeocar y golosinas", en cuanto a cantidad, tipo y oportunidad de ingestión. Se ha señalado acertadamente que "nuestra cultura está penetrada por la noción que el año bueno, su buen comportamiento, o la ocasión especial, es recompensada por caramelos y golosinas". Estamos convencidos de que el consumo excesivo, compulsivo, de golosinas, es expresión de conflicto. Lo que nos obliga a callar las palabras. Cuantas madres nos quisieran ejecutores de lo que ellas no han podido lograr, combatiendo "todo el peso de la cultura" en cuanto a forma de recompensar la conducta humana.

Los hidratos de carbonos fermentables no son todos iguales

en su peligrosidad, ni igualmente perjudiciales, ni en todos los momentos tienen la misma repercusión desde el punto de vista de su acción cariogena. Exprimir radicalmente los caramelos al niño nos parece inadecuado y una utópica pretensión. Quizás sea más factible un replanteo en cuanto al tipo (evitar los adhesivos, pegajosos), momento de la ingestión (final de las comidas y no entre comidas), y la posibilidad de enjuagarse o cepillarse inmediatamente después de comerlos. El problema no tiene fácil solución y habrá que tener presentes las circunstancias al fijar un plan de tratamiento.

Es con este espíritu que vamos logrando la educación sanitaria preventiva. Aclarando dudas, actualizando conceptos, corrigiendo ideas equivocadas, informando con particular acierto en lo positivo. Aunque no es fácil motivar a la gente en cuestiones de salud, debemos intentarlo con seriedad, seguridad y sinceridad.

Realización del examen bucal

Para iniciar el examen bucal, el odontólogo debe repasar la historia médica y odontológica (previamente anotada) con los padres y reiterar brevemente qué se va a hacer durante el examen. Salvo que el niño tenga un problema médico significativo o un trastorno del desarrollo, esta parte de la entrevista debe ser muy breve, porque el personal del consultorio ya habrá discutido estos asuntos con los padres.

Como la mayoría de los padres habrán hecho alguna observación previa o tendrán una pregunta que les parece importante, hay que darles tiempo para hablar y también para presentar una breve historia de cualquier experiencia odontológica previa. - El odontólogo puede estar en condiciones de ofrecer información relacionada con la pregunta o preocupación del padre, pero es también apropiado sugerir que se pospondrán mayores comentarios para cuando haya finalizado el examen del niño. No obstante, el odontólogo debe tomar nota mentalmente de la preocupación de los padres, recordarlos durante el examen, y comentar la al resumir las comprobaciones después del examen.

Al terminar esta conversación habitualmente breve, el odontólogo habla directamente al niño de manera agradable y clara y debe decir algo como: "... vamos a mirar tus dientes ahora en la otra habitación, donde tengo una luz más brillante que se ayuda a ver mejor. Cuando hayamos terminado, llamaremos a tus padres para que todos podamos hablar de nuevo sobre tu boca y tus dientes". En este punto, el odontólogo se pone de pie y sin demora o vacilación toma al niño por la mano y lo conduce al consultorio, reasegurando a los padres en el sentido de que se les invitará a pasar en pocos minutos.

Si el odontólogo prefiere que los padres acompañen al niño durante el examen inicial, la breve conversación con ellos que acabamos de describir y el examen pueden tener lugar en el consultorio. En este caso, la asistente saludó al niño y a -

los padres y los escolta directamente al consultorio para que conozcan al odontólogo. Habrá suficientes sillas o banquetas rodeando el sillón dental para que el profesional y los padres estén sentados mientras conversan. Habitualmente, el niño se sienta en las rodillas de uno de los padres. Después del repaso y discusión inicial, el padre puede trasladar al niño al sillón dental, con ayuda del odontólogo, si es necesario. Si el niño no coopera, el odontólogo puede explicarle que los padres pueden quedarse solamente si él es un "buen ayudante" durante el examen. La recepcionista debe haberle dicho previamente a los padres que se les podría pedir que abandonen el consultorio.

No aconsejamos separar al niño pequeño (3 años o menos y a veces más) de los padres, al menos durante la primer visita. En esta situación los padres y el niño deben ser acompañados a la habitación donde el odontólogo conducirá el examen inicial. Si la cita es para un primer examen no urgente de un infante o un niño en sus pinines, el odontólogo puede considerar más conveniente encontrarse en un escritorio o en una habitación de consulta, siempre que haya las adecuadas. Si se sabe que los padres tienen una preocupación específica sobre la boca del niño, si el niño tiene 14 meses o más, o si la cita es por una emergencia, es aconsejable conducir esa primera consulta y examen en el consultorio y en el sillón dental. Si el paciente tiene 2 años de edad o menos, uno de los padres debe sentarse en el sillón dental sosteniendo al niño.

Si el niño está en verdad asustado, hay que intentar reducir su temor mediante el acercamiento más adecuado; sin embargo, muchas de las reacciones de los niños no son definidas, y el niño que no desea cooperar puede estar además algo asustado o sentir aprensión.

El examen inicial puede a menudo ser realizado por medio de una cuidadosa observación directa y palpación digital. El odontólogo puede necesitar solamente buena iluminación para ver bien y gasa para secar o desbridar tejidos. A veces, un abatelenguas y un cepillo para dientes de cerdas blandas, son también útiles. En otras ocasiones, como se ha mencionado antes, el odontólogo querrá disponer de todo el instrumental. En cualquier caso, el examen debe comenzar con una exploración digital sistemática y suave de los tejidos blandos, sin instrumentos, lo que puede resultar caliente para el niño, sobre todo cuando son masajeados los rebordes alveolares en las zonas en que están por erupcionar los dientes. El examen digital puede ayudar a relajarlo y provoca menos resistencia. Pero la necesidad y el uso de cada instrumento deben ser explicados y demostrados.

Debemos hacer cuanto está a nuestro alcance para relajar al paciente con palabras y sugerencias. Nunca mostremos una gran sorpresa o irritabilidad ante lo que se pueda ver en la boca.

Citas de emergencia

Con demasiada frecuencia la visita inicial de un paciente es motivada por una situación de emergencia (por ejemplo: dolores o accidentes dentarios). No obstante, la cita de emergencia tiende a enfocarse y resolver un problema aislado o un conjunto de problemas relacionados, más que a brindar un diagnóstico bucal integral y manejo del paciente una vez que la emergencia está controlada. El odontólogo debe ofrecer con más calma los servicios integrales al paciente o a los padres, tratando así de respetar igualmente nuestras líneas de conducta ya antes establecidas.

Estudios complementarios

— Examen radiográfico

La radiología es un área indispensable para el diagnóstico y la planificación terapéutica en Odontología, por lo tanto, cuando está indicado, el examen radiográfico para los niños debe ser completado antes de que pueda desarrollarse un plan integral de atención de la salud bucal y a intervalos regulares serán necesarias nuevas radiografías para detectar lesiones inipientes de caries y otras anomalías del desarrollo.

Un estudio radiográfico completo de la boca debe ser efectuado para cada paciente hacia los 3 años de edad. En algunos casos, las comprobaciones del examen clínico pueden justificar un estudio antes de esa época. Con frecuencia están indicadas

pequeños oclusales, periapicales o interproximales en niños - muy pequeños (son en infantes debido a traumatismos, dolor del diente, trastornos del desarrollo sospechados o caries proximal).

Exploración radiográfica. La radiología es un arma indispensable para el diagnóstico y la planificación terapéutica en odontopediatría. Nos ayuda en:

- Lesiones cariosas
- Infecciones periapicales
- Anomalías y aberraciones del desarrollo
- Secuelas de las lesiones traumáticas
- Endodencia
- Cefalometría
- Estimación de la edad
- Trastornos maxilofaciales

— Modelos de estudio

Se sugiere que se tomen modelos de estudio durante la primera visita. Estos deberán tomarse en todos los pacientes, con excepción de los casos de emergencia. El empleo de los modelos de diagnóstico facilita una mayor exactitud en la determinación de los problemas del paciente y es una ayuda esencial para formular el plan de tratamiento. Recuerde que está tratando a una persona en su totalidad. Un diagnóstico exacto será el resultado de la correlación entre la oclusión y las relaciones maxilomandibulares a partir de los modelos de estudio montados en un articulador anatómico reluciente y limpio, además de contar con

la historia médica y odontológica. Con frecuencia, una oclusión que parece anormal en el examen rutinario con espejo bucal muestra tener una notoria relación inadecuada cuando se articulan los modelos de estudio. El paciente que ve los modelos de sus dientes queda enormemente impresionado por las consecuencias débiles de los dientes extraídos que no fueron reemplazados. El movimiento de los dientes adyacentes hacia el espacio de la extracción, con pérdidas de los puntos de contacto y extrusión de los dientes del arco antagonista, queda bien a la vista.

Las radiografías y los modelos de estudio son los proyectos complementarios más usualmente practicados para completar la historia clínica y para elaborar un plan de tratamiento, pero cabe mencionar que cuando se van a realizar tratamientos de cirugía bucal, por ejemplo, se puede pedir otro tipo de estudios, como biometrías hemáticas o químicas sanguíneas para darnos una idea del estado de salud del paciente y prevenir posibles trastornos trans o postoperatorios.

— Presentación de tratamientos y honorarios

Después de que todos los procedimientos iniciales estén completados, el odontólogo debe invitar al padre a que vuelva al consultorio para discutir brevemente lo observado. El odontólogo debe comentar específicamente los problemas significativos, hacer una explicación general sobre la gravedad del caso, y sugerir el tiempo que será necesario para restaurar la boca a un estado de salud.

Para lograr un nivel óptimo de comunicación y comprensión, debe reservarse el tiempo necesario para presentar el plan de tratamiento al niño y al padre. Esto es necesario no solo para el éxito máximo del tratamiento, sino también para alcanzar los prerrequisitos para un consentimiento pleno en el tratamiento.

El tiempo gastado por el médico con un padre al presentar el bosquejo del cuidado apropiado para el niño es extremadamente importante y es la inversión más valiosa del tiempo en la secuencia entera de los eventos planeados. Por ejemplo, los programas audiovisuales, los modelos, los auxiliares visuales y las pantallas para radiografías, son de gran valor educativo y deberán estar disponibles en el área donde se hace la presentación de los casos para reforzar o aclarar las explicaciones.

Después de que se reúne esta información, puede hacerse una valoración más completa de la boca, y puede sugerirse algún plan de tratamiento. Puesto que esto toma tiempo y estudio, se hace otra cita para los padres, en la que se presenta un diagnóstico completo del caso, para que sepan qué tipo de problema se presenta, y también el costo aproximado del tratamiento. Según la capacidad económica de la familia, pueden sugerirse planes alternos de tratamiento.

Al nombrar presupuestos, evite dar cifras exactas o un número determinado de cavidades. Si se nombra un número definido, el padre puede decepcionarse más tarde si se encuentra otra cavidad o si se necesitan procedimientos más complicados de la

de lo que se pensó en un principio. Asegúrese siempre de que uno de los padres o la persona responsable del pago apruebe el presupuesto.

Al terminar la primera cita, el odontólogo agradece al niño por ser "un buen ayudante", mientras él y sus padres salen del consultorio. Ante todo, la importancia de esta primera cita habrá sido introducir al niño a la Odontología. Habrá habido oportunidad de observar su reacción en el consultorio y sobre todo, ha comenzado un verdadero servicio de salud.

CAPITULO IV

EQUIPO, INSTRUMENTAL Y MATERIAL DENTAL UTILIZADO

La Odontología exige más equipamiento que cualquier otra profesión de la salud, excepto la radiología. Aparte del monto efectivo requerido para el equipamiento básico, esta compra es muy personal; el amoblamiento refleja la manera en que el odontólogo ejercerá su profesión.

El criterio principal a seguir es: "La forma debe adecuarse a la función". El recién graduado, con experiencia mínima, debe buscar el consejo de otros. Antes de decidir sobre el equipamiento y el diseño del consultorio, es beneficioso que visite cuantos consultorios odontológicos le sea posible para formularse individualmente ideas relativas al estilo deseado de ejercicio profesional y a la función esperada del equipamiento. Es en este punto que el especialista en equipamiento puede comenzar a brindar su asesoramiento sobre utilización del equipo. El odontólogo, a su vez, puede iniciar su selección de los materiales apropiados, teniendo en cuenta que deben ser prácticos y sin aspecto formidable. Por fortuna, cada uno trae equipo actualizado que subraya la versatilidad y la función mejoradas. Es responsabilidad del asesor de equipos ayudar al odontólogo a amoblar el consultorio, aconsejándolo sobre lo que pronto sería obsoleto o no funciona adecuadamente.

Equipo

El odontólogo que tenga la inclinación adecuada puede - - crear y literalmente hacerse muchas piezas del equipo, como la unidad dental, con el fin de satisfacer necesidades personales específicas. Hay asesores en casi todas las áreas en que el - odontólogo puede desear construir "por sí mismo". De aquí que los expertos en equipos pueden ilustrar mejor cómo funcionan los aparatos necesarios y cuál se adecua mejor a las necesidades - del odontólogo. En resumen, la instalación, así como la manera en que el diseño del consultorio debe ser trazado para acomodar el equipamiento, comprende una parte principal de su obligación como autoridad. Lamentablemente, los consejos y los deseos de - ben, a veces, ser templados por la realidad financiera. En es- ta instancia, el experto en equipamiento puede asesorar al odon- tólogo sobre dónde se puede limitar el equipo y, al mismo tiem- po, causar el menor efecto desfavorable sobre una función efi- ciente y eficaz.

El conocimiento del diseño y el funcionamiento del equipo permitirá al odontólogo comprar lo que sea adecuado y que faci- litará la reparación, pues el odontólogo puede ser su propio me- cánico para las reparaciones simples, pero debe saber a quién - llamar si se requiere un experto. Las instrucciones y los proce- dimientos para los problemas del servicio deben aparecer en el manual del consultorio.

Las unidades giratorias han resultado las más eficaces en

un consultorio de niños. El paciente decae en posición inclinada, con el cuerpo paralelo al suelo y los pies ligeramente elevados. Los brazos de la ayudante permanecen en posición ligeramente superior al pecho del niño, dándole sensación de seguridad. Como no hay ocupadora disponible, no se puede utilizar la técnica de expectoraciones frecuentes y se elimina la saliva por aspiración. El dentista opera en posición sentada, en un cómodo taborete giratorio. La ayudante se sienta enfrente de él, colocándose de manera que la unidad no le estorbe. Todo el equipo está convenientemente situado junto a la ayudante, se montan las piezas de mano de alta y baja velocidad en una bandeja que se extiende parcialmente sobre la unidad y también las jeringas de aspiración de aire y de agua.

— Materiales de apoyo

Existen varias ayudas disponibles, recientemente en forma de estuches, para enseñar a los niños y a los padres que asistían. Es recomendable educar a los padres para que supervisen al niño cuando está realizando estas instrucciones en casa. Se pueden encontrar transparencias, películas, discos, cassettes y modelos de varias fuentes, como la American Dental Association. Ahora se le está dando un énfasis muy justificable al control de placa, lo que incluye su eliminación, y se estima que ha de ser parte integral del programa educacional. Técnicas como el tinte de la placa y el microscopio de fase (especialmente para visión doble) para demostrar microorganismos viables, son bu-

un consultorio de niños. El paciente descansa en posición inclinada, con el cuerpo paralelo al suelo y los pies ligeramente elevados. Los brazos de la ayudante permanecen en posición ligeramente superior al pecho del niño, dándole sensación de seguridad. Como no hay escupidora disponible, no se puede utilizar la técnica de expectoraciones frecuentes y se elimina la saliva por aspiración. El dentista opera en posición sentada, en un cómodo taburete giratorio. La ayudante se sienta enfrente de él, colocándose de manera que la unidad no la estorbe. Todo el equipo está convenientemente situado junto a la ayudante, se montan las piezas de mano de alta y baja velocidad en una bandeja que se extiende parcialmente sobre la unidad y también las jeringas de aspiración de aire y de agua.

— Materiales de apoyo

Existen varias ayudas disponibles, recientemente en forma de estuches, para enseñar a los niños y a los padres que asisten. Es recomendable educar a los padres para que supervisen al niño cuando está realizando estas instrucciones en casa. Se pueden encontrar transparencias, películas, discos, esquemas y modelos de varias fuentes, como la American Dental Association. Ahora se le está dando un énfasis muy justificable al control de placa, lo que incluye su eliminación, y se estima que ha de ser parte integral del programa educacional. Técnicas como el tinte de la placa y el microscopio de fase (especialmente para visión doble) para demostrar microorganismos viables, son bas-

nas ayudas de enseñanza para convencer al padre y al niño. -
También es de gran ayuda un espejo bien iluminado frente al -
cual puedan practicar los niños, y perfeccionar así su técnica
de capillado y uso del hilo dental.

— Materiales dentales

Aproximadamente un tercio del esfuerzo de la investigación
odontológica actual está directamente vinculado con el desarro-
llo de materiales mejores y técnicas mejoradas para su manipu-
lación. Esta investigación ha producido un cuerpo de conoci-
miento siempre creciente relacionado con la conducta de los ma-
teriales dentales y ha ido acompañada por una avalancha de pro-
ductos nuevos. Estos progresos imponen una responsabilidad eq-
viva al odontólogo, quién debe analizar críticamente la biblio-
grafía y las afirmaciones del fabricante para determinar los -
materiales y técnicas que proporcionarán el máximo servicio al
paciente. Para poder decidir en forma inteligente y correcta,
es esencial apreciar la significación clínica de las propieda-
des químicas, físicas y biológicas de los materiales. Es a -
partir de este concepto que ha evolucionado la ciencia moderna
de los materiales dentales.

La cavidad bucal es un obstáculo formidable para el mante-
nimiento de la integridad de la estructura o reposición. La -
fuerza masticatoria sobre la cúspide de un molar puede llegar
a los 34,000 Ipc. El pH de la placa microbiana, los alimentos
y las bebidas fluctúa diariamente de una baja acidez a una alg-

vada alcalinidad. La temperatura en el curso de una comida normal puede variar hasta 36°C. La cavidad bucal caliente y húmeda, con una diversidad de enzimas y residuos, proporciona condiciones óptimas para la acumulación de depósitos superficiales que pueden corroer las restauraciones metálicas. Por estas y otras razones, los materiales para restauración están rápidamente sujetos a la fractura, disolución, cambio dimensional y de color. Para que estas alteraciones sean reducidas al mínimo, el material dental debe poseer ciertas propiedades químicas y físicas mínimas. Más aún, esas propiedades deben conservarse durante la manipulación y colocación de la restauración.

La Asociación Dental Americana, con su programa de especificaciones, ha contribuido mucho a proporcionar al odontólogo materiales de alta calidad que han sido cuidadosamente preparados para resistir los rigores de la cavidad bucal.

La Federación Dental Internacional se ha ocupado del desarrollo de las especificaciones sobre la base internacional. Esta actividad ha sido formalizada con los auspicios de la International Standards Organization (I.S.O.). Se trata de un cuerpo de organizaciones de normas nacionales de 84 países. Aproximadamente, en ese programa han sido adoptadas ahora 38 especificaciones para materiales dentales. Las resoluciones de la Conferencia Médica de 1976 dieron a la Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos la autoridad reguladora para proteger al público de los dispositivos médicos riesgosos e

ineficaces. Esa legislación fue la culminación de una serie de intentos para proporcionar productos seguros y eficaces, comenzando con el pasaje del Acta de Alimentos y Drogas de 1906, que no incluía ninguna provisión para regular la seguridad de un dispositivo médico o la propaganda para esos dispositivos. La legislación de 1976 requiere la clasificación y regulación de todos los dispositivos médicos destinados a uso en seres humanos. El término "dispositivo" incluye "cualquier instrumento, aparato, implante, cura, mitigación, tratamiento o prevención de la enfermedad en el hombre o animales". Algunos productos odontológicos (como los productos fluorados) son considerados drogas, pero la mayoría de los productos usados en el consultorio son considerados dispositivos y están sometidos entonces al control de la Junta de Dispositivos Médicos de la Administración. También alcanza esta disposición a productos de venta directa al público, como el hilo dental y los adhesivos para dentaduras. Esta actividad, junto con el programa de especificaciones de la Asociación Dental Americana para los materiales y dispositivos odontológicos, está proporcionando un marco crucial para el desarrollo de normas y una mejor seguridad a odontólogos y pacientes en cuanto a que el producto es seguro y eficaz, tal como se anuncia. Otros países tienen agencias gubernamentales comparables a la Administración de Alimentos y Drogas que incluyen al menos algunos materiales y dispositivos dentales bajo el paraguas de su autoridad reguladora.

Además, debemos sumar a esto que hoy en día se realizan - una gran cantidad de materiales dentales pensados para no ser tan desagradables a los niños, así podemos encontrar naturales de impresión con saborizantes, como: chocolate, fresa, naranja, etc., tal como es el caso de los alginatos. Otro ejemplo son los anestésicos tópicos, los cuales también vienen en diversos sabores; los vasitos para el agua o los bábores, así como toallitas secantes, eyectores, cubrebocas, etc., los cuales traen impresos variados dibujos animados, todo esto - crea en el niño la impresión de que realmente es un tratamiento para él y reduce las posibilidades de rechazo.

Los instrumentos y el material dental con los cuales está familiarizado el niño son: el cepillo dental, el pañillo de - dientes, la seda dental y el dentífrico, por lo tanto, debemos poner especial atención en enseñar tanto a los padres como a los niños en la importancia que tiene su buen manejo, ya sea - en la prevención de caries, durante el tratamiento dental y en la difícil tarea del mantenimiento de la salud dental, para - así sacar el mayor provecho de su uso.

El cepillo dental recomendado para los niños debe ser pequeño, blando y con un mango largo, que permita su mayor sujeción. Por el momento no se dispone de una información totalmente específica con respecto al diseño, forma y textura de los cepillos de dientes y la significación clínica de dichos factores, no obstante, algunos estudios indican que para los niños son -

preferibles los cepillos con penachos no especializados, y sobre todo, una buena técnica de cepillado adecuada a la necesidad del niño.

La utilización de palillos de dientes por el niño sólo se recomienda en casos muy específicos, y siempre con instrucciones cuidadosamente expuestas por un dentista o un higienista dental. Como los tejidos gingivales del niño llenan un gran medida espacios interproximales, la utilización precoz de palillos de dientes puede provocar retracciones gingivales con exposición innecesaria de las superficies dentarias proximales.

Con los estudios clínicos sobre utilización de la seda dental en las superficies dentarias proximales en niños, sólo se ha conseguido una reducción limitada de las caries. Sin embargo, en un niño con una gran actividad cariogena o notable inflamación gingival, puede ser eficaz la institución de un programa de utilización de seda dental en combinación con la aplicación tópica de fluoruros.

El efecto limpiador de las pastas de dientes (dentífrico) ha sido también objeto de controversia. Sin embargo, hay que decir que, además de sus efectos abrasivos y su actividad como detergentes, las pastas de dientes tienen una capacidad adicional de limpieza, a pesar de que su significación clínica, en términos de reducción de la incidencia de caries o gingivitis, no se haya podido establecer. La importancia del uso de pasta dental estriba fundamentalmente en el contenido de flúor de q

ta, además de que su sabor fresco puede estimular el hábito del cepillado. Por tanto, los niños pueden comenzar a utilizar pasta de dientes más tarde, y siempre una adaptada a su gusto.

CAPÍTULO V

EL HORARIO DE LA CITA Y SU DURACION

Procedimientos de citación

Cuando se trata a niños, son importantes la hora y duración de la visita, ya que pueden afectar el comportamiento del niño. Para orientar a los padres en la elección de la hora más conveniente para la cita de su hijo, la recepcionista debe estar preparada con información que justifique la hora. El deber de la recepcionista de regular el plan de citas es esencial en la organización eficiente de un consultorio para niños. El ofrecimiento de otras alternativas refleja consideración por los otros compromisos de los padres y los guía para que acepten una cita favorable para la política del consultorio. Como es el padre quien autoriza el tratamiento y supervisa los cuidados del niño en el hogar, en cada sesión habrá dos personas que considerar: el padre y el niño.

Se ha observado que a menos que haya una sesión especial para hacer un programa de múltiples visitas del paciente pediátrico, es mejor planear sólo una visita adelantada en un momento dado. Los planes de tratamiento con frecuencia deben ser cambiados. En ocasiones los arreglos financieros adelantados requieren alteración; es posible que se requiera más tiempo para técnicas de modificación de la conducta o para sesiones de edu-

cación dental y es probable que los padres necesiten hacer un esfuerzo mayor para lograr asistir a una consulta si no han arreglado todavía otras por adelantado. A este respecto, aun con el esfuerzo más consciente del personal, una ligera sobrepromoción de los pacientes pediátricos puede convertirse en la única forma de que un dentista pueda utilizar de manera eficaz el tiempo disponible del consultorio. Conforme aumenta la carga de pacientes pediátricos en el consultorio, los vacíos en el tiempo de trabajo creados por las ausencias pediátricas a las consultas, pueden llenarse con solicitudes de emergencia (por ejemplo: traumatismos o dolor interdentario). Estas solicitudes de citas de emergencia provienen con mucha frecuencia de pacientes pediátricos.

Una vez terminado el tratamiento restaurador y del programa de Odontología preventiva, se debe establecer un programa de citación periódica. Para el niño que requirió atención integral, se indica un plan cada cuatro meses para el primer año de la fase inicial del tratamiento. En esos periodos de cuatro meses se repasan los procedimientos preventivos del hogar y se inspecciona la boca para evaluar el estado gingival y las restauraciones. Si después del primer año se aprecia una mejora en la salud global del niño y los padres parecen estar cumpliendo con lo indicado, el odontólogo debe recomendar a los padres que el niño pase a un plan de citaciones semestrales o anuales.

No es suficiente establecer un plan de citas. Algunos padres se olvidarán o cancelarán la sesión. Un llamado de la asistente unas seis semanas después del tratamiento ayudará a reforzar los conceptos enseñados en el consultorio. En ese entonces se interrogará a los padres acerca del éxito con los procedimientos preventivos y los problemas que pudieran haberse planteado. Si el padre expresa su preocupación por la incapacidad para realizar la técnica o si el niño se queja de alguna incomodidad, los auxiliares deberán sugerir que solicite una cita para que el odontólogo pueda evaluar el problema. El refuerzo periódico demuestra a la familia que aun cuando el tratamiento haya concluido, el consultorio sigue interesado por el cuidado del niño. Se pueden enviar materiales por correo a la familia que también refuercen el concepto preventivo. Nuevamente, estos materiales actúan para reforzar el concepto original y demostrar a los padres la participación ininterrompida del consultorio en el bienestar del niño.

En resumen, la integración del concepto de Odontología preventiva dentro de la práctica privada depende de la actitud del odontólogo y de su personal y el deseo del personal del consultorio de proveer orientación preventiva a sus pacientes.

Horario de la cita

Estudios recientes han indicado que ni la hora ni la duración de la cita tienen importancia crítica en el comportamiento del niño. Sin embargo, no deben darse horas de visita a

los niños que todavía no van a la escuela durante el período normalmente dedicado a la siesta. Los niños que vienen a la hora de la siesta están generalmente adormilados, irritables y son difíciles de manejar. Lloran con facilidad y tienen reducidas sus capacidades de soportar molestias. Un niño que sigue totalmente su cooperación cuando viene en la hora de su siesta, puede cambiar radicalmente su actitud si se le trae a otra hora. Es conveniente que cuando los padres llaman pidiendo una cita, se especifique la hora de la siesta del niño y no se le dé cita a esa hora.

Por esto, el momento del día en que se ve a un niño, es especial al más pequeño, puede influir sobre su conducta. Hablando en términos generales, las primeras horas de la mañana deberán ser reservadas para los niños más pequeños. Los padres casi siempre cooperarán trayendo a sus hijos en el momento sugerido, si el odontólogo les explica que los pequeños pueden aceptar mejor el tratamiento temprano en el día antes de que estén cansados. El odontólogo está más alerta y capacitado para manejar las reacciones impredecibles a esa hora temprana. No es probable que se atrase en sus horarios y el niño no tendrá que esperar para ser visto. La espera en la sala de recepción a menudo da al niño la oportunidad de formarse un esquema mental de su cooperación o de asustarse por un ruido inusual o alguna observación.

Los niños se sienten mejor cuando hay otros niños presen--

tes y al parecer también los padres están más confortables en presencia de otros padres. Para ver a un paciente con problemas más difíciles de conducta o al paciente inválido o premédicados, la última parte de la mañana puede considerarse como el tiempo más deseable, para que estos niños sean los últimos pacientes y proporcionen el menor disturbio a otros niños y no tengan su programa horario.

Es indudable que en la práctica combinada, un niño que plantea un problema de conducta, puede perturbar al profesional y obligarle a un ajuste emocional para el que no siempre está preparado. Si mientras está haciendo una extracción, y otro paciente espera para una impresión funcional, se "anuncia" sorpresivamente un niño llorando, la rutina del consultorio se altera. Pero en un consultorio organizado, donde los pacientes son citados a horas fijas para su tratamiento, el odontólogo firmemente interesado en atender niños, podría establecer días determinados, con horas determinadas para esa labor. Con la elasticidad necesaria, por supuesto, para emergencias. Comprendemos que esto no siempre es fácil, sobre todo en nuestro medio. No podemos apartarnos de la realidad social. Generalmente, nos vemos obligados a atender niños en las últimas horas de la tarde, las más inadecuadas para ellos. Luego de un día de escuela, con todas las alternativas posibles, cansados física y mentalmente, resulta que las pocas horas que les quedan para distraerse deben pasarlas visitando al dentista, en momentos de mayor incomodidad para viajar, etc.

En nuestra práctica, comprobamos que la mayoría de los niños concurre a la escuela por la mañana, por la tarde estudia inglés (o otro idioma), o tiene clases de danza, piano, natación, etc. Cuando van solo por la tarde, la mamá tiene dificultades en dejar sus quehaceres matutinos, o tiene que esperar hasta que el niño se levante, etc.

Y no podemos ignorar la influencia de la televisión. Una escena corriente es: El profesional, o su asistente, proponen una cita: "Señora, veremos a Raúl el viernes a las 18:00 horas". Y salta el niño: "¡No! Que me pierdo tal programa o - tal otro. Siempre hay alguna, cualquier día, a cualquier hora, en cualquier canal. Que, naturalmente, se programan para cuando los chicos regresan a casa de la escuela. La madre insiste en "que es más importante" el tratamiento de los dientes y, con el niño gruñendo, queda el "viernes a las 18:00 horas". No es raro que la tarde fijada al chico vuelva de la escuela diciendo que le duele la cabeza (o la garganta) y la madre llama para consultar, ¿qué hago, lo llevo igual? o viene al consultorio, está inquieto en el sillón y apurado porque ya que - me perdí a "X" quiero llegar para "Y".

Algunas palabras más sobre las faltas que son expresiones escépticas, de rechazo, por mecanismos inconscientes, a la experiencia odontológica. Hemos observado varios casos del llamado "lenguaje orgánico", como desplazamiento de agresión. Muchos niños mejoran cuando se suspende la cita. Sabemos que a los dentistas no se nos acepta fácilmente.

Una jaqueca psíquica es una jaqueca real. El enfermo es fre verdaderamente una jaqueca auténtica. No la imagina, así como un neurótico no imagina vomitar cuando verdaderamente experimenta náuseas y vomita. Cualquier emoción intensa de origen inconsciente puede utilizar cualquier órgano para dar expresión física a la tensión psicológica subyacente. Creemos que por ese mecanismo pueden justificarse algunos casos de vómitos y muchos dolores de garganta, estómago y cabeza, que he mos tenido en nuestra práctica.

Asimismo, los niños no deberían ser traídos al dentista poco tiempo después de una experiencia emocional seria, como puede ser el nacimiento de un hermano o hermana, o la muerte de alguien cercano a ellos. El niño está experimentando en este momento traumas emocionales, y la visita al dentista sólo añadiría más ansiedad y desorden. En estos momentos será muy difícil lograr cooperación, y pueden encontrarse dificultades emocionales.

Extensión de la cita

Cuando sea posible, los niños no deben permanecer en la silla más de media hora o 40 minutos, ya que se ha observado que es el tiempo más aceptado. Si la visita tarda más, los niños pueden volverse menos cooperativos hacia el final. Los pacientes muy cooperativos, si se cansan con visitas demasiado largas, pueden llegar a un punto de saturación en el que empiezan a llorar y una vez que el niño pierde su compostura, por muy -

tranquilo y desceoso que esté de cooperar, difícilmente podrá volver a hacerlo.

En realidad, la longitud de la sesión debe ser determinada por el trabajo a realizar y el lapso de atención del niño. Aunque existen diferencias, la mayoría de los niños son capaces de tolerar visitas de duración variable. La consideración primaria será la naturaleza de la Odontología por realizar. La mayoría de los niños tienen una tolerancia sorprendente a sesiones de 45 minutos o más. De modo que el tratamiento no se verá comprometido por la edad. A veces se pueden realizar cómodamente sesiones mucho más prolongadas si fuera necesario. Obviamente, entre los niños que demuestran una amplitud más limitada de cooperación y es preciso considerar esto cuando se planifica su tratamiento.

Así, las visitas para el niño pequeño o el muy temeroso o asustado deben ser relativamente cortas, hasta que esté plenamente informado de los procedimientos y haya adquirido confianza.

Se han llevado a cabo estudios en un consultorio privado para determinar si fijar sesiones más largas de lo acostumbrado recargaban indobidamente a los niños más pequeños. Una sesión de 45 minutos o más fue considerada larga. No fue encontrada diferencia significativa en la conducta del niño durante sesiones largas y cortas, según la evaluación. Sin embargo, parecía haber una tendencia al deterioro de la conducta duran-

te las sesiones prolongadas. Se llegó a la conclusión de que en el tratamiento del niño no se debe prestar consideración indevida a la extensión de una determinada sesión; en cambio, la duración de las sesiones debe corresponder a los procedimientos involucrados en el tratamiento odontológico, en el profesional y su personal, la idiosincrasia del niño y en factores externos, como los permisos en la escuela, el transporte, las niñeras y la disponibilidad de tiempo. Cuando fueron interrogadas las madres, fue posible comprobar que la mayoría de ellas preferían las sesiones prolongadas. Las razones de esta preferencia fueron, además del bienestar físico y psicológico del niño, la conveniencia del padre y del niño y su preocupación por tener que pedir permiso en la escuela para las visitas o odontológicas frecuentes.

Sería conveniente citar al paciente pediátrico unos cuantos minutos antes del momento planeado para el tratamiento, lo cual permitirá la existencia de un intervalo traslapado para que el niño ajuste su horario al de la consulta del dentista. También puede planearse un corto intervalo de postratamiento en cada visita para hablar con el padre del niño, revisar la etapa que se ha completado y dar cualquier instrucción especial que deba aplicarse y así concluir la cita odontológica sin preura y satisfactoriamente.

Plan diario de tratamiento

El odontólogo deberá realizar sus deberes con destreza, rapidez y mínimo de dolor. La asistente es muy conveniente cuando se trabaja con niños, puede ser muy valiosa para ayudar a controlar al niño, y para facilitar los procedimientos operatorios al dentista. Cuando se hacen trabajos operatorios, la manera correcta es generalmente la más sencilla y fácil. Esto no implica técnicas descuidadas o trabajo de calidad inferior. Sin embargo, es posible hacer que las técnicas operatorias vayan bien. Si se arreglan los instrumentos adecuadamente, no será necesario buscarlos y perder tiempo cuando ya se ha empezado la operación. Un niño puede ver claramente cuando hay ineficiencia, aun después de pocas visitas al consultorio. Los niños son más observadores que los adultos, tal vez porque son más inquisitivos y se interesan por lo que los rodea. Pronto sabrán que el operador es poco eficiente, y éste perderá la confianza de sus pacientes. Trabaje suave y cuidadosamente y no pierda tiempo o movimientos. El niño puede soportar molestias si sabe que pronto terminarán. En la industria se hacen estudios de tiempo y movimiento para mejorar la eficiencia. Cada consultorio odontológico puede sacar partido de estos conocimientos, ya que es sorprendente la cantidad de movimientos innecesarios que se realizan en el transcurso de un día de trabajo.

Debido a lo anterior, los planes de tratamiento pediátrico deberán ordenarse de modo que la secuencia logre las considerag

ciones de prioridad para el cuidado indicado y que acorte en forma razonable, los intervalos planeados para cada visita. Deberá hacerse una anotación especial en el programa de citas, de modo que todos los miembros del personal conozcan anticipadamente la necesidad del paciente. Las sesiones deben ser organizadas como para reducir al mínimo la cantidad de visitas, limitar la frecuencia de la administración de anestésico local y realizar odontología por cuadrantes, siempre que sea posible. Es importante establecer una confianza sobre la base de un refuerzo positivo, a cuyo fin se deben efectuar primero los procedimientos más gratos en su ejecución.

Hasta donde sea posible, deberá extenderse una invitación al paciente infantil potencial para que se observe a los padres y a los hermanos durante su tratamiento y educación, en el ambiente del consultorio por lo general, ésta es una técnica excelente y constructiva y servirá como una introducción muy adecuada para el miembro más joven de la familia.

Tratamientos odontológicos durante horarios escolares

Se ha observado que no existen grandes problemas en cuanto a que las escuelas accedan a que los niños acudan a sus citas odontológicas durante las horas de clase, siempre y cuando los padres anticipadamente hayan pedido el permiso correspondiente. Actualmente existen formatos en las escuelas, los cuales son llenados por el dentista con el objeto de informar a la escuela los tratamientos realizados y el lapso de tiempo en el que se lleva a cabo.

También cabe mencionar que las escuelas acceden a estos permisos siempre y cuando las ausencias no se repitan a menudo ni sean muy prolongadas, ya que esto podría influir en un descenso en el aprovechamiento escolar del niño.

Contrariamente a lo anterior, hay algunas escuelas que no acceden a estos permisos, sino solamente cuando es una situación de emergencia o de dolor dentario agudo, en donde en cualquiera de los dos casos el niño no está en las mejores condiciones para rendir adecuadamente en los deberes escolares.

Citas canceladas

La proporción de cancelaciones y citas no cumplidas con los pacientes pediátricos es mayor, debido a la dependencia de que por lo menos dos miembros de la familia (es decir, el padre y el niño, y posiblemente otro hermano) estén sanos y disponibles para el momento de la cita. Una lesión traumática o un padecimiento de uno o más miembros de la familia, están entre las razones más frecuentes de cancelación de las citas para el niño. De aquí que sea importante tener una comunicación clara de una fecha aceptable antes para la consulta con el padre y confirmarla por teléfono o correo justo antes de la visita planeada.

Estas citas incumplidas o canceladas que pueden ser asignadas a otro paciente resultan en pérdidas significativas de servicios a los pacientes y de ingresos en el consultorio. El -

mantenimiento de un plan de citas completo y de una lista exacta de llamados al momento, es una responsabilidad vital de la recepcionista. Recordar a los padres por teléfono, un día antes, la cita del niño y llevar una lista para llamar en casos de citas canceladas, son esenciales para el uso económico del tiempo. Los llamados telefónicos entre las 7:30 y 9:00 horas, habitualmente alcanzarán a los padres antes que salgan para el trabajo o se comprometan en otras actividades. Además, tener los números telefónicos de sus lugares de empleo puede ser útil para confirmar la cita del niño. Esta llamada a primera hora que hace la recepcionista, asegura que el niño estará en el consultorio al día siguiente, a la hora apropiada, y refuerza la esperada participación del padre.

Además de la pérdida en productividad de tratamiento, las citas no cumplidas o canceladas llevan a otros problemas serios, como el dolor que sufre el niño, pérdida de longitud del arco, o la necesidad de tratamiento más extenso. Los padres que no piden otra cita para su hijo constituyen una preocupación importante para el odontólogo y la oficina administrativa.

Aunque el padre tiene la responsabilidad y el libre albedrío de fijar la próxima cita para el hijo, el odontólogo debe compartir esta responsabilidad para asegurar que el niño continuará recibiendo el tratamiento apropiado a la necesidad. Así, en el caso de que el padre de todos modos no fije una nueva ci

ta, el odontólogo analizará el caso y quizá resuelva derivar al niño a algún colega, en la esperanza que diferentes personalidades o un consultorio ubicado más convenientemente para el padre pudiera mejorar su cooperación respecto a las citas odontológicas del niño.

CAPITULO VI

DESARROLLO DEL MENOR

El desarrollo de la personalidad es un proceso complicado que abarca todos los aspectos del individuo y de su medio ambiente. El proceso varía de un niño a otro, pero en general, todos los niños pasan a través de varias fases del desarrollo, en el cual difieren los detalles, pero en el que, sin embargo, los lineamientos generales son esencialmente los mismos.

Cada una de estas etapas sucesivas del desarrollo se caracteriza por problemas definidos que el niño debe resolver, al - es que va a progresar con confianza hacia los siguientes. Se alcanzará el más alto grado de armonía funcional cuando los - problemas de cada etapa hayan sido enfrentados y resueltos en una frecuencia ordenada y en sucesión normal. Por otra parte, es conveniente recordar que los logros sucesivos que el niño - realiza en la personalidad no se encuentran rígida y definitivamente establecidos, sino que pueden ser reforzados o amenazados a través de la vida del individuo. Aun en la edad adulta, puede alcanzarse una personalidad relativamente sana a pesar - de haber existido sucesos desafortunados o defectos previos en la evolución del desarrollo.

Al considerar el desarrollo psicológico, es importante re - cordar que éste tiene lugar dentro de un medio cultural. No - solamente la forma de las grandes instituciones sociales, sino

también el marco de la vida familiar, la actitud de los padres y su conducta en la crianza del niño están condicionados por la cultura de un período determinado.

El desarrollo psicológico en la infancia puede ser dividido, a grandes rasgos, en cinco etapas: infancia (del nacimiento a los 18 meses), etapa inicial de la niñez (de los 18 meses a los 5 años), etapa final de la niñez (de los 5 a los 12 años), etapa inicial de la adolescencia (de los 12 a los 16 años) y etapa final de la adolescencia (de los 16 años a la madurez).

El odontólogo que guía con éxito a los niños por una experiencia odontológica comprende que un niño normal pasa por un crecimiento intelectual y físico definido. Comprende además - que el niño está adquiriendo constantemente hábitos, dejándolos o modificándolos. Este caso es quizás una razón para que la reacción del niño en el consultorio pueda diferir entre una visita y otra. Cada niño tiene un ritmo y un estilo de crecimiento. No hay dos niños, ni siquiera en la misma familia, - que se desarrollen exactamente en el mismo patrón. Todos los que trabajan con niños deben comprender que la edad psicológica del niño no siempre corresponde a su edad cronológica. Si bien la edad cronológica tiene relativamente poca importancia para el odontólogo, la psicológica y la fisiológica deben ser consideradas en el diagnóstico de los problemas de la conducta y en el plan de tratamiento.

tividades representan los valores medios, y es posible, en el niño normal, una desviación de 20 a 25%, respecto a ellos. La evolución uniforme del desarrollo es más importante que el período exacto en que acontece. Los exámenes neurológicos en el niño no se emplean con el fin de obtener el cociente intelectual, sino como un examen para comprobar el nivel actual de función. Si bien, los límites normales son amplos, la desviación notable en cualquier aspecto obligará a investigar en forma más detallada, para excluir causas variables de retardo mental o privación ambiental. El retardo en el lenguaje puede estar en desproporción a otros aspectos del desarrollo, aunque puede tener origen familiar, y hará que el médico estudie al pequeño para excluir trastornos de la audición, disfunción cerebral o trastorno psiquiátrico.

La mayoría de los psicólogos están de acuerdo en que la herencia actúa directamente sobre las características biológicas del individuo y establece la etapa para el desarrollo. Con la exposición al ambiente, el niño aprende a comportarse en concordancia con su madurez. Con cada experiencia nueva se desarrolla una nueva conducta, dictada por el sistema interno del niño, que produce de su motivación y de las consecuencias de su conducta. El dentista que trata niños, debe comprender el desarrollo para apreciar la interacción que el niño ofrece a través de la maduración y las experiencias y que el mismo dentista ofrece a través de las influencias ambientales.

Los modos del niño para percibir y reaccionar al ambiente son innatos y cambian con la edad. Finalmente el niño desarrolla nuevas habilidades, utilizando los modos básicos de experiencia del ambiente.

Se han investigado cinco áreas principales de desarrollo:

1. Desarrollo motor: Aumento en el control y la coordinación musculares.
2. Desarrollo cognoscitivo: Pensamiento, conceptualización, razonamiento.
3. Desarrollo de la percepción: Integración de las impresiones de los sentidos, como el oído y la vista.
4. Desarrollo social y de la personalidad: Vías habituales - del comportamiento con otros.
5. Desarrollo del lenguaje: Progreso de las destrezas del - lenguaje.

Aunque cada área es importante para comprender al niño, - el área menos comprendida y más pertinente para los dentistas abarca el conocimiento de la forma en que el niño piensa y en consecuencia, de la forma en que reacciona a una situación a - menudo llena de tensiones. El desarrollo mental en términos - de la edad ejerce una influencia decisiva sobre si el niño pug - na de aprender a aceptar del todo el tratamiento dental. El den - tista debe comprender este hecho y asegurar la comunicación y la expectación apropiadas.

El niño nace con varios reflejos, como: llorar, moverse y aferramiento. De estos reflejos desarrolla un conjunto de conductas que lo capacitan para adaptarse al mundo. Finalmente, - de este conjunto de reflejos primordiales, el niño se convierte en Homo sapiens y desarrolla la habilidad de resolver problemas complejos y de enfrentarse al mundo también complejo.

Características del desarrollo normal

— Desde el nacimiento hasta los 18 meses

La relación madre-hijo es muy importante. En este período, el niño adquiere la capacidad de confianza básica y de afecto. A partir de esta relación primaria adquiere conciencia de sí mismo, como una entidad separada de su madre. El ser humano na ce totalmente dependiente, sin idea de diferencia alguna entre sí mismo y el mundo exterior, que debe ser establecida para iniciar el desarrollo satisfactorio de su personalidad. El grado con que se logra depende la forma en que son cubiertas sus necesidades. En el comienzo, siente solamente molestia o ausencia de molestias, con base en sus sensaciones de hambre, dolores - por cólicos, diferencias de temperatura o humedad. Al aprender las contingencias para lograr comodidad, puede desarrollarse - más. Por ejemplo: cada vez que despierta por un cambio súbito de sensación, como la causada por la humedad, llora e inmediatamente se inicia una serie de cambios que lo devuelven al estado soco y cómodo que tenía. Comienza a aprender que puede, por aj

gún modo, obtener comodidad y lo mismo vale para el alivio del hambre y el dolor. Pronto desarrolla confianza en que sus necesidades serán satisfechas. En este momento no importa quién - satisface estas necesidades, pues en la medida en que el cuidado materno o de otra persona sea satisfactorio y obtenga comodidad, sentirá indudablemente seguridad interna. Si en esta etapa del desarrollo sobreesadimos falta de uniformidad y constancia de este patrón, por ejemplo, falta de cuidado materno satisfactorio o dolor causado por una persona que se supone lo mirará, aparecería confusión y desconfianza. Si ello acontece con la frecuencia suficiente, pronto se extinguirá la respuesta de anticipar la presencia de la persona que lo cuida cuando está incómodo. Es importante, en consecuencia, al cuidar a un lactante, especialmente si son necesarios métodos dolorosos, que el niño reciba en una situación dada todas las comodidades posibles. Se le tocará en brazos y se le mirará después de aplicar la una inyección o del examen del médico. Se le hablará con voz tranquila y reconfortante, en todo lo que dure un examen físico o un período de tratamiento. Aunque puede no entender las palabras, obtiene una sensación de comodidad y seguridad con la voz; el lactante responde a comunicación no verbal. Advierte cuando un adulto no está cómodo con él. Tome cada movimiento súbito o nueva sensación, y el timbre de la voz que lo conforta o la mano que lo protege, refuerza su confianza en los demás. Si en ocasiones anteriores asoció el color blanco de un uniforme con el dolor, las batas cortas o los delantales

de colores serán útiles para que no se sienta a disgusto. En suya, los primeros 18 meses son considerados como importantes, pues la falta de cuidado materno regular hace que el niño se retraiga del medio social y oriente su atención a su propio cuerpo, y no hacia los humanos, cuando experimenta molestia y ansiedad. Esta concentración de la atención en sí mismo puede continuar al grado de no desear comer, el decaimiento, no crecer, mostrar compasión y morir, si no se le presta atención.

— Un mes

Un lactante normal puede concentrar la mirada en la cara del examinador.

— Dos meses

Sigue el movimiento del dedo con los ojos.

— Tres meses

Puede agitar vivamente la sonaja.

— Cuatro meses

Prefiere estar sobre su dorso, eleva su cabeza y hombros, al estar acostado cambia de un lado al dorso, o del dorso a un lado, sostiene la cabeza erecta cuando se la toma en brazos, - empuja los pies contra el piso, se lanza contra quien ofrece - abrazarlo, hace movimientos de burbujas con la boca, produce - ruidos guturales, ríe entre dientes, reconoce la cara de su madre, sonrío, ríe, vocaliza, advierte la presencia de objetos - grandes, puede percibir una cuchara en una mesa, y tiende el -

brazo para asir un juguete que se le coloca sobre su cuna. Sus manos reaccionan a una mesa. Tiene interés selectivo en una carta animada, hace adaptaciones posturales anticipatorias para ser alzado en brazos, vuelve la cabeza en dirección de alguna voz, y juega con las manos.

— Seis meses

Se sienta con ayuda, gira estando acostado sobre su dorso, y cambia a su vientro y viceversa, emplea sus manos para alcanzar algo y para asir, agarrar, arrojar, y emplea el pulgar como oponente al asir una taza. Vocaliza con la música, articula muchas sílabas en vocalización espontánea, ríe con los gestos y sonidos que le hagan, y responde a la expresión facial animada. Advierte la presencia de objetos pequeños en una mesa y los toma con la mano, tira una cuchara, toma fuertemente con la mano un ardo que oscila, y muestra diversos grados de atención selectiva al sonido. Expresa su reconocimientos de personas que le son familiares, y puede tener conciencia de los extraños y gusta de la presencia y los juegos de las personas.

— Siete meses

Alardea, se sienta solo, toma con alguna cuchara alguna bolita o un fragmento pequeño en una mesa.

— Ocho meses

Si algún objeto desaparece de su vista, lo busca.

— Diez meses

Entiende negativos como "no". Toma un trozo de pan dorado con los dedos, le gusta tener personas a su alrededor (incluso cuando con la mano se despidió de ellas, preferiría que se quedaran), y toma una bolita con la presión exacta y fina.

— Un año

Expone todo lo que pueda despertar en los demás una sonrisa, tira de su cuerpo para estar de pie con apoyo, camina con ayuda, y puede pararse con un lápiz. Comprende órdenes verbales sencillas, dice dos o tres palabras, además de "papá" y "mamá", y puede con las manos decir adios, y a menudo lo dice. Si se le ordena, puede colocar un cubo en un recipiente y hallar el cabo oculto en él, conserva un cubo en cada mano y toma un tercero. Puede jugar con su isopnea el espejo, gusta lanzarse hacia ella, colabora con quien lo viste, sostiene una taza y bebe su contenido, puede usar una cuchara, y juega con cubos, pero no construye torres todavía.

— 15 meses

Se pone de pie por sí solo y erige una torre de dos cubos o dados.

— 18 meses

Camina solo, sube y baja escaleras, lanza una bola y gatea espontáneamente. Su lenguaje incluye 5 ó 10 palabras, algunas a veces inteligibles, comprende preguntas sencillas, puede

señalarle nariz, ojos o pelo, y decir "hola", "gracias", o sus equivalentes. Por imitación puede construir torres de tres o cuatro bloques. Emplea una cuchara sin derramar mucho contenido, en el juego muestra gestos dramáticos, agita los brazos al aire como una persona cuando está enojada, y trata de colocarse los zapatos.

Los niños de 1 a 18 meses tienen poca o ninguna capacidad de entender la necesidad de un examen o un tratamiento en sus dientes, ni el odontólogo puede comunicarse eficazmente con él. Ocasionalmente, es posible encontrar un niño de 18 meses que cooperará, aun en procedimientos restauradores, pero esto representa la excepción, más que la regla. Aun sin cooperación, los exámenes bucales y ciertos tratamientos pueden ser llevados a cabo en niños muy pequeños en forma eficiente y sin sedación.

— De los 18 meses a los 3 años

El comienzo del segundo período crítico es anunciado por tres adelantos:

1. Locomoción
2. Comprensión y comunicación por lenguaje
3. Las demandas de socialización del medio

Si en la primera etapa del año se desarrolló al punto de considerar valiosa a la persona que lo cuida, en la segunda etapa aprende a sentir ansiedad anticipadamente si la persona encargada de su cuidado esite una serie de pistas que señalan amenaza

de perder la aprobación. Este fenómeno es llamado ansiedad (o miedo) a la separación y es uno de los incentivos para aprender a inhibir la conducta. Si se separa a un niño de 18 meses de su madre y no siente en absoluto la ansiedad de la separación, debe sospecharse retardo notable en el desarrollo emocional, o un lazo de afecto mínimo entre él y su madre. Al arrastrarse, caminar, y correr con mayor seguridad, adquiere capacidad de control cada vez mayor sobre su medio. Casi de inmediato se añaden algunas negativas de quien lo cuida, pues debe aprender a resistir el deseo intenso de tirar de los cajones, correr por la calle, jugar con los objetos peligrosos y defecar en el momento y el sitio en que siente el estímulo interno de hacerlo. El aprendizaje de la higiene corporal es más fácil si el niño tiene relación satisfactoria con su madre, puede sostenerse solo, y puede hacer saber lo que desea. El aprendizaje del control de los esfínteres ofrece al niño la oportunidad de recompensar o castigar a su madre. Siente el temor real de la pérdida del cariño de sus padres; no entiende la forma en que la madre puede estar enojada con él, y aun asarlo. Cuanta mayor conciencia intelectual tenga el niño de las respuestas deseadas, con más facilidad llevará a cabo el aprendizaje por inhibición. En contraste, el niño con deficiencia intelectual será bastante difícil de educar, especialmente en las áreas con estímulos relativamente indistintos, como la urgencia de explorar objetos, cojines y asariles. Si se castiga al niño por tirar las botellas debajo del fregadero, por lo general no lo relaciona con el eg

título de un armario en la alcoba, y necesita, con una nueva aplicación de castigo, aprender a evitar e inhibir la exploración en esta zona poco diferente. Los límites impuestos al niño por sus padres deben ser necesarios y realistas, por ejemplo: el niño no debe tocar la estufa, tubos calientes o contactos eléctricos. Las prohibiciones impuestas no deben ir más allá de su capacidad de habilidad manual o de comprensión, y deben ser impuestas con hostilidad mínima por parte del padre. Cuando convenga, deben ofrecerse sustitutos deseables de los objetos prohibidos. Al aprender el niño un número grande de respuestas específicas y deseadas a ciertos estímulos, el impacto de la valoración y el tratamiento médico aumenta. Si de pronto se le pide que dé una respuesta no acostumbrada a un estímulo conocido, puede tornarse extraordinariamente ansioso.

Afortunadamente, durante el mismo período comienza a emplear el lenguaje, y beneficiará de explicaciones breves de cualquier conducta desaconsejada que se le pide. El niño a esa edad da un significado literal peculiar a una palabra. No capta analogía ni bromes verbales, y es incapaz de generalizar. Dadas las muchas posibilidades de error, es necesario hablarle siempre en términos sencillos, evitar analogías y los resultados, si son importante, deben ser comprobados al pedirle que repita lo que se le dijo. Ello muchas veces es bastante revelador. Tiene poca memoria y es inconstante, por lo que hay que repetir lo hecho lo que se le dice. A pesar que en el caso de una visi

ta basta una explicación para satisfacerlo, no cabe esperar que comprenda realmente la situación para la siguiente ocasión. - Siempre se le dará explicaciones, sea cual sea su edad o las - circunstancias. Es también característico en un niño de esta - edad considerar los objetos inanimados como si fuesen vivos. - El niño atribuye cualidades humanas a artefactos mecánicos con partes móviles; por ejemplo: cuando un reloj se detiene dice que se "dormió". Cuando rompe una galleta, su respuesta es "¡pó brechita!". A los adultos les encanta este rasgo, y en términos generales, no es dañino, pero si se alienta esta tendencia a la irrealidad, el niño puede sufrir problemas en su desarrollo ulterior. No conviene decirle que los animales en las figuras "lo miran" o que un instrumento frágil "se apoderará de él si lo toca"; de lo contrario, el niño puede temer que los instrumentos médicos desconocidos se levanten y lo dañen.

— 2 años

Sabe 100 palabras, hace frases de dos palabras, corre, patea una bola, construye una torre de cuatro a seis bloques, - sostiene un vaso con una mano, busca sus juguetes faltantes. - vuelve las páginas de un libro, una cada vez, distingue entre - lo afilado y lo tuyo, se enfurruña y hace pucheros, hace gaceas un poco, repite palabras y elige un objeto de color vivo entre varios de color mate del mismo tamaño y forma.

A esta edad, el odontólogo debe permitir que el niño sostenga el espejo, huela la pasta dentrífica o sienta el cepillado.

llito de profilaxis. Al hacerlo tendrá una mejor idea de lo que el odontólogo está intentando hacer. Al niño de 2 años lo suele intrigar el agua y el lavado. Como a esta edad temprana el niño es tímido ante la gente y los lugares nuevos y lo resulta difícil separarse de sus padres, casi sin excepción debe entrar acompañado por uno de los padres al consultorio.

— 3 años

Habla frases, con en soliloquios, busca resolver acertijos de bolas y cajas, construye una torre con 10 dados, al correr, da la vuelta rápidamente en esquinas en ángulo recto, pedalea un triciclo, "negocia pactos recíprocos de comercio", obediencia mente lleva recordos, se señala la nariz, los ojos y la boca en cuadros, según se le ordena, repite una frase de seis sílabas, repite dos numerales, enumera objetos familiares en cuadros y da su nombre de familia.

Con el niño de tres años el odontólogo puede habitualmente comunicarse y razonar durante la experiencia odontológica. Tiene un gran deseo de conversar y a menudo disfrutará contando historias al odontólogo y a sus asistentes. En esta etapa, el personal odontológico puede comentar a utilizar el acercamiento positivo en el niño. Sin embargo, es bueno señalar los factores positivos antes que los negativos con niños de cualquier edad. En particular, el más pequeño es el que tenderá a hacer las cosas que se le dice que no haga. Tienen dificultades para aceptar la palabra de otro para cualquier cosa y se sienten más

seguros si se permite que el padre permanezca con ellos hasta que conozcan bien al personal y los procedimientos.

— Desde los 3 a los 4 años de edad

Este período se caracteriza por el establecimiento de:

1. Identificación con los padres
2. Conciencia de la conducta esperada, según el sexo
3. Motivación para dominar tareas motoras e intelectuales
4. Capacidad de culpa y defensas contra la ansiedad y la culpa
5. El desarrollo de una conducta o papel activos y a veces agresivos con sus compañeros de juego y con otras personas.

Sólo si el niño supera con éxito el segundo período crítico es que el padre puede ordenarle respuestas deseadas, alcanzará buen desarrollo emocional en el tercer período, si de la identificación, que entraña el desarrollo de un concepto del "Yo" notablemente semejante al del progenitor del mismo sexo. En estas circunstancias, el niño puede sentir culpa cuando reconoce que su conducta se ha desviado de las normas establecidas. Al desarrollar el concepto de su "Yo", aumenta la importancia de su cuerpo, o la pérdida o la amenaza de pérdida de un órgano, tienen un impacto extraordinario en él. La pérdida de la función en ocasiones se considera igual a la pérdida de la zona corporal afectada. Cuanto más alto sea el valor que conceda a una función, mayor será su temor de perderla (tallo también vale o perder sus juguetes y ropas favoritos, pues considera estas pertenencias personales como partes de sí mismo).

— 4 años

Formula sin cesar preguntas aparentemente frívolas y hace retrocesos verbales intencionales. Puede saltar largos tramos, arrojar una pelota por lo alto, dibujar una figura humana y abotonarse su ropa. Es autoritario, dice mentiras pequeñas, conoce su propio sexo, gusta de ir al baño cuando están otros para satisfacer nuevas curiosidades, reconoce una llave, un cuchillo y una moneda, repite tres numerales, señala la más larga de las dos líneas que difieren un centímetro, y espectorea durante las infecciones de las vías respiratorias.

El niño de cuatro años, por lo común escuchará con interés las explicaciones y, normalmente, responderá bien a las indicaciones verbales. Los niños de esta edad suelen tener mentes vivaces y pueden ser grandes conversadores, aunque tienden a exagerar en su conversación. En algunas situaciones, el niño de cuatro años puede volverse desafiante y recurrir al empleo de "malas palabras". En general, sin embargo, el niño de 4 años que ha tenido una vida familiar feliz con un grado normal de educación y disciplina, será un paciente cooperador.

— 5 años

Habla con un ritmo normal y sin interrupciones, formula preguntas, porque realmente desea saber, brinca al correr, se sostiene en un pie, baila con la música, cantará una tonada, se lava la cara, gusta de lavar los platos, se besos pendenciero, platica en las comidas, ayuda a su hermanita, dice su nombre

y su dirección cuando está perdido, discrimina entre dos pesos, dispone una tarjeta cuadrangular que ha sido cortada diagonalmente en dos triángulos y se viste y desviste con poca ayuda.

El niño de 5 años está listo para aceptar las actividades grupales y la experiencia comunitaria. A esta edad las relaciones personales y sociales están mejor definidas, y el niño no suele temer dejar al padre en la sala de recepción. Si el niño de 5 años ha sido correctamente preparado por sus padres, no tendrá temor a experiencias nuevas, como las relacionadas con ir al consultorio del odontólogo. Los niños de este grupo cronológico suelen estar muy orgullosos de sus pertenencias y sus ropas, y responden bien a los comentarios sobre su aspecto personal. Los comentarios sobre sus vestidos pueden ser empleados eficazmente para establecer comunicación con un paciente nuevo.

— 6 años

Sabe si es de mañana o de tarde, define satisfactoriamente, en términos de su empleo, tres de las siguientes palabras: tender, mesa, silla, cabello y nariz; ejecuta tres órdenes dadas en sucesión; muestra su mano derecha y su oído izquierdo, y distingue en figuras o cuadros, las caras bonitas de las realmente feas o deformes. Puede escribir su nombre o una o dos palabras sencillas, dibujar un triángulo, repetir cuatro números. Juega sin problemas con los otros niños, cruza la calle solo, se separa fácilmente de su madre y se le pueden confiar sumas pequeñas de dinero. Piensa anticipadamente en ir a la escuela.

A los 6 años, la mayoría de los niños se separa de los lazos estrechos con la familia, sigue siendo, sin embargo, una época de transición importante y ansiedad considerable.

Las manifestaciones tensionales alcanzan un pico a esta edad, pueden incluir estallidos de gritos, violentas rabietas y golpes a los padres. A esta edad suele haber un marcado incremento en las respuestas temerosas. Muchos niños tienen miedo a los perros, a los elementos o aun a otros seres humanos. Algunos niños de esta edad temen los dedos a su cuerpo. Por eso, un ligero rasguño o a la vista de sangre pueden producir una respuesta desproporcionada a la causa. Con la correcta preparación para la experiencia odontológica se puede esperar, que el niño de 6 años responda de manera satisfactoria.

— De los 6 a los 11 años de edad

El niño de esta época está más interesado en sus compañeros de juegos que en sus padres. Las respuestas críticas establecidas en este período incluyen:

1. Adquisición de actitudes que lleven al dominio intelectual.
2. Aprendizaje y práctica de orientación social activa, en comparación con una actitud pasiva hacia sus compañeros.
3. Cristalización de actitudes hacia su Yo.
4. Establecimiento de la ansiedad y la culpa en asociación con agresión, sexualidad o independencia.

5. Establecimiento más firme de los mecanismos de defensa contra la ansiedad.
6. Desarrollo de normas respecto al pensamiento y conductas racionales, autonomía, honestidad y responsabilidad.

Siente antagonismo o indiferencia hacia las niñas, se identifica así mismo con los niños, y puede mostrar grado notable de conducta obsesivo-compulsiva y ritualista. Muestra inclinación a secundar información a sus padres, y necesita independencia. Su buen éxito en este período depende del control emocional que aprendió en sus primeros cinco años de vida. El mayor error al tratar a los niños que atraviesan este período es el de dar por supuesto que no tienen problemas alguno, pues aparentemente están bien. En términos generales, las defensas de negación y represión están mucho mejor desarrolladas, y si se estimula su desarrollo más acentuado, evitando convenientemente la expresión del temor subyacente, puede aparecer psicopatología. El escolar es más socializado; advierte el tipo de conducta que se espera de él y trata de seguirla. Es más difícil hacer emerger sus temores, que en el caso del preescolar. Puede sentir que esos temores son tan inaceptables que no puedan ser expresados; todo lo que expresa, aparentemente inocuo, es sólo un mero símbolo de sus temores más profundos. Por esta causa, es aún más importante explicarle todos los métodos y resolver todas sus preguntas en la forma más veraz que se pueda. Tiene importancia especial en esta edad no discutir problemas infanti-

les en su presencia, a menos que se prepare la conversación completa en una forma que le rinda beneficio terapéutico.

— 7 años

Dice la hora, describe imágenes dibujadas de objetos familiares, advierte la omisión de ojos, nariz, boca o brazos en dibujos, copia la figura de un diamante y conoce todos los colores corrientes.

El niño ha mejorado su capacidad para resolver temores, aunque puede reaccionar de manera que parezca alternadamente orgulloso o valiente. Está en la edad de preocupaciones, pero está resolviendo los miedos reales. El apoyo familiar es de enorme importancia para comprender y superar sus temores. El niño de esta edad puede generalmente resolver sus temores a los procedimientos operatorios dentales, porque el dentista puede razonar con él y explicarle lo que se está realizando. Si se produce dolor, se le puede instruir para que muestra su incomodidad, ya sea levantando la mano o con algún otro gesto. A medida que los niños crecen, sus temores se vuelven más variables e individuales.

— 8 años

Señala en término de dos minutos la diferencia entre papel y tela, mariposa y mosca, sodero y vidrio; cuenta del 1 al 20 en 20 segundos, y repite cinco números en orden.

Los niños de 8 a 14 años han aprendido a tolerar situacio-

nes desagradables y muestran marcados deseos de ser obedientes. Manejan bien sus frustraciones, no tienen grandes problemas, y se ajustan fácilmente a las situaciones en que se encuentran. - Desarrollan considerable control emocional. Sin embargo, presentan objeciones a que la gente tome a la ligera sus sufrimientos. No le gusta que lo fuercen, que se hagan injusticias o que lo mimen, ya sean los amigos o el dentista en su consultorio.

— 9 años

Da el cambio exacto de una moneda sin equivocarse, señala el día de la semana, el día del mes, y el año (con un error menor de cuatro días en una u otra forma en el día del mes) en 15 segundos, señala los meses en orden, sin hacer más de una omisión o inversión. Y arregla correctamente objetos por orden de peso.

— De los 12 años de edad a la adolescencia

Es otro período tormentoso en nuestra cultura, pues el niño tiene cuatro tareas importantes en su desarrollo:

1. Emancipación de los padres
2. Ajuste heterosexual
3. Elección de su vocación
4. Maduración u obtención de estabilidad emocional

Los problemas son extraordinariamente variables, aunque tienden a ser transitorios. Hay una rebelión intensa contra el

dominio de los adultos, y el adolescente infeliz puede sentirse tan extraño y lejano de sus padres que no acepte su ayuda aunque la necesite.

El problema de interacción con el paciente toma una forma totalmente distinta en la pubertad y la adolescencia. El adolescente sufre inestabilidad normal secundaria a los cambios rápidos de tipo físico, mental, y emocional, que experimenta y también muestra mayor variabilidad en su conducta cuando se enfrenta a una enfermedad.

Es absolutamente imposible anticipar con exactitud sus actitudes y sentimientos, pues un día se sentirá como adulto, al día siguiente como niño, siente que nadie lo comprende ni aprecia que está creciendo. Si se le trata como adulto, el niño que lleva adentro exige afecto. La adolescencia es el período en que se acelera el proceso de independencia de los padres, pero el adolescente no está preparado para la separación súbita lejos de su hogar.

— 12 años

Escribe siete numerales en orden, y define satisfactoriamente dos de las tres palabras siguientes: caridad, justicia y bondad.

— 15 años

Interpreta figuras de objetos familiares, imagina la hora que es cuando las manecillas del reloj están en las 12:30 y 2:56 y dice la hora.

Los adolescentes, especialmente los jóvenes, empiezan a preocuparse por su aspecto. A todos les gustaría ser lo más atractivos posible. Este interés por los efectos cosméticos puede servir al dentista como motivación para buscar atención odontológica. Están dispuestos a cooperar para satisfacer su ego. Los problemas de manejo ocurren tan solo en las personas que están considerablemente mal ajustadas.

CAPITULO VII

PERSONALIDAD Y CONDUCTA

Personalidad

La personalidad puede definirse como ese particular conjunto formado por los modelos de conducta y tendencias relativamente permanentes, que son características de un individuo; o personalidad son aquellos modelos relativamente constantes de percibir, pensar, sentir y comportarse que dan a cada persona su propia identidad. Personalidad es un "constructo que resume a otros", concepto abstracto que incluye pensamientos, motivos - emociones, intereses, actitudes, habilidades y otros fenómenos similares.

Cada persona tiene una estructura anatómica, cuya conformación, aunque en general está hecha según el modelo de la especie, es única en algunos detalles. Son esta estructura y su funcionamiento fisiológico, los que en parte determinan y limitan el desarrollo de la personalidad. El crecimiento del sistema nervioso central establece los límites del temperamento y la inteligencia. Se considera que las variaciones temperamentales, o sea, las capacidades para una gama de respuestas activas ante el ambiente, influyen sobre el efecto que tiene el hecho de experimentar un cambio en el ambiente, y tal vez al mismo tiempo se modifican debido al cambio. Esa propiedad especial del sistema nervioso, o sea, la capacidad de grabar, almacenar e inte-

grar las experiencias del organismo y así producir las respuestas de conducta más efectivas para la adaptación, hace posible que la personalidad humana evolucione. Así, conforme pasa el tiempo, gracias a una serie prolongada de experiencias sociales, se desarrollan actitudes, creencias, deseos, valores y pautas de adaptación más o menos perdurables y constantes, que le dan al individuo la cualidad de ser único.

En el desarrollo de la personalidad hay normalmente una progresión hacia la madurez y cada etapa se desarrolla como una consecuencia lógica de la etapa previa; se trata de un crecimiento que ocurre a través de diferentes etapas, cada una de las cuales tiene sus necesidades y problemas particulares. Si persisten restos de una etapa anterior en etapas subsiguientes, puede provocar deformaciones de la personalidad y volverse el origen de una enfermedad psicológica. También las primeras experiencias continúan ejerciendo su influencia sobre la personalidad en desarrollo, aun cuando no pueden ser evocadas por la conciencia.

Aunque las necesidades fisiológicas del lactante humano se determinan desde antes del nacimiento, su satisfacción, tanto en el período prenatal como durante mucho tiempo después del nacimiento, depende por completo del tipo de cuidados que proporciona la madre. La relación dependiente que aparece en el lactante establece, desde los primeros momentos de la vida extruterina, cuál es el tipo de asociación que el individuo va a te

ner con los otros; de este tipo de asociación se derivan las -
fuerzas que moldean la personalidad y la capacidad final del -
hombre para adaptarse a la sociedad.

Se puede aplicar el nombre de infantil a la persistencia, en la vida posterior, de estados emocionales que se caracteri-
zan por dependencia y actitudes que exigen de manera urgente sa-
tisfacciones inmediatas, sin responsabilidad ni consideración -
ante otras personas, con etapas de rabia cuando no se satisface la
necesidad en cuestión.

Si los primeros cuidados maternos son cálidos y permanen-
tes, establecen la base para un prolongado sentido de satisfac-
ción, seguridad y confianza en los demás; si tales cuidados no
existen, pueden establecerse, las raíces de la desconfianza y -
la inseguridad.

De igual manera, se puede suponer que los contactos inter-
mitentes con la madre, que alternan con estados de incomodidad
y comedia, establecen las experiencias sensitivas variadas -
que fijan las diferenciaciones cada vez más complicadas que el
niño hace entre sí mismo y los demás; también se asienta así la
base para un sentido del espacio y los ritmos que hacen estable-
cer el tiempo como una modalidad.

También es de gran importancia el descubrimiento de los pe-
ríos críticos, durante los cuales se necesitan ciertas espe-
riencias para formar los lazos sociales primarios, que son bási-
cos para las relaciones sociales futuras y para el aprendizaje.

Fue así que las primeras experiencias del niño ocurren en el marco familiar, sus percepciones e interpretaciones de estas experiencias determinarán sus actitudes y evaluaciones respecto a experiencias posteriores, incluso adultas, que contengan algunas similitudes aparentes. Esta transferencia de una actitud derivada de una relación personal familiar hacia otras personas en el mundo externo, ejercerá influencias favorables o desfavorables sobre las relaciones del individuo con los demás y sobre su capacidad para alcanzar sus objetivos sociales finales. Las actitudes persistentes de resentimiento o hostilidad, cuando llegan a formar parte de la estructura de la personalidad a consecuencia de las primeras experiencias, pueden forjar, en años posteriores, las respuestas repetitivas del neurótico y el foco en torno al cual se constituyen formaciones reactivas que paralizan al individuo.

En el desarrollo de la personalidad, un factor determinante de gran importancia es el modelamiento inconsciente del niño que se desarrolla, tomando como base a los padres, lo cual se denomina identificación. El niño se identifica con los aspectos que percibe en la conducta del progenitor, incluyendo los que le producen tensión o placer, las partes corporales, cuya importancia se exagera, las acciones y las capacidades que, en las fantasías cada vez mayores del niño, probablemente le dan al progenitor la fuerza y el poder que él desea para sí mismo. Si los padres son personas emocionalmente maduras, el proceso adaptativo de identificación produce un crecimiento sano.

La capacidad cada vez mayor del niño para cuidar de sí mismo, le permite ahora una mayor relación con el padre y con los hermanos; su desarrollo social se extiende más allá de la relación primaria con la madre. Durante este período, en el que aumentan los contactos sociales, aparece la necesidad de compartir, y en las experiencias con los otros, se desarrollan emociones como los celos, la rabia, la envidia y la culpa. La mayor actividad que el niño despliega le proporciona la oportunidad de ejercitar sus tendencias exploradoras, su curiosidad y su iniciativa para resolver problemas simples. Se empiezan a apreciar las diferencias entre los sexos y se establecen los fundamentos para la identificación sexual final. La lucha contra el padre para adquirir y obtener el primer lugar en el afecto de la madre, y las peleas con los hermanos y hermanas, establecen rivalidades competitivas que primero estimulan sueños que satisfacen deseos y fantasías de fuerza avasalladora y grandes satisfacciones, o más tarde provocan el miedo a las represalias, las heridas y los ataques provenientes de los otros.

Junto a la iniciativa y el deseo de esforzarse, y junto al surgimiento de las emociones de celos, rabia e ira, emerge también la conciencia. Uno de los progenitores, o ambos, poseen límites a las luchas del niño, el cual, en respuesta, desarrolla al mismo tiempo sentimientos de ser odiado y medios para escapar del ataque en represalia; a veces estos sentimientos y medios persisten en alguna forma hasta la edad adulta, con mal hy

mor, aislamiento y finalmente la internalización de las prohibiciones contra las expresiones de ira.

Teorías formuladas para explicar la actividad mental y la personalidad

Sur una legión de teorías de los enfoques para la comprensión de las conductas cambiantes. Las tres de más amplia aceptación como bases para la generación de cambios son la Psicoanalítica, Conductista y Orgánica. Muchas otras de las teorías de la personalidad existentes son en realidad, vestigios, modificaciones o combinaciones de éstas.

— Teoría Psicoanalítica de Sigmund Freud

Freud llegó a creer que la gente está consciente sólo de un número pequeño de pensamientos, recuerdos, sentimientos y deseos. Otros fenómenos de este tipo son preconcientes, es decir, están enterrados a corta "distancia" del consciente, de donde es relativamente fácil recuperarlos y sacarlos a la luz. La inmensa mayoría restante es inconsciente. Según él, esta material inconsciente entra en la conciencia bajo una forma disfrazada. Aparece en los sueños, se desliza por la lengua, en los errores, accidentes y durante la libre asociación. Por consiguiente, se supone que para penetrar y comprender el inconsciente de una persona, el perito tiene que escudriñar y analizar su conducta, los recuerdos, los sueños, los errores y las asociaciones a lo largo de un período relativamente largo.

Las teorías de Freud se enfocan hacia los aspectos inconscientes de la personalidad. Según él, los impulsos, los componentes de la personalidad, los recuerdos de las experiencias de la niñez temprana y los conflictos psicológicos dolorosos tienden a ser inconscientes. Los impulsos sexuales juegan un papel muy importante en toda la doctrina de Freud. Los impulsos sexuales generan una cantidad fija de energía psíquica, llamada libido, para la conducta general y actividad mental. La energía psíquica se va acumulando bajo presión, como el agua corriente cuando se detiene en un tubo por no tener válvula de escape. Los conflictos suelen aumentar también la tensión. Para que las personas funcionen normalmente, tiene que reducirse la presión. Si esta presión no se puede descargar, el "tubo" acaba por reventarse en su punto más débil y la persona manifiesta una conducta anormal.

Según estos conceptos freudianos, la personalidad del individuo se desarrolla en tres marcos estructurales: El Id o Ello, el Ego o Yo y el Superego o Superyo.

El Ello representa las funciones primitivas, es parte egocéntrica, dirigida a la conservación de la vida y a la reproducción sexual. Es guiado por la búsqueda de gratificación y la evitación del dolor.

El Yo maneja la realidad y representa la identidad personal y la capacidad de la persona para tratar las situaciones ambientales. Una de sus funciones es controlar los impulsos inconscientes del Ello y determinar cómo y cuándo expresar la energía.

El Superyó se desarrolla a partir de los conflictos que surgen de la confrontación entre el Ego y la sociedad. Está constituido por los valores morales y representa nuestra conciencia.

Aunque la teoría freudiana tiene limitaciones, las interpretaciones basadas en ella pueden iluminar varios aspectos de la conducta.

Desarrollo de la personalidad según Freud

Freud estaba convencido de que las primeras experiencias moldean la personalidad al pasar los niños por una serie de etapas psicosexuales. El término "psicosexual" se usa porque la libido (energía sexual) se concentra en diferentes partes del cuerpo al progresar el desarrollo psicológico. Tres áreas (boca, ano y genitales), conocidas como zonas erógenas, son muy sensibles a la estimulación placentera. En cada etapa de desarrollo domina una de las zonas: es decir, de cada etapa las personas obtienen un placer especial de esta zona y buscan objetos o actividades que produzcan estas experiencias deliciosas. Al mismo tiempo, los conflictos tienen que resolverse. Si se consiente demasiado a los niños, o si por el contrario, se les priva de lo que necesitan o se hace que se sientan frustrados injustamente, se detiene el desarrollo y se estanca la libido. Esta fijación implica dejar algo de la libido, la cantidad varía de acuerdo con lo severo del conflicto, permanentemente involucrada en ese nivel de desarrollo. Supongamos que una parte sustancial de la libido se fija en una etapa determinada: la

conducta adulta del individuo se caracterizará por los modos de obtener satisfacción o reducir la tensión, o por rasgos o actitudes, que se consideran típicos de la etapa en que ocurrió la fijación. Freud propuso cuatro etapas psicosexuales: oral, anal, fálica (una intermedia, que es la de latencia) y genital.

Etapa oral. Durante el primer año de vida, los bebés obtienen placer principalmente por la boca: comiendo, succionando, mordiendo y actividades similares. En otras palabras, la libido se centra en gestos orales. El bostezo es el principal conflicto de la etapa oral. Cuando más difícil resulte para los pequeños abandonar el pecho o el biberón con sus placeres correlativos, debido a una abundancia exagerada o a una privación extrema, mayor será la cantidad de libido que se fija en esta etapa. Si se deja aquí una porción sustancial de libido, esos bebés, al ser adultos, manifestarán características orales (por ejemplo: comer, masticar chicle, fumar y hablar demasiado).

Etapa anal. Durante el segundo año de vida, según Freud, el placer se obtiene principalmente de la región anal, inicialmente, al expulsar las heces y más adelante al retenerlas. Esta tendencia al placer, producto principalmente de la disminución de la tensión a consecuencia de la defecación, entra en conflicto con las restricciones que impone la sociedad: a los niños se les exige que controlen sus impulsos naturales. El entrenamiento para el control de esfínteres es el conflicto central de

la etapa anal. Algunos niños intentan contrastar defecando a tiempos inoportunos, tal vez después de ser apartados del retrete, otros retienen deliberadamente sus heces para asustar a sus padres, los cuales se sienten preocupados por la irregularidad del niño. Esta técnica presiona las paredes intestinales, lo cual puede considerarse como cierto tipo de placer. Si el entrenamiento para el control de esfínteres es demasiado riguroso o demasiado indulgente, parte considerable de la libido suele fijarse en esta etapa y más adelante, al llegar a la edad adulta, estos sujetos se valdrán de estrategias similares para resolver sus frustraciones generales, desaliento, ataques hostiles o escape, torquedad, tacañería y desafío.

Etapa fálica. Freud estaba convencido de que los niños descubren que los genitales producen placer entre el tercero y quinto año de edad, durante la etapa fálica. También creía que la mayoría de los niños se masturban. Los psicólogos contemporáneos están de acuerdo en que muchos lo hacen. Según Freud, las fantasías durante la masturbación establecen el escenario para una crisis global. El niño ama excesivamente al progenitor del sexo opuesto y siente intensa rivalidad hacia el progenitor del mismo sexo. En el caso de la mujer, este conflicto se llama complejo de Electra; en el del varón, el conflicto se llama complejo de Edipo. Estos nombres provienen de los personajes griegos legendarios que tuvieron conflictos dramáticos de este tipo.

Primero analicemos la situación angustiosa del niño. El niño ama a la madre porque satisface sus necesidades. Al iniciarse su conciencia sexual, dirige sus fantasías eróticas hacia ella, según dice Freud. El niño desea a la madre para sí mismo y percibe al padre como un rival. Desee, incluso, la muerte de su padre y fomenta fantasías de asesinato. Tarde o temprano, el niño empieza a preocuparse. ¿Qué sucederá si el padre, más grande y fuerte, contraataca? El niño siente especial temor de ser castrado, lo cual lo privaría de la fuente de placer. Para eliminar esta aterradora posibilidad, el niño reprime el amor que siente por la madre y se identifica con el padre (lucha por hacerse como él). Mediante esta maniobra, el niño elimina la amenaza del padre y obtiene gratificación indirecta de sus impulsos sexuales. En otras palabras, identificándose con el padre, el niño comparte en su imaginación los privilegios sexuales de su padre. Esta identificación tiene consecuencias de largo alcance, según Freud. Permite al muchacho adoptar características masculinas de personalidad y Superego del padre.

Las niñas afrontan una crisis similar aproximadamente en el mismo estadio de su desarrollo. Al igual que el hijo, la hija ama a la madre por satisfacer sus necesidades. Durante la etapa fálica, la niña descubre que posee una cavidad en lugar de pene, órgano sexual "más deseable". De por supuesto que en un tiempo poseyó el órgano, pero que lo perdió porque la castró

son, culpa a la madre de esta desgracia y su amor por ella empieza a disminuir. Para alcanzar control sobre el órgano que tanto estima, la niña transfiere temporalmente amor a su padre. Freud no pudo explicar claramente por qué la hija debía reprimir su amor por el padre, ni la razón de su identificación con la madre, por qué la niña adopta una conducta femenina propia de su sexo y adopta el superego de la madre. Con el tiempo, Freud decidió que el amor por el padre y la rivalidad hacia la madre sencillamente desaparecen poco a poco. A diferencia de la identificación del niño con el padre, la identificación de la niña con la madre es relativamente débil. Según opinaba Freud, la ausencia del pene explicaba muchas deficiencias de carácter de la mujer. Debido a esta "privación", las mujeres adoptan ciertas características de personalidad, como envidia e inferioridad, y no logran asimilar normas vigorosas de moralidad.

Etapas de latencia. Freud creía que al terminar la etapa fálica aproximadamente a los cinco años de edad, la personalidad ya está formada en sus mayores rasgos. Durante los siete años posteriores, más o menos, las necesidades sexuales se adormecen, no acontece ningún conflicto importante ni cambio de personalidad. A este período se le suele llamar "etapa de latencia".

Etapas genitales. Al iniciarse la pubertad, según Freud, los intereses sexuales vuelven a despertar. Durante la etapa genital (adolescencia, edad adulta y principios de la vejez), la

persona se orienta hacia los demás en la actividad cotidiana - propia de su cultura. Hasta este momento, los seres humanos - han estado absortos en sus cuerpos y necesidades inmediatas. - Ahora se ven impulsados a establecer relaciones sexuales que los satisfagan. Freud creía que el vínculo heterosexual maduro era la señal por excelencia de la madurez. Si la energía disminuye debido a una gratificación excesiva o a la frustración en las - etapas inferiores de desarrollo, los adolescentes no pueden ha - cerle frente a este reto.

— Teoría conductista

Hacia fines del siglo IX, Iván Pávlov demostró con perros, campanas y comida, que la conducta se aprende y que está determi- nada y regulada por agentes externos. Una conducta, o convic- ción, particular, sea considerada por el individuo mismo y la so- ciedad, se torna habitual mediante refuerzos negativos o positi- vos. Así es como una determinada conducta aprendida pueda ser - desaprendida. La mayoría de los terapeutas conductistas actua- les no apoyan la insistencia de B. F. Skinner, en que algunas - personas debieran ser reguladas por otras, a las que denominaría dictadores benignos. Quieren, como el terapeuta analista, ayu- dar a las personas a liberarse de las santeras alienantes de con- ducta y así convertirse en sus propios amos. Se manera de ayu- dar a padres y maestros es alentarlos para que proyecten ideas - positivas que recompensen, lo cual sirve como refuerzo, la con- ducta que sea buena para el niño, no sólo por control de parte -

del adulto. La mayoría de los conductistas modernos no niegan ni la presencia ni la influencia de las fuerzas inconscientes y motivadoras; sin embargo, creen que no es necesario ni deseable explorar los recovecos de la mente para descubrir esas fuerzas ocultas, pues el individuo desea el alivio de sus síntomas y no un largo proceso de comprensión de ellos. Padres y maestros de sean que los niños se comporten bien, tanto para aliviarse de las dificultades de trabajar con una conducta perturbadora, co mo también para que los niños estén libres de compulsiones que actúen de manera obstruccionista sobre su propia evolución y éxito.

Un buen ejemplo de cómo la gente es regulada por los demás, lo da la educación. Una frase dice que la educación que no enseña el control de sí mismo, no es educación. Los padres son o deberían ser los primeros educadores. Quizá niños de 2 años sean "terribles", porque se espera que lo sean y, por lo tanto, se les priva de los controles externos que conducen al control de sí mismo.

Las conductas del niño y del adulto están a menudo reguladas o determinadas por la información. Los niños crecen y actúan según lo enseñado por sus padres. Poco a poco comienzan a dudar y cambian al adquirir convicciones por informaciones contrarias de maestros y libros. La mayoría de los adultos, por ejemplo, están manejados por la información de la publicidad.

El objetivo de la terapéutica conductista es ayudar al sujeto a cambiar su conducta ego-aliñada o antisocial mediante -

diversos recursos, tales como condicionamiento operante, desensibilización, información correctora y otras. En vista del hecho de que el objetivo inmediato del odontólogo es ayudar al paciente a lograr el control con el fin de facilitar el tratamiento odontológico, a menudo puede ser necesario recurrir a las técnicas conductistas. Sin embargo, sus esfuerzos pueden tener más éxito cuando los realiza con cierta apreciación del estado psicológico del paciente. Sin esa sensibilidad, puede manipular con éxito a un niño sólo para terminar vaciando su autoestima. La propia estimación del niño aumenta cuando se lo ha facultado para ser amo de sí mismo por cualquier método que utilice quien lo ayude.

Teorías orgánicas

Los que proponen la etiología orgánica de la psicopatología y la conducta socialmente inaceptable, creen que todas esas desviaciones de lo normal son causadas por la actividad neuronal o metabólica. Los estudios de la esquizofrenia apuntan, a menudo, a la presencia de un metabolito anormal en el torrente sanguíneo. Puede que esto sea cierto, pero también es cierto que los niveles de adrenalina aumentan cuando uno está irritado. Hace algo alguien que llama la secreción de adrenalina. Asimismo, prácticamente todos los campeones deportivos insisten en que son capaces de generar un incremento en su nivel de adrenalina un segundo en el momento crítico para alcanzar la más alta eficiencia en la competencia. Parece lo más probable que los -

estímulos psicológicos liberen los metabolitos que ya han sido y los que aún pueden ser descubiertos presentes en ciertos estados acústicos visibles. Cuando un niño se pone manifiestamente ansioso en ocasión de su sesión odontológica, puede haber desenganchado un metabolito aislado en un tubo de ensayo. Un tranquilizante podría reducirle la ansiedad. Entonces, es probable que vuelva una y otra vez en el mismo tipo de situación o similar, generadora de estrés. Son útiles y hasta necesarios cuando la enfermedad mental o la conducta son destructoras de la persona o de lo demás. El odontólogo puede recurrir a ellos sólo cuando la ansiedad del paciente lo hace inaccesible a otros esfuerzos por ayudarlo a lograr su propio control y cooperar. Administrar una droga a un niño para ponerlo en estado de flaccidez refuerza su convicción de que no es capaz de manejarse a sí mismo. Al mismo tiempo, priva al odontólogo de la oportunidad de contribuir al refuerzo del ego del niño.

Tipos más comunes de personalidad en los niños

El niño sociable. Desde el punto de vista de estar libre de problemas emocionales, el primer tipo de niño que podemos mencionar y el más conveniente quizá, es el sociable, el que se da a los demás. Ya desde los dos años y hasta el comienzo de la pubertad, este niño dado normal, tiene deseo de relacionarse con quienes se ponen en contacto. La interacción se produce fácilmente: concuerda pronto, y muestra un alto nivel de curiosidad respecto de uno como odontólogo, de lo que piensa

realizar y de cómo lo hará. Es fácil de tratar y de responder a sus preguntas, pues generalmente son pertinentes y no están motivados por el temor o la angustia. A este niño se le pueden mostrar los instrumentos, cómo actúan y cuál es su propósito, - todo esto para reforzar la relación que se intenta establecer - con él. El examen se convierte en una aventura grata. No es raro que este niño quiera mirar la boca de su dentista para - "ver cómo es por dentro". Como cada nueva tarea es para él una especie de aventura y una experiencia en su aprendizaje, se le puede delegar parte de la responsabilidad por su cuidado dental. Hasta el caso de pasar por algún procedimiento ligeramente doloroso, este niño está muy dispuesto a comportarse como un joven colaborador.

El niño muy activo. Su presencia en la sala de espera se necesita ser anunciada por la asistente dental. Cuando llega, usted se da cuenta muy pronto. Su conducta en el consultorio es exploradora, investigadora, siempre expresándose en tono alto y tocándolo todo. Si el odontólogo llega a ser del tipo chsesivo, este tipo de niño puede ser muy vejante y ponerlo bien a prueba. Es el niño de quien la madre, típicamente declara: "No puedo hacer nada con él". Muy a menudo se resiste a entrar en el consultorio y, en especial, a cualquier trabajo en la boca. Cuando se observa esta constelación familiar, se ve que - quien dispone es el niño. Esto no explica por qué el niño es - tan activo y al parecer no cooperador. Una mejor apreciación -

psicológica de la situación nos dirá que se trata de un niño a quien los padres no pusieron límites definidos y experimenta un intensa angustia. Al ver las teorías de la personalidad, apreciamos que parte de la manera de evitar la angustia proviene de contar con una serie muy definida de límites. El niño que no tiene límites, no sabe dónde detenerse, o qué le está permitido hacer. Sin límites, se angustia y puede manifestarse una exagerada actividad. La mayor parte de esta hiperactividad, motivada por la angustia, podría aliviarse si se le fijaran límites adecuados. Como se sabe con la soga en su hogar, puede esperarse que suceda una situación similar en el consultorio odontológico. Casi todos estos niños, cuando se les reciben planteándoles una frustración mínima y ciertos límites, recurren a todos los medios de que se valieron con los padres. Pueden tener ataques de rabia, gritar, llorar o entregarse a cualquier otra forma de comportamiento pueril.

La conducta negativa y desadaptada de estos niños jamás debe hallar aprobación en el consultorio odontológico. Como recurso expeditivo para evitar que estas respuestas sean aprobadas, es imperioso que los padres no estén con él durante el examen preliminar ni en las visitas subsiguientes. Gran parte de su pasada teatralidad tenía por objetivo provocar cierta respuesta de los padres. Si estuvieran presentes habría una tendencia a utilizar los recursos destinados a llamar la atención.

Muy rara vez podrá el odontólogo actuar como educador de los padres. Pero con frecuencia podrá conversar con ellos acerca de la conducta del niño y comentar algunos medios para que se pueda controlar mejor su conducta en el consultorio. Hay a menudo surgen esas conversaciones que el niño no está actuando así por su propio temor al consultorio, sino por el de sus padres. Esta actitud de parte de los padres conduce invariablemente a una marcada angustia y temor en el niño. Los padres les aiebran la idea de que existe algo de qué tener miedo en el consultorio odontológico.

El niño angustiado y retraído. Presenta un problema más serio el niño tímido, retraído, angustiado, que se somete al examen con apenas algún quejido. Es el mismo niño cuyos maestros lo consideran callado y complaciente, que nunca da trabajo. Es también el niño que con casi toda seguridad va a sufrir un alto grado de estrés a lo largo de las etapas del tratamiento. Es casi como si irradiara miedos y preocupaciones. Quizá esa preocupación tenga por base experiencias previas con odontólogos o médicos. Pero con mayor frecuencia deriva del tipo de disciplina paterna. Como este niño parece modificar su conducta ante las amenazas, se convierten éstas en el método principal de disciplina. Para este niño la vida es una sucesión interminable de temores. La escuela puede llegar a ser para él, la misma padilla que su vida en el hogar.

En razón de los muchos temores y preocupaciones de estos niños, tiene especial importancia conversar cada paso por realizar. Debe el niño estar bien informado de todo lo que usted hará y de por qué lo hará. También necesita, si puede hacerlo, expresar todas las preocupaciones que se puedan haber ido formando en su mente. Aunque simpatía y comprensión sean un buen comienzo, son insuficientes para aliviar los temores y tensiones de este niño. Lo que más se necesita y lo que iniciará más fácilmente su conversación, es que se reconozcan en el transcurso de la conversación los sentimientos que él experimenta.

Muchas veces los problemas de este niño temeroso y angustiado están fuera del alcance efectivo de la capacidad del odontólogo. Algunas veces se podrá obtener el tratamiento necesario de un psicólogo o psiquiatra. Estos problemas, por ejemplo, podrían ser la consecuencia de una práctica religiosa demasiado crítica en su hogar; el niño no puede vivir a la altura de lo que se espera de él y desarrolla intensos sentimientos de culpa. Otras formas hay de estrés o lucha en el hogar que son capaces de generar esta conducta. Cuando esas situaciones lleguen a interferir demasiado con el tratamiento odontológico, lo apropiado podría ser que el odontólogo sugiera una mayor investigación de los problemas emocionales.

De modo similar, una patología más leve de los años preescolares no es reconocida hasta que el niño debe concurrir a la escuela y se rehúsa, o concurre, pero no logra funcionar bien allí. Por lo tanto, el primer grado representa la prueba crítica de la capacidad del niño aparentemente normal para actuar en el mundo real.

Describiremos algunas de las situaciones patológicas que se presentan:

Autismo infantil. Muchos autores insisten en que ésta es una alteración orgánica presente al nacer. Los padres describen un niño que no se relaciona con ellos. El examen neurológico revela "señales leves" de anomalía del sistema nervioso central. Sin embargo, cuando más se sondea uno en la historia de la vida del niño, más descubre que, ya a causa de su propia depresión, ya por temor a sus propios impulsos contra el niño (es decir, como protección de sí mismos para no abusar del niño), ya por su rechazo, admitido o negado, los padres aislaron al niño. En presencia del niño, los padres sintieron ansiedad o se congelaron y el niño, a su vez, al sentirlo, tuvo miedo de intentar relaciones con ellos. El resultado de esto es que el niño no habla ni escribe, se relaciona con las cosas y trata a las personas como si fueran cosas y no soporta los cambios en su medio. En esencia, el niño se adaptó a un mundo inmodificable, lleno de cosas y sin personas.

A los "gigacos leves" se los llama así porque no apuntan a una clase definida de entidad patológica neurológica. Presentan temblores de las manos o movimientos musculares sutiles o - manifestos de los dedos, la cabeza y los ojos, torpeza para caminar y distorsiones en la recepción auditiva. En general, estos niños usan sus cuerpos sin eficacia o propósito. El niño aislado no tiene medios para usar su cerebro y, por lo tanto, no se desarrolla normalmente. Esto se refleja en el examen neurológico.

Fracaso es prosperar. El niño afectado no aumenta de peso ni desarrolla un buen tono vascular. Un cambio en su medio pugna de producir logros notables en todos los sentidos. El bebé con "caries de hiberno" representa una forma del fracaso para prosperar. Estos niños están emocional y físicamente descuidados, pero no aislados como el niño autista. Una manifestación más tardía del fracaso para prosperar es el llamado "esquismo psicógeno". Se suele hacer este diagnóstico hacia los 3 ó 4 años, cuando el niño es traído por su escasa estatura.

El ratificador es el diagnóstico de estas condiciones es el incremento testral en tamaño y evolución al sacar al niño del medio de su hogar para llevarlo a otro emocionalmente conector.

Depresión anaclítica. Un niño con una relación razonablemente buena con la única persona que lo cuidaba de quien lo separa, deja de interesarse por su medio y se torna lloroso e in-

consolable. La rápida restauración de quien lo cuidaba le devuelve su actitud normal. Si esa persona no le es devuelta - pronto, puede tornarse crónicamente deprimido o desconfiado de las relaciones futuras. Se ve esto a veces cuando se saca a un niño de un hogar de crianza a uno adoptivo.

Psicosis simbiótica. El niño parece evolucionar normalmente hasta que no logra pasar la fase práctica del proceso de separación-individuación. Entonces, abrumado por la ansiedad, pierde o reduce su habla y es incapaz de separarse de su compañero simbiótico o de relacionarse con otros y no puede dejar que los demás se entrometan en esa relación diádica.

Niño atípico, disfunción cerebral mínima, limítrofe o trastorno evolutivo. Estas son condiciones análogas causadas por formas leves de privación en la evolución. Estos niños desarrollan un lenguaje mayor y más habilidades que el niño simbiótico, pero menos que lo esperado. La mayoría no tuvo neurosis edípica, porque en su mayoría están entregados a la dependencia de la madre. No pueden funcionar en el grupo, exigen atención individual, no se quedan quietos ni presentan atención y fallan en el estudio. Se comportan como niños más pequeños. Las pruebas visuales motoras y proyectivas revelan una actitud infantil para consigo mismo y el medio. Creen que no se ha de esperar demasiado de ellos porque son "chiquitos". Ubicados en una celda reducida, con atención individual, en su mayoría aprenden muy rápidamente.

Si la situación estuvo presente desde la primera infancia y afectó la capacidad del niño para sus logros y para la socialización, el "Ego" queda fijado. Algunos niños andan razonablemente bien hasta que las tensiones externas o internas lo fuerzan a regresar a un nivel anterior de funcionamiento.

Esquizofrenia infantil. Para vez se utiliza esta denominación, a menos que el niño, que suele tener 7 ó 10 años, se comporte como una persona esquizofrénica adulta. El niño esquizofrénico, abrumado por la ansiedad y sin éxito en el uso de los mecanismos defensivos usuales, desarrolla sus propias maneras de adaptarse al mundo percibido interno y exteriormente. Esas maneras resultan raras para los demás, porque no conducen a una adaptación al mundo real. Ellas sirven para ayudar al niño a contenerse internamente y por ellas, el medio actúa para contenerlo externamente. Se retira de la interacción social, de respuestas emocionales chatas o inapropiadas, piensa y, por lo tanto, habla fuera de sincronía con sus interlocutores. Vive en un mundo de fantasía que, cuando se le comprende, es una simbiosis restablecida. Estos niños suelen tener padres desordenados o incongruentes. A menudo el período simbiótico fue extraordinariamente ambivalente y traumático para la madre y el niño, y el padre fue demasiado pasivo e incapaz de interceptar y ayudar. Al sentirse impotentes en esa situación y en la necesidad de mantenerse ellos y su madre buenos, distorsionan los estímulos y responden a las distorsiones. Su conducta es entonces "alocada".

En otros tiempos, se les hubiera internado. Ahora, con medicación y situaciones escolares especiales, junto con la psicoterapia familiar e individual, se les facilita para permanecer en la comunidad.

Neurosis. Los trastornos de la personalidad son extremadamente duros de tratar, porque la conducta es oposintónica. Las neurosis son más susceptibles de tratamiento porque el individuo sufre. A veces las técnicas conductistas o las medicaciones alivian un síntoma para satisfacción del individuo. Mas con los años uno se puede encontrar con que la remoción de una determinada conducta calma la ansiedad de los padres y los satisface, pero deja al niño mal con sus síntomas sustitutos aceptables por los padres. A menudo una combinación de terapéutica profunda y de terapéutica conductista logra un nivel aceptable de comodidad para todas las partes. Cuando lo indique con la severidad, y el tiempo y las finanzas lo permitan, el psicoanálisis es la mejor forma de terapéutica para la neurosis, porque su objetivo es la resolución de los conflictos básicos.

Neurosis y trastornos de la personalidad. El diagnóstico de neurosis a menudo provoca una sensación de alivio y esperanza para el individuo sufriendo. No obstante, la neurosis es una enfermedad y ésta implica sufrimiento, una neurosis puede ser leve o seria. Es para las neurosis más severas que se busca tratamiento. Por definición, una neurosis es la manifestación de la ansiedad del Ego por tener que mediar en el conflicto en

tra al Ello y el Superego. El síntoma indica que las defensas contra sentir ansiedad y tener conciencia del conflicto están fallando. Es una neurosis, la conducta sintomática es ego-siligada, lo cual torna a la persona incoherente a la enferma.

El individuo que tiene un trastorno de la personalidad puede manifestar la misma conducta que un neurótico. No obstante, sus defensas contra la ansiedad y la conciencia del conflicto se ha constituido en una parte engranada en su ser y, por lo tanto, son ego-sintéticas. Mientras que una neurosis representa la regresión del ego bajo estrés, desde un nivel superior a otro inferior de adaptación en la escala psicosexual, el trastorno de la personalidad representa una fijación en un nivel infantil en la evolución psicosexual. La neurosis representa el fracaso del esfuerzo defensivo por mantener reprimidos los impulsos sexuales y expresivos. El trastorno de la personalidad representa el éxito del esfuerzo defensivo a costa de la restricción del ego y el displacer personal. Las formas principales de neurosis y de trastornos de la personalidad análogos son:

1. Neurosis depresiva y personalidad depresiva
2. Neurosis obsesiva-compulsiva y personalidad obsesiva-compulsiva.
3. Neurosis fóbica (ansiedad) y personalidad fóbica)
4. Histeria de conversión y personalidad histérica

Aunque la raíz de cada una de estas condiciones es una etapa de evolución infantil, no suele manifestarse hasta la lactancia.

1. Neurosis depresiva

Es el resultado de la regresión del Ego a la etapa oral. - Sus elementos principales son dependencia, ambivalencia, ira y culpa. El niño deprimido es retraído, quizá llorón y no se interesa por participar en las actividades propias de la edad. - Un niño de primer grado deprimido no quiere estar ahí. Quiere que se le cuide como al hermanito menor que quedó en casa. - Odia a la madre que ama y está enojado con ella y siente culpa por ese odio y esa rabia. Se retrae e inmoviliza, con lo cual aisla los impulsos agresivos hacia la madre causante. No logra progresar en la escuela ni disfrutar las actividades de juego - de sus pares.

La personalidad depresiva representa la fijación del Ego - en la etapa oral. El niño de primer grado con personalidad de presiva ha sido siempre un niño en totalidad menor, sin humor, que juega, pero no lo disfruta y con quien no es demasiado divertido estar. Se queja de que otros chicos no lo quieren y, - realmente, no es muy querido. Los adultos tienden a sentir - lástima por él.

Los niños deprimidos necesitan muchísimo la atención, pero no son demasiado eficaces en conseguir que se la brinden. Son tranquilos y, por lo tanto, sin problemas de conducta. Son más vulnerables a los resfrios y son propensos a tener problemas - psicocósmicos que dan por resultado que no se los mande a la - escuela.

2. La neurosis obsesiva-compulsiva

Se manifiesta en el individuo por pensamientos y conductas que no desea, pero que es incapaz de librarse de ellos. Aporta pensamientos y actos de odio y agresión que desea y se siente culpable por deseárselos y temeroso de realizarlos. Regresó al período anal, cuando controlar y ser controlado por los deseos constituye el área principal del conflicto. El pensamiento o la conducta irracionales reconocibles representan la realización de actos o pensamientos prohibidos. No hacerlo despierta temporalmente ansiedad y retorno del pensamiento o la conducta indeseados. Las acciones son repetitivas y ritualistas y fuera del control de la voluntad.

El pensamiento obsesivo suele controlar y alterar sólo al sujeto. La conducta compulsiva controla y altera al individuo y al medio.

La personalidad obsesiva-compulsiva halla fuera de su control a los pensamientos y la conducta, repetitivos y ritualistas, pero son ego-sintónicos. A veces se llama salento a lo que realmente es sólo una actividad ritualista que controla al ser mismo y a su medio, pero con víctimas voluntarias secundarias, porque hay beneficios para todos.

Los cerebros recién nacidos no saben de piscas, beisbol, piscinas, pinturas, números, diccionarios, patines de hielo, tableros de ajedrez o laboratorios, pájaros o dientes. Algunas -

personas se obsesionan en consagrar el Yo a ellos, al punto de reafirmarse de otras actividades de una manera que es ego-sintónica progresiva. Así alcanzan la fama. El éxito a menudo exige la participación del medio en la obsesión del individuo para su propio beneficio.

Sólo cuando el individuo obsesivo intenta de continuo dominar su medio sin la participación voluntaria de éste, se considerará que se trata de una personalidad "trastornada".

3. Fobia

Una fobia es simplemente una manera del Ego de hallar una cosa de la cual tener miedo en vez de sus propios impulsos - sexuales o agresivos. En la infancia, las fobias se dirigen siempre todo contra la agresión. En la adolescencia, los temores a los impulsos sexuales adquieren igual significación. El miedo de salir a la calle puede significar el temor de ser seductora. El temor a los cuchillos es temor a la agresión, a los demás, o de que se vuelva contra sí mismo.

Las fobias suelen estar relacionadas con el período edípico fálico. Cuando el Ego no tiene éxito en desplazar el temor de gratificar un impulso prohibido hacia un objeto, la ansiedad resultante se denomina historia de ansiedad. Cuando la historia no se manifiesta como fobia objetal, puede desplazarse a una función corporal. Se llama historia por conversión si uno tiene miedo de los cuchillos o no puede usar sus manos, no pag

de perpetuar un acto prohibido. Cuando un individuo fóbico actúa contra su temor, sabiendo que es irracional, se le dice contrafóbico.

Delincuencia. La delincuencia es una forma especial de - - trastornos de la conducta. Puede ser un síntoma de neurosis, o la manifestación de un trastorno de la personalidad o una adaptación normal a un medio muy negativo.

Quizá uno de los problemas más comunes entre los adolescentes modernos es su incapacidad para soportar la frustración y la ansiedad. En vez de sublimar sus impulsos sexuales y agresivos los dejan actuar, con el resultado de una epidemia de embarazos y crímenes en adolescentes. Se ha tornado usual en la sociedad atribuir esa conducta a lo que ven en sus miles de horas de televisión. Quizá sería mejor explicarlo diciendo que mirar televisión les impidió adquirir habilidades placenteras en otras actividades, incluidas las que son socialmente aceptadas y respetuosas de la ley, aunque gratificantes.

Reacciones a la Odontología

Hay por lo menos cuatro reacciones a la experiencia odontológica: miedo, ansiedad, resistencia y timidez. El odontólogo que trata niños pequeños se dará cuenta rápidamente, de que el niño se siempre demuestra una reacción definida o única. Puede haber una combinación de varias de esas reacciones, lo que hace más complejo el problema, sobre todo porque el odontólogo debe -

diagnosticar la reacción rápidamente y con la ventaja del conocimiento de la experiencia previa del niño con miembros de las profesiones de la salud.

Miedo. Es la reacción frente a una amenaza externa real y corresponde en el plano psicológico a la respuesta física al dolor.

El miedo es una de las emociones que con más frecuencia se experimentan en la niñez. Su efecto sobre el bienestar físico y mental del niño puede ser extremadamente dañino. Hay estudios que indican que el miedo a la odontología, que a menudo lleva a evitar el tratamiento, está presente en el 54 a 64 de la población. La prevalencia del miedo puede llegar a un 164 entre los escolares. La investigación sugiere que la adquisición y la perpetuación de actitudes negativas hacia la odontología son un proceso cíclico que tiene su génesis en la niñez. Numerosos factores han sido identificados como contribuyentes al desarrollo de esas actitudes en los niños.

Este miedo representa para el dentista el principal problema de manejo, y es una de las razones por la que la gente desconfía del tratamiento dental. Por esta razón, es bueno discutir esta emoción y la manera en que las influencias de los padres y del medio actúan para dar pacientes infantiles buenos o malos.

El miedo es una de las primeras emociones que se experimentan después del nacimiento, aunque la respuesta al sobresalto está presente al nacer y se pueden demostrar antes del nacimiento

reacciones reflejas a estímulos. A medida que el niño crece y aumenta su capacidad mental, toma conciencia de los estímulos que le producen miedo y puede identificarlos individualmente. El niño trata de ajustarse a estas experiencias aisladas por medio de la huida, si no puede resolver el problema de otra manera. Si el niño se siente incapaz de hacer frente a la situación y le es físicamente imposible huir, se intensificará su miedo.

El miedo y la ira son respuestas primitivas que se desarrollan para proteger al individuo contra daños y la destrucción propia. La estimulación emocional se descarga por medio del sistema nervioso autónomo a través del hipotálamo y necesita muy poca integración cortical. Sin embargo, en el hombre las descargas del hipotálamo pueden ser modificadas por interferencias corticales, de manera que con su corte altamente desarrollado puede, hasta cierto grado, controlar sus emociones, a través de racionalización y determinación. En los niños de corta edad, demasiado jóvenes para racionalizar mucho, se produce un comportamiento que es difícil de controlar. En muchos aspectos, el niño se comporta de manera primitiva al tratar de luchar con la situación o huir de ella. Cuando no puede llevar a cabo ésta, aumenta su miedo, y entonces la comunicación del dentista con el niño puede ser muy difícil. Incluso con niños de más edad, puede ocurrir una situación en la que el miedo sea tan pronunciado que el niño no pueda razonar claramente. Generalmente, a medida que aumenta la edad mental del niño, estas respuestas pueden ser cada vez -

más controladas por la corteza a través de funciones psíquicas - más elevadas.

Contrariamente a lo que en general se cree, dirigido y controlado adecuadamente, el miedo puede ser muy valioso. Puesto que los estímulos que lo producen pueden realmente dañar al niño, el miedo es un mecanismo protector de preservación. La naturaleza misma de esta emoción puede utilizarse para mantener al niño alejado de situaciones peligrosas, ya sea de tipo social o físico, si el niño no teme castigos o desaprobación de sus padres, - su comportamiento puede volverse una amenaza para la sociedad y puede incluso llevarlo a la cárcel en el futuro. Si no se le enseña al niño temor al fuego, las probabilidades que tiene de quemarse son mucho mayores. Por lo tanto, el enfoque del entrenamiento dado por los padres, no deberá tender a eliminar el miedo, sino a canalizarlo hacia los peligros que realmente existen, y evitarlo en situaciones donde no existe peligro. De esta manera, servirá de mecanismo protector contra peligros reales y evitará comportamientos antisociales.

Tipos de miedo. La mayoría de los temores evidentes en niños han sido adquiridos objetiva o subjetivamente.

— Temores objetivos

Los temores objetivos son los producidos por estimulación - física de los organismos sensoriales y generalmente no son de origen paterno, son reacciones a estímulos que se sienten, ven - oyen, huelen o saborean y son de naturaleza desagradable.

Los miedos objetivos pueden ser de naturaleza asociativa. Temores dentales pueden asociarse con experiencias no relacionadas. Un niño que ha sido manejado deficientemente en un hospital o que haya sufrido en él intensos dolores inflingidos por personas con uniformes blancos, pueden desarrollar un miedo intenso a los uniformes similares de los dentistas. Incluso, el olor característico de ciertas drogas o compuestos químicos asociados anteriormente por situaciones desagradables pueden causar temores injustificados. Un diente doloroso puede asociar dolor con odontología y puede causar hasta aprensión hacia la visita dental. El miedo también hace descender el umbral del dolor, de manera que cualquier dolor producido durante el tratamiento resulta aumentado y lleva aprensiones todavía mayores.

— Temores subjetivos

Los temores subjetivos están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridos al niño por personas que le rodean, sin que el niño los haya experimentado personalmente. Un niño de corta edad es muy sensible a la sugestión. Al no tener experiencia y ser de alguna situación desagradable, o que produjo dolor, sufrida por sus padres u otras personas, pronto desarrollará miedo a esa experiencia.

Los niños tienen un miedo intenso a lo desconocido. Cualquier experiencia que sea nueva y desconocida les producirá miedo hasta que obtengan pruebas de que su bienestar no se ve amenazado por ella. Su miedo es un intento de ajustarse a una si

trasciende que temen sea dolorosa. Hasta que el niño esté convencido de que no existe razón para asustarse, persistirá el miedo.

Los temores subjetivos también pueden experimentarse por imitación. Un niño que observa miedo en otros, puede adquirir temores hacia el mismo objeto o hecho tan genuino como el que está observando en otros. Generalmente, mientras más tiempo subsistan temores subjetivos en la mente, más se irán agrandando. En consecuencia, estos temores pueden ser más intensos y no guardan proporción con el miedo objetivo que hubiera producido la experiencia en sí. Los temores más difíciles de superar y eliminar son los que vienen de tiempo atrás, generalmente subjetivos. En la mayoría de los niños, el miedo es subjetivo, no consecuencia de tratamientos dentales anteriores.

Aunque las influencias de los padres son las más profundas en materia de sugestión, los niños pueden adquirir miedos sugeridos de amigos o compañeros de juegos, o de materiales, como: libros, periódicos, dibujos animados, radio, televisión y teatro.

La eficacia de estas influencias dependerá de la fuerza y repetición de los estímulos y de la sugestionabilidad del niño. Por lo general, un niño miedoso temerá a todas las personas o cosas.

Los miedos sugeridos pueden aumentarse a tal grado que lleguen a la irracionalidad. Ya que los temores más profundos los inspiraban objetos o acontecimientos imaginarios.

A medida que se desarrollan las capacidades imaginativas del niño, los miedos imaginarios se vuelven más intensos. Los temores imaginarios, por lo tanto, aumentan con la edad y el desarrollo mental, hasta cierta edad en que la razón prueba que no tienen fundamento.

Los temores pueden ser irracionales en el sentido de que el niño no sabe por qué está atemorizado. Puede que recuerdos de experiencias pasadas se borren totalmente de su memoria consciente, pero las emociones asociadas con la experiencia olvidada determinan en gran parte su reacción a acontecimientos similares en el futuro.

La intensidad de los temores de los niños varía. Estas diferencias pueden explicarse por hechos tan sencillos como la necesidad o el deseo que tiene el niño de dormir. Un niño adormilado tiende a mostrar más miedo e irritación que un niño despierto, porque se le ha reducido la capacidad de razonar y controlar sus temores, y tiene una tolerancia inferior a las situaciones desagradables.

El patrón del miedo puede ser impredecible, ya que no todos los temores que manifiestan los niños son genuinos. Frecuentemente utilizan el miedo al dentista como mecanismo de defensa, no se le pedirá al niño que haga su visita dental o realice la tarea que le encomendó el dentista para cuando esté en casa. Son los padres y el dentista los que tienen que determinar si el miedo es real o simulado.

Es bueno recordar que, independientemente del condicionamiento, los niños normales con experiencias similares mostraron gran variedad en la adquisición y reacción al miedo. Cada niño es un individuo y reacciona de manera individual. Gran parte de la reacción dependerá de las capacidades innatas físicas y mentales del individuo. Un niño que está físicamente sano, con funciones endocrinas normales, responderá de manera más activa que el niño con hipofunciones glandulares. El niño mentalmente alerta, responderá más inteligente y rápidamente que individuos retrasados mentalmente. A veces, se encuentran situaciones en las que dos niños, sometidos al mismo estímulo o experiencia y con iguales capacidades mentales, reaccionan en direcciones opuestas; por ejemplo: uno mostrará valor y tratará de combatir al agente causal, mientras que el otro responderá con alarma y tratará de huir. Estas diferencias humanas deberán ser comprendidas por los padres cuando enseñan a los niños individualmente para que acepten procedimientos comunes, como los dentales, y para que los tomen como una experiencia normal relacionada con la salud.

Ansiedad. Es un estado emocional que se origina en fuentes internas, tales como fantasías y expectativas no reales.

La ansiedad o inseguridad está probablemente muy relacionada con el estado de miedo. Se cree que algunos niños desarrollan lentamente la necesaria seguridad y permanecen inseguros y ansiosos mucho tiempo después que superaron esos sentimientos.

Los niños ansiosos son esencialmente temerosos de toda nueva experiencia y su reacción puede ser violentamente agresiva, con un despliegue de rabietas en el consultorio. En los niños una rabieta suele ser una reacción que oculta lo que pasa "entre bambalinas" y va siempre asociada a un estado de ansiedad u inseguridad. Si el niño que tiene rabietas en su hogar se lo acompaña, las rabietas pueden convertirse en hábito. Cuando este niño se comporta de modo similar en el consultorio, el profesional debe decidir si la reacción es de miedo agudo o una rabieta.

Por supuesto, si el niño está realmente asustado, el odontólogo puede mostrarse comprensivo y trabajar lentamente. Si el niño está mostrando claramente una rabieta, el odontólogo debe de mostrar su autoridad y dominio de la situación.

Tanto el temor como la respuesta física al dolor son desagradables, pero sirven como un medio de alarma y sin esas reacciones, la raza humana desaparecería muy pronto.

Es imposible separar totalmente el temor de la ansiedad, ya que aquél nunca se expresa sin un cierto matiz de ansiedad.

Resistencia. La resistencia es una manifestación de ansiedad o inseguridad, y el niño se revela en realidad contra el ambiente. Puede hacer despliegue de rabietas o darse en la cabeza contra las paredes o provocar vómitos cuando no puede adaptarse. La regresión puede ser otra manifestación. Ese niño puede seguir negando la cura, no intentar hablar bien o seguir

con hábitos de juego instantáneos. El aislamiento puede ser otra manifestación de ansiedad, en cuyo caso el niño rehúsa participar en el juego y no hablará con extraños y ni aun con conocidos. El odontólogo tiene dificultad para comunicarse con ese tipo de pacientes; el niño se siente lastimado con facilidad y llora casi por cualquier motivo.

Si bien, no es la responsabilidad del odontólogo tratar los estados psicológicos mencionados, será útil que sepa reconocerlos y comprender que la reacción del niño en el consultorio está condicionada por la experiencia previa a la educación en el hogar y el ambiente.

Tímido. La timidez es otra reacción que se suele observar, especialmente en el caso del paciente de primera vez y sugiere estar relacionada con la experiencia social limitada del niño. El niño tímido necesita pasar por un período de adaptación. Esta es una instancia en que puede ser útil permitir que el niño tímido sea acompañado al consultorio por otro paciente niño bien adaptado. El tímido necesita ganar confianza en sí mismo y en el odontólogo.

Llanto. El llanto es otra de las reacciones más frecuentes en el consultorio dental y por tanto, se intentó clasificar los tipos de llanto y hasta utilizarlos como "instrumentos" diagnósticos y condicionantes de la conducta del profesional.

- Llanto obstinado. Es velable, tipo sirena, manejado a -

manivela. Típico del berrinche y sin lágrimas. Es una expresión de ansiedad y una forma de defensa.

- Llanto asustado. Es con profusión de lágrimas y un constante sonido de llanto, con tendencia a la histeria. Aquí falta confianza y no disciplina.

- Llanto lastimero. Casi no se oye, pero las lágrimas pueden ser la única manifestación. Este niño trata valientemente de cooperar.

- Llanto compensatorio. No es verdaderamente un llanto, sino un sonido que tiende a apagar el ruido de la fresa. No hay lágrimas ni sollozos.

Conducta

Gracias a la aparición de un sistema comunicativo verbal, - de entre todas las especies sólo el hombre es capaz de dar un informe acerca de los diversos estados afectivos que él percibe de manera subjetiva, y que experimenta junto con el despertar de los diferentes tipos de conducta emocional. La ternura y el amor, los celos, la angustia, la tristeza y la soledad, la culpa y la vergüenza, la envidia y el odio, son diversos matices de los afectos primitivos de amor, miedo y rabia, y sólo se pueden definir a través de los informes verbales que el hombre da cuando habla de cada estado afectivo.

La conducta emocional, entonces, es una respuesta compleja del organismo cuando percibe una amenaza o el sacramento; dicha

conducta representa una respuesta a las señales o indicaciones que el individuo recibe de su medio interno o de su medio externo. Podemos examinar la expresión de la conducta emocional - cuando estudiamos cuál es la percepción que despierta la emoción, cuando observamos cuál es la actividad que tiende a lograr determinado objetivo y cuando escuchamos las comunicaciones verbales del hombre, sus fantasías y sus pensamientos acerca de los estados subjetivos que se asocian a la emoción.

La conducta emocional resulta de una infinidad de mecanismos que actúan como gatillo, por ejemplo: El hecho de percibir algo que no es familiar, el darse cuenta internamente de una falta de fuerza, o el sentir la presencia de una amenaza. La misma causa puede producir reacciones diferentes en el mismo individuo en momentos diferentes. Cada estado emocional es capaz de expresarse en diversos tipos de conducta. En el mismo sujeto, estas expresiones cambian conforme la persona se habitúa al estímulo y aprende distintas formas de adaptarse a la situación estimulante que despierta la emoción.

La conducta instintiva existe como un conjunto de mecanismos nerviosos innatos y jerárquicamente organizados, que responden a impulsos que los alistan, liberan y dirigen. Estos impulsos, a su vez, se originan tanto dentro como fuera del organismo. Los mecanismos nerviosos, a su vez, provocan una respuesta que se hace patente cuando aparecen acciones coordinadas que contribuyen a preservar al individuo y a la especie.

En muchísimos casos, el niño no puede controlar la ansiedad que le provoca enfrentar la situación odontológica aun para un examen de retinas. La importancia de la boca y los dientes - en el desarrollo psicoemocional del individuo y la vigencia permanente de las emociones y fantasías vinculadas a estos órganos, son causa de fondo en el rechazo y resistencia al odontólogo y sus procedimientos.

No es difícil aceptar esa prioridad y singularidad de la boca, si pensamos que sólo por ella el ser humano puede superar la tremenda conmoción psicobiológica del nacimiento. Viene ya dotado de un mecanismo de succión que le permitirá, con todas las adaptaciones necesarias, volver a unirse con su madre. El recién nacido tardará meses en reconocer el seno materno como separado de su propio ser y a su madre como adulto diferenciado.

Si sus tensiones internas (hambre) son calmadas prontamente, la imagen de la madre buena, gratificadora, representante del mundo nuevo, será introyectada junto con el alimento. "Si su madre continúa brindando desde afuera la comodidad y bienestar consistente y, por lo tanto, predecible, ella se convierte en una certeza psicológica, una fuente constante de reaseguro de que sus necesidades serán resueltas por su nuevo medio ambiente". Pero si su tensión aumenta porque sus necesidades no son satisfechas, el bebé aceptará eventualmente la leche, pero incorporará también la imagen de su madre con la carga de rechazo que él proyectó mientras el llanto expresaba su incomodidad y tensión. O sea, que el niño "tiene sentimientos internos de

comodidad e incomodidad, que se repiten en ciclos bastante regulares a los que se familiariza y que son el origen de su identidad primitiva". Las fantasías provocadas por esas emociones tempranas, aunque "olvidadas", tienen permanente vigencia y constituyen la base de la ansiedad al reactivarse la situación traumática. Pero hay más.

La aparición de los dientes plantea una nueva separación de la madre, "resulta imposible saber qué es lo que el infante siente a medida que sus dientes -perforan desde adentro- en la misma cavidad oral que hasta ese momento constituía el principal asiento de placer y fundamentalmente el centro del placer y qué tipo de dilema masoquista puede originarse del hecho de que la tensión y dolor que causan los dientes, sus sabotadores internos, pueden aliviarse sólo mordiendo más fuertemente". La incomodidad que crea la erupción dentaria y otros cambios en la "maquinaria oral", por una parte, a lo que debe agregarse su conciencia (la del infante) como persona diferente y el alejamiento gradual de la madre. De modo que ningún odontólogo debe olvidar que está trabajando en una zona tremendamente cargada de afectividad con amplias y hondas connotaciones conscientes e inconscientes.

No cabe duda que la confusión de sentimientos hacia los dientes, hacia la madre que retira el seno (no olvidemos que es también la época en que el niño adquiere otras posibilidades motoras, de lenguaje, etc.) tiene que dejar una huella profunda.

No nos extrañe que la proyección en el odontólogo (justamente - el explorador de esa zona) de esos sentimientos, constituye el origen de muchas tensiones y ansiedades "inexplicables" en el sillón dental.

Todo cuanto se ha dicho no significa, de modo alguno, que para atender niños, el odontólogo deba dejar de serlo y convertirse en psicólogo o psicoanalista y convierta su relación con el niño y sus padres en una serie de interpretaciones a su juicio, sino para que aprendamos a aceptar al niño tal como es, a respetar sus sentimientos y a comprender que su conducta puede estar motivada por factores no tan superficiales.

Clasificación de la conducta de los niños en el consultorio dental

Este es el sistema de clasificación de Frankl, el cual es funcional y cuantificable. Las conductas se dividen en:

1. Cooperativos

- a) La mayoría de los niños en los consultorios odontológicos.
- b) Niños que fueron tratados mediante un correcto enfoque del diga-muestro-haga.

2. Falta de capacidad de cooperación

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

3. Conducta potencialmente no cooperativa

a) Conducta descontrolada

- Vista habitualmente en los niños pequeños de 3 a 6 años en ocasión de su primera visita odontológica.
- Habietas con revuelo de brazos y piernas
- Sugestión de ansiedad aguda o temor

b) Conducta desafiante

- Más prevalente en el grupo de las escuelas públicas.
- Habitualmente reaccionan igual en el hogar
- Pueden utilizar la resistencia pasiva; se ve más a menudo en los niños mayores que se acercan a la adolescencia.

c) Conducta tímida

- El niño puede esconderse detrás del padre, pero suelen presentar poca resistencia a la separación.
- Se atascan o vacilan al darles indicaciones
- A menudo reprimen las lágrimas
- Posible medio hogareño sobreprotector o escaso contacto con extraños
- Sumamente ansiosos
- No siempre escuchan o atienden las instrucciones

d) Conducta cooperativa tensa

- Acepta el tratamiento como se lo hace
- Su voz puede mostrar algún temblor al hablar

- Pueda temblar su cuerpo
- Muy a menudo transpiren, en forma visible, las palmas de sus manos o la frente.
- Controlan sus emociones

e) Conducta llorosa

- Permite que el odontólogo proceda, pero lloran todo el tiempo.
- Se quejan frecuentemente de dolor
- Frustrante para quienes deben tratarlos
- Constantemente emiten sonidos

Este sistema es suficientemente descriptivo para permitir que el equipo odontológico clasifique las características específicas del paciente individual y entonces adoptar un curso de acción. Una vez efectuadas las evaluaciones preliminares, se puede trazar una manera de superar las dificultades potenciales y crear lineamientos positivos para el tratamiento.

Técnicas básicas para el manejo de la conducta

— Conducta descontrolada

La mayoría de las veces cabe prever este tipo de conducta cuando el paciente está en la sala de recepción, y los padres con frecuencia se lo advierten al personal. Si la conducta descontrolada se produce en el área de recepción, se pide al padre que haga pasar al niño al consultorio. Es preferible que sea el padre quien cumpla esta función, en vez de alestar mayor hostili-

dad de parte del niño mediante el recurso de apartarlo por la fuerza del familiar. Una vez en el consultorio, el padre será quien sienta al niño en el sillón dental y haga un intento inicial por establecer la disciplina. Si tiene éxito, es grato para todos, pero si no lo tiene, no queda otra alternativa que hacerle cargo al odontólogo de establecer los lineamientos del comportamiento correcto. Una vez sentado el niño, se procurará determinar si básicamente se trata de un niño desafiante o sumamente ansioso. Determinado esto, se elige racionalmente el enfoque adecuado.

— Conducta desafiante

Se hará un intento por establecer una comunicación. Con frecuencia parece difícil llegarle al niño, pero él está muy consciente de lo dicho por el odontólogo. Es importante ser firme, confiado y establecer lineamientos claros para la conducta. Se delinearán claramente los objetivos del tratamiento y se hará un esfuerzo decidido para discernir la raíz del problema. El acto de desafío puede reflejar una ansiedad o temor subyacente. Una vez establecida la comunicación, los pacientes de esta categoría pueden tornarse muy cooperativos.

— Conducta tímida

A estos pequeños hay que acercárselos con confianza y a la vez cariñosa, cálida y humanamente. Lo mejor es un abordaje suave, un clima menor, y se debe delinear claramente las bases para la

sesión. Estos niños suelen reaccionar mejor ante las mujeres - inicialmente, de modo que la utilización del personal femenino en la orientación puede resaltar una beneficiosa aplicación de sus aptitudes. Una vez logrado un nivel inicial de comodidad, el odontólogo puede entonces participar un enfoque en clave eg or con mayor éxito.

— Conducta cooperativa tensa

Los niños que muestran estas características pueden resultar muy difíciles de tratar. Se requiere estar constantemente alerta y demostrar una preocupación constante por la comodidad y la reacción del paciente. Habitualmente cooperativos, estos niños soportan su ansiedad lo mejor que pueden. Los signos manifiestos de tensión son retorcerse las manos, transpirar, cogerse del sillón, también pueden ser indicio de incomodidad. Es necesario en todo momento supervisar los niveles de comodidad, para estar seguro de que no habrá una contribución negativa a los ni veles de ansiedad.

Los niños inicialmente capaces de superar la sesión odontológica, cuando son mal manejados pueden desmoronarse y perder el control en las sesiones siguientes. De tal modo, existen im plicaciones para el futuro odontológico de estos niños y se h g r n todos los esfuerzos necesarios para establecer una confianza en las etapas iniciales de su atención. Aun entonces, la t e n s i o n puede persistir dentro de los límites del propio control del niño.

— Conducta llorosa

Este tipo de reacción puede resultar muy frustrante para todos los miembros del equipo odontológico. Más aún, puede elevar los niveles de ansiedad de todos los circunstantes. Se requiere gran disciplina para seguir acercándose a estos niños de manera racional y objetiva, la ansiedad del paciente constituirá una preocupación mayor. Como el niño suele gemir, cualquiera que sea la naturaleza del procedimiento, es difícil determinar cuáles situaciones son de verdadero malestar y hay que supervisar al niño continuamente para establecer si hay una causa justificable de sus gemidos.

CAPITULO VIII

ABUSO INFANTIL Y DROGADICCION

El abuso y descuido infantil es un problema social mundial de enorme significación que amenaza el bienestar físico o mental de muchos niños indefensos. Desde 1962, se despertó el interés de proteger a los niños del abuso. Por esto es fundamental que el odontólogo tenga presentes estos puntos, ya sea para tratar de ayudar al menor o para tomar las precauciones necesarias en el caso de un paciente drogadicto.

Abuso infantil

El abuso infantil puede ser definido como un traumatismo accidental a un niño, infligido por un cuidador, y para el que no hay explicación razonable. El abuso infantil puede ser dividido en abuso físico, abuso sexual, uso intencional de narcóticos o veneno y abuso emocional. Esas categorías se superponen, todas las formas de abuso tienen componentes emocionales, y el abuso sexual y el uso intencional de narcóticos o envenenamiento son también categorías de abuso físico.

Abuso físico. Es la categoría que los odontólogos tienen más acceso a encontrar, ya que el 65% o más de los daños ocurren en la cabeza, cara y cuello.

La lista de signos posibles de abuso físico es casi inagotable, pero los siguientes son algunos de los tipos más comunes.

- Marcas de mordeduras
- Huesos rotos, especialmente fracturas maxilares, nasales u otras faciales, pero también fracturas de los dedos, extremi-
dades o costillas.
- Dientes rotos, con cambios de color, despietados, flojos o
ausentes.
- Contusiones, especialmente si son múltiples y en lugares que
no suelen verse en accidentes comunes.
- Chichones en la cabeza o hinchazones de otras partes del
cuerpo.
- Quemaduras (por ejemplo: por cigarrillos, líquidos calien-
tes, metales calientes o sojas).
- Marcas de estrangulación en el cuello (pueden ser raspaduras)
- Cortes, especialmente si son múltiples y en lugares inusuales
- Hematomas (por ejemplo: en los lóbulos de orejas por pellig-
cos).
- Laceraciones de la cara o los labios
- Placas de pelada (por ejemplo: por quemaduras o arrancamien-
to de pelo).
- Hemorragias retinales (por ejemplo: por sacudidas violentas)
- Cicatrices o verdugones (por ejemplo: por castigos con co-
rreas, fustas o látigos).
- Ampollas o abrasiones en las comisuras labiales (por ejemplo:
por una mordaza).
- Daños en la lengua (como por un golpe que forzó a ocluir los
dientes)

- Frenillos bucales desgarrados

El odontólogo debe siempre obtener la historia de un dño. Si el dño es de naturaleza sospechosa, el odontólogo puede encontrar que la historia es igualmente sospechosa. Durante una entrevista con el niño, los padres u otros cuidadores, sobre la causa del dño, el odontólogo puede encontrar sus explicaciones no plausibles, o notas discrepantes entre dos relatos individuales.

La lógica y el sentido comn son importantes para correlacionar las comprobaciones con la historia del dño.

Abuso sexual. Es probablemente la forma menos diagnosticada del abuso infantil y se teme que con frecuencia no es denunciado por otros miembros de la familia. Con más frecuencia afecta a las niñas, pero los niños pequeños también han sido sujetos a este trauma. La lista de ofensas es larga e incluye cualquier forma de actividad sexual con niños, desde el exhibicionismo y toqueteo, hasta la pornografía infantil, prostitución forzada, incesto, violación y sodomía. No es probable que el odontólogo sospeche abuso sexual, salvo que una enfermedad venérea bucal sea identificada. Un odontólogo puede sospechar abuso sexual si una niña muestra una resistencia atípica a cooperar para un simple examen bucal y se preocupa especialmente porque la toquen.

Marcas de mordeduras constituyen abuso físico, pero a menudo están asociadas con abuso sexual.

Uso intencional de narcóticos o venenos. Ocurre cuando un cuidador administra drogas a un niño para quien no está indicado, de deliberadamente una sobredosis de cualquier droga, con parte drogas ilegales con un niño, o le administra a sabiendas agentes tóxicos. Salvo que la víctima muestre signos o síntomas evidentes de sobredosis o envenenamiento mientras está en el consultorio odontológico, el odontólogo probablemente no se percatará esta forma de abuso.

Abuso emocional. Es la forma más difícil de probar, pero puede ser muy dañina psicológicamente. Los ejemplos incluyen:

- Disminución continua, rechazo o tomarla como expiatorio
- Falta de amor, apoyo y guía
- Castigo severo e inapropiado (no físico), o terrorismo psicológico (por ejemplo: encerrar al niño en un cuarto oscuro o amenazar con sufragio).
- Abuso verbal severo y frecuente o reprimendas

El odontólogo puede identificar la psicopatología grave, resultante del abuso emocional, pero el diagnóstico debe ser confirmado por un psiquiatra. Si los padres o guardianes persisten en negarse a cooperar con el tratamiento del niño, el abuso emocional puede ser establecido.

Descuido infantil.

Este puede ser definido como la falta del cuidador para proveer a las necesidades básicas emocionales, físicas y psicológicas de un niño. Puede ser causado por ignorancia del cuidador, pero probablemente resulta más a menudo de la inmadurez, irresponsabilidad o negligencia. El descuido es considerado una ofensa, algo menos seria que el abuso, porque no es un intento tan evidente o deliberado de dañar al niño. Sin embargo, hay una delgada línea entre el abuso y descuido, y algunas formas de abuso pueden ser probadas solamente como descuido.

La hipocalimentación o el descuido en la alimentación, es la causa más común para que los infantes dejen de progresar. Este problema puede ser accidental, en el caso de un padre que no aprendió a mezclar correctamente la fórmula para el bebé, pero se le considera con más frecuencia el resultado de negligencia, o como un ataque directo (consciente o inconsciente) sobre el niño, por un embarazo no deseado. La privación de agua, que conduce a una deshidratación seria es una forma relacionada al descuido. La hipocalimentación deliberada también constituye abuso infantil.

La atención inadecuada a la seguridad de un niño, a su bienestar físico y a su educación, es también descuido. El abandono es la ofensa más grave en esta categoría. La falta evidente de supervisión del niño (especialmente si tiene dos años o menos), el brindarles una higiene, vestido o protección

totalmente inadecuados, y si no mandarlo a la escuela cuando corresponde, son otros ejemplos.

El no obtener la atención odontológica necesaria y cierta atención médica, es una forma de descuido infantil fácilmente identificada por el odontólogo. El descuido debe ser siempre denunciado cuando los padres o guardianes se niegan a aceptar el tratamiento salvador para el niño, o si los cuidadores parecen apáticos o despreocupados sobre el tratamiento, que se sabe mejorará la salud del niño y su calidad de vida.

Las responsabilidades del odontólogo en los casos sospechosos de abuso y descuido, como profesionales de la salud es inmensa. Los odontólogos deben ser especialmente sensibles a la necesidad de proteger a los niños del abuso o el descuido. Deben, por supuesto, tratar los daños relacionados con los dientes. Es también importante para el odontólogo y para todos los otros ciudadanos, saber que están legalmente obligados a denunciar los casos sospechosos de abuso o descuido. La denuncia es iniciada sencillamente por una llamada telefónica a la Agencia de Servicio de Protección Infantil correspondiente. La llamada inicia una respuesta inmediata de profesionales entrenados adecuadamente, pero el odontólogo debe enviar luego un breve informe escrito. Los odontólogos están obligados a informar sobre la base de "sospecha razonable", y no son responsables de ninguna investigación ulterior. Los casos de abuso y descuido suelen ser resueltos sin litigio, pero el odontólogo informante no

será llamado necesariamente a declarar aunque el caso vaya a la corte.

Como ha sido mencionada, la única obligación legal del odontólogo puede ser denunciar el abuso o descuido infantil sospechado. Al denunciante se le garantiza el anonimato. Sin embargo, varios expertos consideran que es profesionalmente apropiado y posiblemente terapéutico, discutir la sospecha con los cuidadores. El odontólogo no debe acusar a un individuo determinado. No obstante, debe manifestar que "alguien" se sospecha se de dañar al niño. Los abusadores suelen ser cooperadores - después de saber que se sospecha daño no accidental, aun cuando no ofrecen información incriminatoria antes del examen del niño. Parecería que la mayoría de los abusadores desean ayuda.

En algunos casos, el odontólogo puede desear que un pediatra, o el médico de la familia, corrobore las sospechas. Si el médico está cerca (en la puerta de al lado o en el mismo edificio), la consulta puede hacerse de inmediato, sin conocimiento previo de los cuidadores. Si la derivación es necesaria, probablemente no es aconsejable comentar la sospecha de abuso de ellos. El odontólogo debe señalar la preocupación por el bienestar del niño, las implicaciones médicas del daño que requieren seguimiento pediátrico y explicar los arreglos que se han hecho para que el niño sea visto tan pronto como puedan llevarlo al consultorio del médico o al hospital. El odontólogo debe mantener contacto con el médico, y la Agencia de Servicio de -

Protección Infantil debe ser notificada si el paciente no ha llegado cuando correspondía. Ocasionalmente, puede ser apropiado internar al niño en el hospital para brindarle protección inmediata. Sin intervención, el problema crece y puede culminar trágicamente. Por estas razones, llamar la atención sobre un caso posible de abuso o descuido infantil está justificado solamente en base a una sospecha bien fundada.

Drogadicción

La prevalencia de abuso y descuido infantil comienza a disminuir a medida que los niños crecen, pero el problema del abuso voluntario con drogas por los mismos niños comienza a intensificarse. El odontólogo que trata preadolescentes debe estar al tanto de la drogadicción en estos grupos de edad. Además, debe tener un conocimiento básico de los signos y síntomas del abuso con drogas para identificar a esos pacientes y estar preparado para tomar las medidas de precaución apropiadas cuando esos drogadictos son tratados en el consultorio.

Rosenbaum dice que puede ser difícil para el odontólogo identificar a un drogadicto; ofrece las siguientes pistas para la identificación:

- Una tendencia a la mirada perdida en el espacio
- Melancolía
- Descuido en el aspecto, sobre todo si vestía bien en citas anteriores.
- Sospechancia

- Risa frívola, especialmente cuando las cosas no son graciosas
- Aparente intoxicación sin olor a alcohol en el aliento
- Un aspecto "saltarín" (ojos brillantes, lustrosos)
- Cambios en la dilatación pupilar que no tienen relación con cambios en la intensidad de la luz.
- Posesión de píldoras, cápsulas o equipo para inyecciones
- Alucinaciones o convulsiones (una señal para atención médica inmediata).

Rosenbaum señala, además, que un drogadicto no debe ser - - atendido odontológicamente mientras está bajo la influencia de - la droga (o las drogas). Los adictos tienden a buscar solamente atención de emergencia, y pueden tratar de obtener del odontólogo recetas para medicamentos. Los que se inyectan son potenciales portadores de hepatitis. Las medidas precautorias apropiadas deben ser tomadas durante y después del tratamiento de un paciente así. Los drogadictos también parecen tener una susceptibilidad más elevada a la endocarditis bacteriana subaguda, atribuida a la respuesta de las válvulas cardíacas y los agentes usados para diluir las drogas. La terapia antibiótica profiláctica está indicada en estos pacientes antes del tratamiento odontológico.

CAPITULO IX

INFLUENCIA FAMILIAR

Importancia de los padres en la cita dental

Consideramos importantes a los padres en nuestra labor y tratamos de motivarlos para que actúen de manera positiva. Por eso nos resulta mejor cuando en la primera visita concurrir la pareja progenitora. La consideración de sus actitudes, palabras, sentimientos, es fundamental para planear el tratamiento del niño.

Todo niño con un problema de conducta, se hace más elegir situaciones de su hogar, aunque los padres puedan no ser totalmente responsables. Lo vemos como "síntoma cristalizado de las ansiedades de los padres", como expresión de una "tradicción neurótica" de la familia. Y es nuestra obligación "seducir y educar a todo un medio familiar, con tantos variagtes de niveles culturales, escalas afectivas y afinidades byomas, cuantos miembros y agregados haya".

Al considerar las actitudes de los padres, se considera que, en general, es necesario cierto grado de dominación por parte de los padres y de sumisión por la de los hijos, para que éstos se ajusten a los patrones culturales actuales. Los niños que sufren algo de represión en casa, parecen aceptar - las experiencias anteriores con más animación e interés. Si

la dominación de los padres es justa y se administra adecuadamente, el niño tenderá a ser un buen paciente dental y encajará en un mundo en el que los ajustes son siempre necesarios. - En claro que el grupo que carece de presión paterna crecerá con deficiencias para adquirir la capacidad de ajustarse a las situaciones de la vida, de las cuales el tratamiento dental es solo una. Si el dominio es más evidente en el padre o en la madre, el más severo es el que debería traer al niño al consultorio odontológico. A causa del miedo que pueda experimentar, ningún niño muy joven deberá venir al consultorio odontológico sin compañía. El consultorio es una experiencia nueva para el niño. Por lo tanto, necesita la confianza y seguridad que solo un padre o una madre puede dar.

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

El hijo feliz o adoptado puede recibir demasiada indulgencia de sus padres, tiende a ser antagonista, desobediente, egoísta y dado a ataques de mal genio. Esto no es necesario. Si las actitudes de los padres hacia él son moderadas, el niño puede estar bien contrado.

Las relaciones entre hermanos, aunque no son tan importantes como las relaciones con los padres, también influyen en el comportamiento del niño. Entran a formar parte de la personalidad del niño la dominación de un hermano mayor o el dominio del niño sobre un hermano más pequeño. La rivalidad que puede existir entre hermanos por el afecto de sus padres o de algún otro miembro de la familia puede influir en el patrón de comportamiento del niño.

Existen muchos factores, además de las relaciones con padres y hermanos, que forman la personalidad del niño. Entre estos podemos mencionar cualidades de personalidad innatas, rigidez en la familia, juegos, esparcimiento, moralidad, etc. Todos ellos tienen influencia sobre el modelo final de personalidad. Pueden constituir la diferencia entre un niño feliz y uno confundido.

Los hogares deshechos pueden ser dañinos para una buena personalidad. Pueden llevar a sentimientos de inseguridad, apatía y depresión. Sin embargo, los hogares deshechos son menos destructivos para la formación del carácter que los hogares con conflictos crónicos y desajustes completos. Un hogar

armónico es aquel donde los hijos son queridos; un hogar excelente para la formación de carácter y personalidad es cálido y amistoso, donde se busca continuamente la felicidad y donde la sociabilidad recibe énfasis.

A medida que el niño crece y va a la escuela, los maestros, al igual que los compañeros de juegos, tienen un importante papel en la formación de la personalidad. A los niños les gusta dramatizar situaciones, especialmente si las hace más heroicas a los ojos de los otros niños. Exageran los detalles de una extracción o de operaciones dentales, lo que producirá efectos negativos en el niño que está escuchando y que aún no ha ido al dentista para su primera visita. Pero el hogar es, sin duda alguna, el factor más importante para modelar la personalidad del niño. Es el hogar el que gobierna el destino del niño en su medio social.

Relación entre el odontólogo y los padres

Si bien, el objetivo explícito de la entrevista es obtener información, hay funciones secundarias importantes que pueden tener implicaciones de largo alcance. El encuentro inicial con el niño y su familia crea el tono para la relación siguiente entre el profesional y el paciente. La toma de la historia ha de ser contemplada como el comienzo del proceso de tratamiento. Si bien, el foco de la atención debe recaer en el paciente niño, la entrevista debe estar centrada en la

familia. Las relaciones con los padres son esenciales. El éxito de los pediatras depende de ellos para que lleven a cabo las instrucciones elementales. Las barreras en la misma comunicación traban el cumplimiento del consejo profesional.

Se requieren habilidades de comunicación para este tipo de empresa. Su adquisición tiene un requisito previo en un conjunto de bases intelectuales. El requisito previo primordial es el reconocimiento de los factores psicocensoriales en las comunicaciones entre médicos y padres. Diferentes personas requerirán diferentes abordajes y estilos para entrevistar. Dado que lo que transmite influye en el éxito de la comunicación, se requiere algo especial del médico, así como del padre. Ambos deben usar palabras y conceptos que sean oídos y claramente comprendidos por el otro. Se deben prever y recibir los mensajes no verbales.

Como hay barreras y obstáculos obvios para la comunicación. Hay límites muy humanos para la memoria humana. En los médicos que trabajan en clínicas es más fácil comprender el problema de la mala comunicación por las barreras del lenguaje. Quizá no se capte fácilmente que el lenguaje que los médicos utilizan para comunicarse entre ellos es totalmente extraño a los padres. El uso del lenguaje médico inhibe inevitablemente la buena comunicación y es bueno para el alma que algún padre se le recuerde a un médico importante al decirle: "¡Ahora no lo podría explicar en castellano?".

Se produce una barrera real a la comunicación buena y eficaz cuando un padre trae a su hijo enfermo para que sea evaluado. Los padres están invariablemente ansiosos y, a menudo, acerca de si no habría sido sus actos los que causaron la enfermedad. Observaciones como: "Cada vez que lo dejó en la cuna sin que me avisara, se pasca una infección de oído", o "Si ayer la hubiera abrigado mejor, quizá no le hubiera pasado esto". Son ejemplos típicos de culpa paterna. A menudo el profesional puede alimentar ese sentimiento negativo con frases como: "¿Por qué no la traje antes?", o "Lo traje apenas a tiempo". Por experiencias como éstas, con frecuencia los padres ocultan la verdad en su deseo de complacer al médico.

Tiene la prioridad el establecer el alcance y la calidad de la relación prevista entre el paciente y la familia. La naturaleza del encuentro rige esto en cierto sentido. ¿Es una visita por una enfermedad aguda, una evaluación en consulta por un problema mayor, o la supervisión de un niño sano? El ambiente y la organización del tiempo acordado para la visita están regidos por el problema anticipado. El encuentro con una familia intacta que trae a un niño sano de tres meses, exige un tiempo menor y un ambiente psicológico diferente que una reunión por un adolescente simulador y una familia de reciente divorcio.

Aparte del ambiente de la visita, se ha de cumplir con ciertas formalidades. Muchos médicos no se presentan a sí -

mismos. Con frecuencia, la observación inicial del médico pone a la familia a la defensiva y obstaculiza la comunicación sincera. La mayoría de las familias responde positivamente a un médico cálido, amistoso y preocupado por su hijo y por sus temores y ansiedades.

Para una buena comunicación es esencial dar a las familias una oportunidad para la exploración de todas sus preocupaciones. A menudo ya se puede lograr esto en los comienzos de la entrevista, pero en ciertas circunstancias, como cuando una madre está extremadamente ansiosa, se pueden posponer y hacer más adelante en esa sesión. Para ese entonces, ella ya habrá tenido la oportunidad de apreciar el interés, la calidez y la destreza del médico durante el examen del hijo y estará más cómoda y menos en guardia por sus temores internos. En todo caso, el ámbito de apertura del médico con frecuencia marca el estilo para el resto de la entrevista. Unas palabras que no impliquen amenaza alguna pronunciadas de manera cálida y amistosa a menudo quebrarán el hielo.

Después de la exploración de las preocupaciones familiares, el médico puede pasar a las expectativas puestas en la visita, con frecuencia permite que la madre revele su verdadera aflicción. A esta altura, suele ser útil preguntarle si tiene más interrogantes por formular antes de proseguir. Esta estrategia de permitir que la madre se desplace nuevamente desde sus preocupaciones suele ser productiva y permite que -

la madre coopere con la parte más estructurada de la entrevista, aliviada de la ansiedad, porque el doctor no le diere oportunidad de expresar sus preocupaciones.

Durante la entrevista, se ha de dedicar tiempo a explorar las consecuencias emocionales y sociales de la enfermedad y la reacción de la familia a ésta. Sería importante conocer que la madre abandonó su trabajo por la enfermedad del niño y que en consecuencia, la familia está pasando una seria dificultad financiera. La hostilidad que la familia despliega hacia el médico y la actitud sobreprotectora por parte de la madre podrían ser entendidas mejor a la luz de esta información. Acogimientos críticos en una familia, tales como la muerte o enfermedad grave de un abuelo, suelen ser ocasiones en que una familia se descompensa y busca consejo médico para un problema que antes hubiera considerado trivial. Esta información puede ser obtenida durante el repaso de la estructura familiar y la vivienda.

El médico es más eficaz cuando mantiene una actitud de apoyo sin juzgar. Las exclamaciones de desaliento o de desconfianza son contraproducentes e inmediatamente desconectan a los padres.

Expresiones como: "¿Le hizo qué?", o "¿Qué le llevó a un quirópractico?", pueden reducir a una madre confiada y comunicativa a un pilar de sal capaz sólo de respuestas monosilábicas durante el resto de la entrevista. Afirmaciones ama-

bien, de apoyo, tales como: "El masaje con frecuencia es útil para los músculos doloridos, fue prudente por su parte hacerlo", pueden a menudo aliviar la culpa de una madre turbada que perdió la confianza de su capacidad como madre.

La cualidad de la empatía es una dote natural rara y la mayoría de los médicos deben trabajar duro para lograrla. Empatía es la capacidad para ubicarse en la posición del otro y de experimentar reacciones como él lo haría. No ha de ser confundida con sus compañeros juagantes, la compasión y la simpatía. Los médicos se encuentran con que expresiones empáticas como: "Ústed no pudo haber dormido bien anoche" o "Eso la debe de haber asustado mucho", son de un gran apoyo cuando se las aplica en el momento apropiado. Expresiones como esas aseguran a las madres las cualidades humanas del médico y las transforman en un socio de mejor voluntad en la siguiente expresión terapéutica.

Hay algún peligro en sobredentificarse con los pacientes y sus familias. Esto es particularmente cierto cuando están involucradas cuestiones psicológicas y emocionales de una naturaleza profunda. El médico eficiente se esfuerza siempre por conservar la objetividad al tratar asuntos de esa naturaleza. Es posible comenzar una actitud cariñosa, no enjuicante, interesada, sin tomar parte en las disputas familiares. Se debe poner un cuidado particular cuando los padres están enojados o disgustados con un médico previo u otro profesional de la sa-

lud. El curso responsable es pedir permiso a la familia para comunicarse con esa persona y telefonar personalmente por el resultado de los estudios previos. Toda historia tiene inevitablemente dos caras y la cooperación del cuidador previo - con frecuencia descubre datos valiosos no obtenidos en la historia inicial.

En un mundo ideal, los médicos deben de ser cordiales y comprensivos y los pacientes y sus familiares han de ser inteligentes, cooperadores y complacientes. En el mundo real, no es infrecuente que al médico no le guste la familia en la primera sesión. El profesional ha de tener conciencia de su propio conjunto de prejuicios y vulnerabilidades y resguardarse contra el proyectarlos en familias que se presentan hostiles, críticas y exigentes. La experiencia revela que estas cualidades suelen ser reacciones a temores y ansiedades. El médico que puede absorber ese clima sin devolverlo, reflejado en forma de respuesta manifiesta y no con frecuencia se ve recompensado al observar que la relación toma un giro más constructivo al disiparse los temores. La verdadera medida de la capacidad de un médico es la de convertir un encuentro hostil en una relación de mutua confianza y comprensión. Un punto importante es que cuando se ha obtenido el consentimiento para tratar al niño, la objeción de los padres a la técnica no debe preocupar más que la objeción de los padres a cualquier otro procedimiento utilizado normalmente en el consultorio.

Una vez que la técnica se ha considerado necesaria, una explicación a los padres sería apropiada, especialmente si no se ha establecido una buena comunicación con el niño.

Recomendaciones para los padres

Si se informa a los padres de ciertas reglas sencillas a seguir antes de traer al niño al dentista por primera vez, será de gran ayuda para ellos y para su hijo. La guía a los padres sobre el tratamiento dental deberá empujar de preferencia antes de que el niño tenga la edad suficiente para ser impresionado adversamente por influencias externas. Se puede facilitar esta guía a gran escala por varios medios o individualmente:

1. No se inquiete si su hijo llora. El llanto es una forma normal de reaccionar en el niño, ante situaciones desconocidas o que teme. No le diga que no tiene por qué llorar. Su hijo no es "hombrecito" o una "señorita". Es sólo un niño que puede estar muy asustado. Respeta su temor. Ya trataremos de aliviarlo o alejarlo.

El niño que llora suele intranquilizar muchísimo al profesional y hasta perturbarle en su actuación. Seguramente porque tal vez teme que no pare nunca. Pero con un rápido y sincero análisis de la situación podrá saber si es o no responsable directo del llanto. Si por una maniobra intempestiva, un comentario inadecuado, una explicación omitida, provo-

ca este tipo de reacción en un niño que momentos antes no lloraba, le corresponderá deshacer el problema reconociendo honestamente su error. Pero el problema es mayor cuando el niño ya entra llorando. Entendemos que el profesional debe permitir esa forma de descarga, buscar el motivo, generalmente - no muy difícil de hallar, con la tranquilidad de no sentirse culpable o incomodo. Los antecedentes odontológicos y/o médicos del niño son elementos capitales para comprender este tipo de reacción "el niño debe tener libertad para llorar y debe recibir ayuda para que deje de hacerlo. En general, nos ha resultado más sencillo resolver el problema del niño lloroso del que no expresa sus sentimientos de temor o ansiedad en forma abierta".

2. No se inquiete si la reacción de su hijo aumenta y se aún más violenta. Sin duda, tiene un motivo. Siempre hay métodos para resolver su problema odontológico.

Ante un niño que patelea, grita, insulta, es necesaria - una actitud consistente, calmada y comprensiva. Posiblemente, la falta de todas esas cualidades en el enfoque de otras situaciones (en el hogar, en la escuela, en otros consultorios) ha hecho que el niño reaccione en esa forma, en su intento de dominar la situación. Está tremendamente asustado y quizá - piensa que no hay mejor defensa que un buen ataque. Suele tratarse de niños que viven en un ambiente de adultos arbitrarios, que se les fuerzan más allá de sus posibilidades, acentuando su rabia por la frustración.

Al decir que siempre es posible solucionar la parte odon -
tológica, queda abierta la puerta para el tratamiento bajo -
anestesia general en algún caso extremo en que no podamos co -
nectarnos con el paciente y la necesidad del tratamiento lo -
justifique.

3. No lo engañe. Dígale que lo lleva a visitar al den -
tista. Hágale tranquilamente, sin darle trascendencia. Vaya
a visitar a un amigo. Explíquelo que el dentista como el mé -
dico, como el maestro, son personas que se preocupan por su -
salud física y mental y por su educación. Han estudiado para
ello y emplean sus conocimientos para contribuir a su total -
bienestar.

Esto parecería no necesitar comentario alguno. Casi -
siempre llegamos tarde en este aspecto de la preparación del
niño para su primera visita. Cuando una madre pregunta, al -
solicitar la cita: "¿Qué le parece, doctor, le digo que lo -
lleve al consultorio?", o nos comenta: "Se le dije que lo -
lleve al dentista, sino que vamos a ver a un tío al que quise
mucho", no dejaremos pasar la oportunidad de encarrilar -
las cosas en la verdad. Frente al hecho consumado, correspon -
de aclarar la sorpresa y disipar el genuino y justificado eno -
jo del chico, que sin duda estamos oyendo a su llegada al con -
sultorio.

Fide a los padres que familiaricen a su hijo con la Odon -
tología, llevándolo al odontólogo para que se acostumbre al -

consultorio y para que empiece a conocerlo. El odontólogo deberá cooperar plenamente, saludando al niño con cordialidad y llevándolo a recorrer el consultorio, explicando y haciendo demostraciones con el equipo. Algún pequeño regalo al final del recorrido, hará que el niño sienta que acaba de hacer un amigo.

4. Pida a los padres que no sobornen a sus hijos para que vayan al dentista. Este método significa para el niño que puede tener que enfrentarse a algún peligro. Si usted ha decidido prometerle alguna recompensa para que mejore su comportamiento, trate de no mezclar al dentista en esas promesas. Muchas veces nos ha llegado el paciente, y como adelanto, por medio de la asistente un paquete con algún juguete, pasado con regular disimulo y con el comentario del acompañante: "Dígale al doctor que se lo dé al nene como cosa de él". En todos los casos se deben devolver, rogándonos a participar en esa clase de componendas, que por un supuesto, se engañan al niño. También suele ocurrir, al entrar al consultorio, que la madre diga: "¡No es cierto, doctor, que si se porta bien usted le va a regalar una moneda!" (u otra cosa), o afirman: "Si te portas bien, el doctor te va a dar...".

A las madres les sorprende nuestra negativa. Pero nos aclaramos luego que si ellas saben bien que el odontólogo no regala nada, es ingenuo suponer que el niño lo crea y es cruel llevarlo a una frustración. Entendemos que la mejor recompensa que puede brindarse al niño es la aprobación de sus padres

y la muestra, a la que tiene derecho por haber logrado algo, no siempre físcil o grato.

5. Permítale expresar su curiosidad: "El doctor te lo va a explicar con mucho gusto". Siempre es preferible que los padres nos dejen responder a las preguntas del niño a veces dirigidas a ellos en voz baja. No se debe ser muy partidario de las explicaciones y comentarios en el hogar respecto de los procedimientos odontológicos, sin orientación previa. No siempre son adecuadas, muy a menudo son inexactos y pueden aumentar la ansiedad del niño, pero en el consultorio debemos explicarle todo y estimularle para que pregunte.

6. Controle usted sus propios temores, y evite en presencia de su hijo el relato de episodios desagradables o truces y no permita que otros lo hagan. Hay palabras que asustan y es necesario evitarlas.

Esto es muy importante, siempre se debe impedir que el padre siga adelante al iniciar este tipo de relato.

La causa primaria del miedo en los niños es oír a sus padres quejarse de sus experiencias personales con el dentista. Además de no mencionar sus propias experiencias desagradables, pueden evitar el miedo explicando de manera agradable, y sin darle mucha importancia, qué es la Odontología y lo amable que va a ser el dentista; para los padres que aún temen los servicios dentales, se les puede explicar que con anestesia moderna, la mejor comprensión del manejo del niño y técnicas

operatorias mejoradas, no hay necesidad de que el niño tema - al tratamiento dental. Se ha avanzado enormemente en el alivio del dolor en Odontología. El padre que educa a su hijo - para que sea receptivo al tratamiento dental, encontrará que paga dividendos, ya que el niño apreciará más la Odontología. Generalmente se encuentran dificultades cuando los padres u - otras personas han incalcado traumas profundos en el niño. - Los padres también deben de ocultar sentimientos de ansiedad, especialmente con expresiones faciales, cuando llevan a su hijo al odontólogo.

Debemos comprender la situación de fondo, cuáles son los motivos que llevan a los padres, y fundamentalmente a la madre, a interferir en la labor del odontólogo, quién debe lograr una buena comunicación con el niño y con su madre, para llevar el tratamiento a buen término. No olvidemos que si la madre no acepta, el niño no acepta.

Ya hemos hablado de las ideas fantásticas del niño respecto al odontólogo y sus procedimientos. Pero no podemos ignorar que esas ideas las tienen también los adultos, los padres, quienes al revivir sus propios conflictos infantiles en el momento en que su hijo se acerca a la experiencia odontológica, crean la interferencia, sin proponérselo conscientemente.

Muchas veces nos sorprende el hecho que, luego de conseguir que un niño al principio rechazante y resistente, cambia

rá su conducta, nos aceptará y permitirá el tratamiento, ante el asombro expresado de la madre. Esta no tardará en interferir, perturbando la relación. Llegamos a pensar, aunque pudiera parecer extraño, que la madre actuaba así por celos. - Pero seguramente hay también frustración, enojo, rechazo, por quedar un poco "en el aire" en su relación con el odontólogo. El niño recibe lo que ella no recibe, y eso la lleva, inconscientemente, a actuar en forma pueril, cuando no irritante. - Agregando al hecho, como dijimos antes, que sus propias ansiedades orales se reactivan en esos momentos.

7. Mientras usted acompaña a su hijo en el consultorio, procure no intervenir en la conversación entre él y el doctor. El niño se confunde cuando hablan varias personas o reciben indicaciones de varios lados y puede no atender a ninguno. - Evite la concurrencia de varios acompañantes.

8. Permítale al niño desenvolverse solo. Seguramente lo logrará. El doctor está para ayudarlo o solicitará su cooperación cuando sea necesaria.

Esto tiende a frenar un poco a las madres que se apresuran a repetir indicaciones del profesional, como saltar con el pájaro para secarlo la boca, etc.

No es infrecuente observar la repetición por parte de la madre de la indicación que se ha hecho al niño (abrir la boca, sacar la lengua, etc.) acompañándose sincrónicamente al dentista.

9. Recalque el valor de obtener servicios dentales regulares, no tan solo para preservar la dentadura, sino para formar buenos pacientes dentales. Desde el punto de vista psicológico, el peor momento para traer a un niño al consultorio es cuando sufre un dolor de diente.

Periódicamente se acostumbra citar al niño para controlar los tratamientos y efectuar una limpieza dental.

Desde hace muchos años se lleva el "sistema recordatorio" para control de los tratamientos y reimplicación tónica de flujos ruros. En general, da muy buenos resultados, aunque algunas madres no responden de inmediato al llamado; "Yo le miro y no tiene nada". "En la escuela le revisaron y estaba bien". "No se queja", suelen ser las respuestas de esas madres a quienes, indudablemente "no ha llegado el odontólogo".

Muchas veces los padres en su falta de voluntad para seguir las instrucciones para el niño, en su descuido de la higiene bucal del niño y en la necesidad de una atención odontológica periódica, o en la transmisión de sus propios temores y fantasías sobre la Odontología, actúan en contra de los preceptos del odontólogo y anulan todas sus mejores intenciones.

10. Instruya a los padres para que nunca utilicen la Odontología como amenaza de castigo. En la mente del niño se asocia castigo con dolor y cosas desagradables.

11. El padre no debe prometer al niño lo que va a hacer o no el odontólogo. El dentista no debe ser colocado en un sitio comprometido donde se limita lo que puede hacer por el niño. Tampoco deberían prometer los padres al niño que el odontólogo no les va a hacer daño. Las mentiras sólo llevan a decepción y desconfianza.

12. Debe instruirse a los padres para que nunca traten de vencer el miedo al tratamiento de sus hijos por medio de burlas, o ridiculizando los servicios dentales. En el mejor de los casos, tan solo crea resentimiento hacia el dentista y dificulta sus esfuerzos.

Presencia de los padres durante el tratamiento dental

Llegamos a un punto clave. Muchos colegas plantean ansiosamente la cuestión de qué hacer con los padres (¿Deben entrar al consultorio? ¿Deben quedar en la sala de recepción?), presintiendo que allí radica toda o buena parte del problema.

Este asunto de la separación de los padres es muy delicado y no puede tratarse sin el máximo tacto. El niño no podrá expresar con claridad lo que siente en ese momento, pero la separación siempre produce ansiedad. Sobre todo, si ha existido aquello de "Si no te portas bien, te dejo con el -

doctor" o "Me voy, te dejo aquí y no vuelvo más". Es una palabra, el retiro del cariño y del apoyo, vinculados a su manera de comportarse. Por eso, tampoco nos convence lo que se refiere a quien dice a la madre frente al niño: "Tenemos una regla en el consultorio. Si un niño se porta bien, la madre debe irse. Puede irse a casa si lo desea. La asistente la llamará cuando hayamos terminado. Esto es una regla. Es pero que no se verá forzado a aplicarla".

También se puede hacer que los padres comprendan que una vez en el consultorio, el odontólogo sabe mejor cómo preparar emocionalmente al niño para el tratamiento necesario. Los padres deberían tener confianza total en el odontólogo y confiar su hijo a su cuidado. Cuando el niño es llevado a la sala de tratamiento, los padres no deberán hacer ningún gesto como para seguirlo o para llevar al niño, a menos que el odontólogo les indique hacerlo. Algunos niños en edad escolar se portan mejor en ausencia de sus padres, especialmente si el padre de éstos ha sido defectuoso. Sin embargo, hay casos en que la sola presencia de los padres infunde confianza en el niño, especialmente si tiene menos de cuatro años de edad. Si se invita al padre de un niño mayor para que pase a la sala de tratamiento, deberá desempeñar el papel de un huésped pasivo y permanecer de pie, o sentarse alejado de la unidad. No deberá hablar al dentista o al niño, a menos que aquél se lo pida, ni deberá tomar al niño de la mano, ni mirarlo con simpatía y

expresión asustada. No hay nada que trastorne más el éxito del manejo de un niño que una situación en que la madre está comunicando información falsa al niño, o le está transmitiendo su simpatía. Esta división de obediencias llevará a desconfiar del dentista y también creará temor a los procedimientos dentales.

Clasificación de la conducta paterna

Se han elaborado diversas clasificaciones en cuanto a la conducta paterna en el consultorio como: el que distrae, el pseudocooperador, el que da coraje y el que extiende simpatía; el padre perfeccionista, el antagonista o rechazador, el demasiado indulgente, el dominante y el que se identifica. Y, además, otros disfraces de la ansiedad: la madre apurada, la exigente, la "ocupada", etc. Pero en general, se reconoce que sin la cooperación de los padres muy poco se puede hacer en los pequeños. Desde el punto de vista de mantener las sesiones programadas, reforzar las pautas de comportamiento positivas y supervisar los cuidados en el hogar, la falta de logro de la cooperación paterna resultará finalmente en una incapacidad para alcanzar los objetivos deseados en el niño. Por lo tanto, es importante establecer un sistema para evaluar la capacidad de cooperación del padre. Una vez hecho esto, es posible embarcarse en un programa que fomente una cooperación positiva. Describiremos algunas de las conductas paternas más frecuentes:

Cooperativos. Estos son los padres que demuestran un alto nivel de conciencia odontológica. Con frecuencia, estos padres aprecian los servicios prestados desde un punto de vista clínico y de conducta. A menudo, existe un alto grado de confianza inicial y sólo es necesario reforzar esa confianza para establecer una relación duradera con el padre. La mayoría de los padres de esta categoría quieren realmente lo mejor para su hijo y aceptan prontamente el consejo profesional.

Potencialmente cooperativos. En esta categoría estará una cantidad significativa de padres. Esencialmente, si el médico y el equipo odontológico están bien orientados, entonces es habitualmente fácil establecer confianza. Algunos padres pueden ser agresivos y, a veces, exigentes, pero si se trazan los lineamientos del tratamiento y se marcan los objetivos a corto y largo plazo, entonces se suele establecer la confianza.

Las personas de esta categoría pueden poseer una gran conciencia odontológica y necesitar sólo un refuerzo positivo, el de que su hijo sea apropiadamente tratado. Por otra parte, algunos pueden tener un conocimiento extremadamente limitado de la Odontología y requerirán minuciosas y pacientes explicaciones.

Las personas distantes, poco comunicativas, suelen ser frustrantes. Es importante llevar a cabo serias consultas y

comunicar los objetivos del tratamiento sin esperar ningún tipo de retroalimentación del padre. Sólo después de un período muchas de estas personas se tornan más comunicativas y permiten el desarrollo final de relaciones profesionales sólidas.

El padre sobreprotector puede ser muy difícil, pues ese comportamiento suele constituir un síntoma de un problema en el padre. La comprensión y el apoyo harán surgir gradualmente la confianza de esa persona al punto en que el cuidado del niño se sea confiado al profesional sin ninguna vacilación. - El abordaje de estos padres se ha de ser con una actuación apresurada, que podría ocasionar una confrontación.

Los padres cargados de culpa por los problemas dentales de sus hijos, requieren una gran cantidad de apoyo. Pueden llenar o crear una atmósfera incómoda para el equipo odontológico. El odontólogo y su personal deben manejar sólo lo positivo; más aún, estos padres son sumamente receptivos al establecimiento de un programa de higiene bucal personalizada. - Es una situación común la del padre de una criatura con caries por pautas dietéticas inadecuadas. Por ejemplo, el biberón nocturno. Lo más frecuente es que el bebé haya estado bajo el cuidado total de los padres y específicamente de la madre, se sienta culpable. Una vez más, nada se logrará con demoras en lo negativo. La preocupación por el futuro y la eliminación de los problemas del pasado son el curso correcto. En

todas estas situaciones, tendrá éxito un enfoque comprensivo - considerado.

Capacidad cooperativa limitada. Esta categoría incluye un grupo de padres con los cuales es extremadamente difícil - la comunicación. Pueden albergar muchas hostilidades hacia - la profesión odontológica o hacia todas las profesiones. A - menudo, es el resultado de experiencias negativas previas, al - gunas tan severas como para destruir permanentemente la con - fianza. Puede quedar entonces un aire de sospecha indefinida - mente.

La inestabilidad mental de los padres puede interferir - seriamente en su capacidad para establecer la comunicación. - Otro factor contribuyente pueda ser el desinterés total o la - fuerte convicción de que el odontólogo de los niños no es im - portante. A veces, pese a los más serios esfuerzos, estos pa - dres sencillamente no responderán a razones aparentemente ló - gicas para la salud dental. En estas circunstancias, aún se - puede hacer un intento por establecer la comunicación, pero - se puede esperar un fracaso periódico.

Extremos de comportamiento de los padres

Entre los extremos de comportamiento que los padres mue - tran hacia sus hijos, podemos mencionar los siguientes:

Protección excesiva. Todo niño necesita amor y afecto. Sin embargo, a causa de ciertos factores emocionales, relacio -

nados con experiencias o dificultades presentes, el impulso protector de los padres puede volverse excesivo e interferir en la educación normal del niño. Generalmente, el niño que está excesivamente protegido, no puede utilizar iniciativa propia, o tomar decisiones por sí mismo. Se presta ayuda al niño en cada tarea, incluso mínima, que trata de hacer. La madre ayuda al niño a vestirse y alimentarse, y toma parte activa en sus actividades sociales. Juegos y trabajo se ven restringidos por miedo a daño físico, enfermedades o adquisición de costumbres indeseables de sus compañeros de juego.

Este exceso de protección maternal puede manifestarse por dominio extremo o indulgencia excesiva. Según investigadores, parecen que no existen términos medios. El que la madre se vuelva demasiado indulgente o demasiado dominante depende de la disposición innata del niño y de cómo reacciona al comportamiento anterior de la madre hacia él. Parece que hay una reacción de comportamiento inversa a las actitudes de los padres.

Los padres dominantes presentan niños muy tímidos, delicados, sumisos y tímidos. Estos niños no son agresivos y carecen de presunción y empuje social. Son humildes, con sentimientos de inferioridad, atemorizados y con ansiedades profundas. Como puede imaginarse, estos niños constituyen pacientes ideales, no son excesivos en su actitud, porque son

obedientes, educados y reaccionan bien a la disciplina. Sin embargo, frecuentemente, a causa de la timidez del niño, el dentista tiene que romper la "barrera de timidez", haciendo que el niño confíe en su capacidad para ser un buen paciente dental.

Los padres que son demasiado indulgentes, o que dan demasiados lajes a sus hijos, presentan niños que tienen dificultades para adaptarse al medio social que les rodea. A los niños se se les pide que se enfrenten a realidades morales, de manera que demandan gran atención, afecto y servicio. Como los hacen creer que son superiores a los demás, se vuelven desconsiderados, egoístas y tiránicos. Si no se les da lo que piden, se impacientan, tienen ataques de mal genio e incluso tratan de golpear a las personas que no acceden a sus deseos. Con un dentista extraño, pueden tratar de usar sus encantos y persuasión, e incluso forzarlo, para evitar el tratamiento y hacer lo que quieren; y si ello falla, hacen alarde de ira extrema y pueden resistirse, incluso con fuerza física, a los intentos de manejo del dentista. Son niños muy mimados, y aunque no incorregibles, son muy difíciles de manejar en el consultorio dental. En un gran porcentaje de los casos, debe usarse algo de disciplina como medio para obtener su cooperación. Una vez que se comprende el significado de la docilidad, se vuelven excelentes pacientes.

No es raro que los padres demasiado indulgentes traigan a su hijo al dentista en forma hostil, insistiendo en que se les permita acompañarlo a la sala de operaciones. No habrá razones que hagan desistir a la madre. Ya dentro de la sala de operaciones, interpretará cualquier intento de disciplina del dentista como brutalidad. Generalmente, son estos niños los que más necesitan la disciplina del consultorio. Es conveniente que el dentista tenga en cuenta, al aconsejar a los padres de niños mimados, que estos consideren a sus hijos mucho mejor educados de lo que en realidad están, por lo que - habrá de usar mucho tacto.

Exceso de mimos es defecto común de los abuelos, quienes, habiendo educado ya una familia, quieren volver a experimentar el placer de ser amados por niños pequeños, sin tener la responsabilidad de disciplinarlos. El comportamiento de un niño educado en una casa en donde viven los abuelos es generalmente el de un niño mimado. Esto se verifica especialmente si el padre y la madre están ausentes de la casa todo el día.

Rechazo. Existen varios grados de rechazo, desde ligera indiferencia a causa del trabajo y otros intereses, hasta rechazo completo a causa de problemas emocionales. El padre que es algo indiferente, tiene hijos que se sienten inferiores y olvidados. No están seguros de sí mismos y de su lugar en la sociedad. Desarrollan resentimientos, se vuelven poco

cooperadores, se retraen en sí mismos sin amar ni interesarse por nadie.

Los niños no deseados o rechazados no sólo sufren falta de amor y afecto, sino que pueden ser tratados con desprecio y a veces con brutalidad. Puede que a estos niños se les critique constantemente, se los moleste y atormenta continuamente con demostraciones abiertas de desagrado. Puede que estén - - tristemente descuidados y severamente castigados. No es de extrañar que estos niños desarrollen carencias de estimación propia y sentimientos de incapacidad que los lleve a ansiedades profundas. Puesto que el niño no tiene seguridad en casa, se vuelve suspicaz, agresivo, vengativo, combativo, desobediente, nervioso y demasiado activo. A causa de esta actitud, los miembros del grupo de su edad lo encuentran poco agradable, y esto le hace buscar la compañía de otros parecidos a él. Muchos de los delincuentes infantiles actuales vienen de esta categoría.

En el consultorio odontológico, este niño puede ser difícil de manejar. Está claro que habrá de tratarse cualquier desobediencia manifestada por el niño, no con rechazo, sino esforzándose en ser agradable, amigable y en comprenderlo. Estos niños generalmente demandan mucho, y deberán respetarse sus peticiones en lo posible, porque están necesitados de atención. Este niño deberá recibir la atención deseada cuando se porta bien, y no cuando se porta mal. Debe enseñársele que cuando se porta bien, el tratamiento dental es mucho más agradable.

Ansiedad excesiva. Esta actitud se caracteriza por preocupación excesiva por parte de los padres por el niño, como resultado de alguna tragedia familiar anterior, que fue consecuencia de alguna enfermedad o accidente. Se asocia generalmente con excesos de afecto, protección y mimo. No se le permite al niño que juegue o trabaje solo. Se exageran mucho las enfermedades de poca importancia y frecuentemente se le hace guardar cama sin necesidad. Estos niños son generalmente tímidos, herafios y temerosos. Se preocupan cada vez más por su salud, y les falta capacidad para tomar decisiones por sí mismos. Son generalmente buenos pacientes si se les instruye para que lo sean. Sin embargo, es posible que el dentista tenga algo de dificultad en vencer sus temores. Pero si se alienta y asegura al niño, éste generalmente reaccionará de manera satisfactoria.

Dominación. Los padres que son dominantes exigen de sus hijos responsabilidades excesivas que son incompatibles con su edad cronológica. No aceptan al niño como es, sino que lo fuerzan a competir con otros niños mayores o más avanzados. Al entrosarlo, fuerzan al niño, y son por lo general excesivamente críticos, estrictos, y a veces incluso lo rechazan. Estas molestias y críticas constantes desarrollan en el niño resentimiento y evasión, sumisión o inquietud. Puede ser común el negativismo. Puesto que tienen miedo a resistirse abiertamente, obedecerán las órdenes despecto y con el mayor

retraso posible. Si se les trata amable y consideradamente, estos niños generalmente llegan a ser buenos pacientes odontológicos. Su reacción es parecida a la producida por niños con padres exigentes.

Identidad. En ciertos casos, los padres tratan de revivir sus propias vidas en los hijos. Al hacerlo, quieren dar al niño todas las ventajas que les fueron negadas. Si el niño no reacciona favorablemente, los padres muestran abiertamente su decepción. El niño observador siente esta desaprobación paterna y tiene sentimientos de culpa que se reflejan en timidez, inseguridad y retraimiento. Llega con facilidad y no tiene confianza en sí mismo, trata de hacer poco por miedo al fracaso. Estos niños reaccionan en el consultorio dental de la misma manera que los niños de padres dominantes, y deberán ser manejados análogamente.

Diada madre-hijo

Tranquilizados los padres de que tienen una criatura intacta, se pasa a la fase importante de grabación o unión de la madre y bebé. La provisión de facilidades de alojamiento conjunto en el hospital facilita muchísimo este proceso. La madre examina a la criatura con gran detalle y en poco tiempo aprende sus pautas de reacción al hambre, dolor y placer. El niño, a su vez, aprende a responder a su madre. La diversidad de los demás procedimientos de cuidado de la madre durante

En las primeras semanas de vida sirve para reforzar la fuerza de la unión. El baño, los cambios de pañales, los coriños y hablar con la criatura proporcionan oportunidades adicionales de aprendizaje. Las áreas que crean mayor ansiedad en los padres, porque no los entienden, son la alimentación, las pausas de sueño y el llanto. Este enlace es una relación activa, efectiva y recíproca, específicamente entre dos individuos, - como personas distintas entre sí. La interacción entre ambas continúa reforzando y haciendo vigorosos sus vínculos.

Paradójicamente, mientras más fuerte sea la relación del niño con el adulto que lo cuida, más fácil le resultará dejar a esa persona. Los niños seguros de su relación no necesitan mantenerse agarrados a sus madres. Conscientes de que tienen una base segura a la cual volver, se sienten libres para explorar, retornando periódicamente para reasegurarse.

La habilidad para formar relaciones íntimas más tarde en la vida bien podría depender de la calidad de los vínculos - que se forjan en la infancia.

La vinculación prospera cuando la madre es afectuosa, - atenta y responde a las señales del bebé. La calidad del cuidado determina la fuerza del vínculo, más que la cantidad de - tiempo pasado con el niño. La intensidad del vínculo de un - bebé: "No parece depender de cuánto está disponible la madre, o aun a su alrededor o de que haya otras personas involucradas en el cuidado físico del niño". No interesa cuánto tien-

po dedique a las actividades del cuidado o de su habilidad para desempeñarlas. Es la cantidad de tiempo que la madre emplea en una interacción positiva.

Queda la implicación de que la criatura y la madre tienen gran importancia mutua durante este período crítico. El término privación materna se centró en la incapacidad de las madres para establecer la primera conducta de unión y adhesión. No es poco común observar madres rechazantes con criaturas que progresan bien en su crecimiento y desarrollo. Una búsqueda mayor suele revelar una abuela o tía o tío que desempeña un papel subrogante materno.

El desarrollo intelectual en el ser humano está claramente relacionado con la calidad y cantidad de experiencia con las diferentes formas de estimulación perceptual en la primera etapa de la vida. La estimulación temprana del lenguaje en términos de cantidad, tipo y claridad de la conversación influye en el desarrollo de las aptitudes verbales.

Las diferencias individuales de los niños son importantes en la consideración de las respuestas de los niños a la privación. La variabilidad en la vulnerabilidad por la separación en diferentes niños, ha sido apreciada hace ya mucho y aparentemente está relacionada con la calidad de la relación madre-hijo antes de la separación. Está claro que el "mal" cuidado de los niños durante sus primeros tiempos, puede tener "malos" efectos, a corto y largo plazo.

Influencia de los hermanos

La mayor parte de los niños todavía crece en hogares que incluyen hermanos y hermanas mayores y menores. ¿En qué forma estos niños se influyen mutuamente? Cuanto más cercanas sean las edades entre los hermanos, mayor influencia mutua habrá entre ellos; las diferencias de 2 a 4 años son las más estimulantes, pero también las más estresantes.

La influencia de los hermanos puede ser mayor o menor. Cuando otros niños de la unidad familiar han sido tratados en un consultorio odontológico de manera positiva, el resto de los hijos suelen esperar su oportunidad con ansia. Si las experiencias de los hermanos fueron desfavorables, la influencia será precisamente la opuesta. Es una práctica común permitir que los hermanos se observen entre sí durante el tratamiento, a menudo de resultados beneficiosos. La intención es reducir los niveles de ansiedad por la observación del estado de relajación del paciente. Lamentablemente, la impresión primaria es el observador; puede diferir de la esperada. Por lo tanto, es prudente limitar esa observación a circunstancias en que haya pocas dudas sobre la efectividad de ese enfoque.

Influencias escolares

Es muy difícil modificar la influencia de la escuela sobre la conducta del niño. Ni los padres ni el odontólogo au-

rían capaces de determinar su grado de influencia. No obstante, debe comprender que la experiencia escolar puede tensionar a algunos niños. Se debe considerar esto al evaluar las pautas de conducta y la capacidad de cooperación del niño. Los niveles de ansiedad pueden modificarse de una etapa de la vida a la siguiente, de manera para cada relacionada con lo que pudo surgir del consultorio odontológico y se requiere una objetividad suficiente para evaluar cada circunstancia independientemente, con el fin de establecer el camino apropiado para la reducción de la ansiedad.

Otros factores que influyen en el comportamiento del niño

La forma en que se cuida a los niños desde su nacimiento depende no sólo de la personalidad de cada uno de los padres, sino también de la suya propia. Al poco tiempo después del nacimiento, ellos desarrollan sus propios estilos de acercamiento a las personas y situaciones, o sea, lo que llamamos temperamento.

Se han identificado nueve aspectos relacionados con el temperamento, los cuales aparecen en el recién nacido. Incluyen: nivel de actividad, regularidad en el funcionamiento biológico (hambre, sueño, eliminación); disposición para aceptar personas y situaciones nuevas; adaptabilidad al cambio; sensibilidad al ruido, a la luz y a otros estímulos sensoriales; hu

mor (alegría y tristeza; intensidad de sus respuestas; distra-
gibilidad y persistencia. Los niños varían enormemente en to-
das estas características, prácticamente desde el nacimiento
y tienden a continuar comportándose de acuerdo con su estilo
de comportamiento inicial.

CAPITULO X

EXPERIENCIAS NEGATIVAS QUE REPERCUTEN EN EL COMPORTAMIENTO DEL MENOR

En el manejo del niño temeroso en el consultorio, el odontólogo debe procurar primero determinar el grado de temor y los factores que pueden ser responsables de él. Algunos niños llegan al consultorio listos a responder con tensión y temor, sobre todo a causa de la manera en que el odontólogo les fue presentando en su hogar o por otros parientes, amigos o parca. En casos aislados, el miedo a un odontólogo puede ser el resultado de una experiencia odontológica o médica traumática, que tal vez dejó sensibilizado al niño y lo hizo desarrollar un miedo generalizado a partir de un incidente aislado.

Si el niño es realmente miedoso, el acercamiento lento al problema rendirá altos dividendos. La mitad de la batalla estará ganada si el odontólogo conversa con el niño o intenta conocer la causa del miedo. A menudo el niño expresará su temor a determinado procedimiento o relatará que escuchó algo sobre la experiencia odontológica que lo asustó. En este caso, el profesional podrá proceder a cambiar esa idea mediante la demostración y la explicación.

Algunas de las experiencias negativas que más se presentan son:

- Extracciones sin anestesia. Aun para dientes muy reah sorbidos y próximos a estallar, es imprescindible alguna forma de anestesia.

- Frenados interpositivos. Suele ser inadecuado y un error emplear el torno en la primera visita. Este instrumento requiere una explicación y una demostración de su funcionamiento, que no siempre el niño acepta con facilidad. Muchos se niegan a tomar contacto activo con él, trabajando en un diente extraído montado en un troquel de yeso o acrílico, o en un modelo, o se resisten a la prueba en la uña. No forzar las cosas. Las cucharillas bien afiladas y del tamaño adecuado permiten buen trabajo en la limpieza de una cavidad.

- Instrumentos calientes. No usar gutapercha en niños. Tan solo ver un instrumento que se calienta a la llama puede ser suficiente para crear rechazo. Más aún, si hay dolor por el calor transmitido, o si la lengua movedora, el labio o el carrillo, se apoyan en el instrumento. La quemadura no se olvida. Por otra parte, la gutapercha carece de propiedades de sellado hermético y no vemos ninguna ventaja para que reemplazce como obturación transitoria al cemento de óxido de zinc-eugenol, o similares.

- Falta de explicaciones. No está de más insistir en que el niño no debe ser sorprendido y necesita conocer al por qué, el cómo, el con qué y el cuándo de cada cosa. Luego de

la explicación, asegurarnos de que ha entendido y no confiar en el "Ya sé, eso ya me lo hicierón". Que nos cuente su versión para ratificarla o rectificarla.

- Separación brusca de los padres y acompañantes.

- Amenazas, engaños. De los padres o del profesional.

- Dejarlos a oscuras en el consultorio, previo retiro de los padres. Los niños tienden a ser fantasiosos y por ello pueden inventarse una serie de miedos para nosotros in justificados, pero para ellos totalmente reales, como por ejemplo: el que crean que sus padres los abandonarán ahí, o la presencia de algún fantasma o monstruo, etc.

- Violencias físicas. De los padres o del profesional.

- Hacerles firmar compromisos de buena conducta y coope ración en el tratamiento.

- Mal manejo del niño. No se debe dejar el tratamiento para después, ya que esto no ayuda en absoluto a eliminar el miedo. Se trae al niño al consultorio cuando es muy joven y necesita que le hagan algunos trabajos dentales. Empieza a llorar, a veces con fuerza, cuando le sientan en la silla dental. El dentista, algo desconcertado y sin saber bien qué hacer en esta situación, despierta al niño y se excusa con la madre, sugiriéndole que traiga a su hijo cuando sea algo mayor. Seis meses después el niño vuelve, y se repite la en cesa con igual patrón de comportamiento. Puesto que los miedos

subjetivos en los niños pequeños no disminuyen por su voluntad propia, los temores del niño, y por consiguiente su comportamiento, no ha mejorado. Incluso, pueda haberse intensificado el miedo a la Odontología, ya que una imaginación muy activa exagera la necesidad de huir.

— Dolor. Cuando el niño ha sufrido algún dolor dentario, lo más frecuente es que piense que el tratamiento que le hará el doctor será aún más doloroso que el suyo mismo.

— Indecisión por parte del dentista. Cuando el paciente no supo manejar al niño por primera vez, la siguiente vez tendrá temor de hacerlo. En este caso, el miedo del paciente aumenta con el miedo que tiene el odontólogo a manejarlo, porque el niño piensa previamente que, si el odontólogo teme realizar el trabajo, es porque debe haber alguna razón para retrasarlo.

— Actitudes sarcásticas y desdébiles por parte del dentista. Algunos dentistas hacen esto para que el niño, por vergüenza, se porte bien en el consultorio. Pero muchos odontólogos emplean el ridículo como medio para mejorar la conducta del niño en el consultorio, es una pérdida de tiempo y tiene poco valor. El método no es solo inadecuado, sino que llega consigo peligro cuando se aplica a los niños. El ridículo puede producir frustraciones y resentimientos al niño, y de ello puede resultar un aumento de aversión a dentistas y tratamientos dentales. El producto final del ridículo no es disminución del miedo, sino aumento de resentimiento.

- Presencia del niño durante experiencias odontológicas desagradables de parientes o amigos. Se debe de evitar a toda costa que el niño presencie estas situaciones, ya que será muy difícil reivindicar los procedimientos odontológicos a sus ojos. Por otra parte, aunque el niño presenciara un tratamiento sin problemas alguno, se corre el riesgo que después él, al subir al sillón dental, experimente algo muy distinto a lo que imaginó, lleve una gran desilusión y tal vez pierda completamente la confianza en el dentista. Es difícil volver a ganar la confianza de un niño afectado de esta manera.

- Expresión de sus emociones en ocasiones anteriores. - Decirle al niño que se debe sentirse como se siente, indica carencia de conocimientos sobre problemas emocionales, porque el niño no puede evitar el sentirse así. En situaciones atemorizantes, el deseo de huir domina a la razón, y las seguridades verbales caen en oídos sordos. No se debe decir al paciente que no tenga miedo, sin darle primero razones para creerlo.

- Uso de palabras que inspiran miedo. Muchos de los temores sugestivos no los produce el procedimiento en sí, sino el significado atemorizante de alguna palabra. Algunos niños se estremecen de miedo al oír palabras como "aguja" o "frasa", y sin embargo, no se oponen demasiado a la experiencia si se llama de otra manera al procedimiento. Cuando se trate con

niños deberán evitarse engaños, pero cuando sea posible, deberá usarse palabras que no despierten miedos, palabras que ellos conocen y usan diariamente. La sustitución exacta de palabras deberá guiarse por la edad del paciente. De este modo, el dentista ha informado al niño de lo que va a hacer sin que se produzca miedo. Cuando se trata de niños, es siempre buena política informarlos de lo que se va a hacer, pero evite anustiarlos utilizando palabras mal seleccionadas que le sugieran dolor.

- Brusquedad en los manejos y movimientos. Los movimientos rápidos y bruscos tienden a atemorizar a los muy pequeños. Cuando baje al niño en el sillón, o esté inclinando el respaldo de éste, hágalo despacio. No deje caer al niño de golpe, ni lo incline tan rápidamente en la silla que tenga la sensación de estar cayéndose. Al inyectarlo, por ejemplo, no llave la jeringa a la boca tan rápidamente que el acto en sí asuste al niño. Si los movimientos son naturales y graciosos, se pueden evitar gran parte de miedos innecesarios.

- Experiencia anestésica desagradable. El dolor generado durante la inyección es una parte del malestar que puede despertar gran interés. La mayoría de los pacientes pediátricos acepta el hecho de que el dolor por la presión de un objeto "neutral" en el sitio de la inyección, como una uña o el extremo de un palillo de dientes, es bastante tolerable y

aceptable. Este dolor se compara con la inserción de una aguja fina, pero el uso del último objeto genera la falta de aceptación por el paciente. La contribución de la respuesta fisiológica dolorosa en la conducta del niño durante los procedimientos de la inyección es moderada o intensificada fuertemente por la respuesta emocional y psicológica. Los componentes del temor y la ansiedad parecen desempeñar un papel más dominante en la reacción del niño al procedimiento de anestesia.

Aunado a esto, podemos decir que muchos dentistas no utilizan anestésico tópico antes de realizar la introducción de la aguja, lo que aumenta la molestia al niño. Asimismo, podemos agregar que una mala técnica anestésica puede no producir la sedación necesaria para realizar los procedimientos de odontología, exodoncia, endodoncia, etc., en forma indolora.

- El control de la voz es muy útil para superar los temores del niño. Por lo tanto, se debe evitar elevar repentinamente el tono de ésta para que el niño no se asuste. Una voz agresiva y dominante puede inducir al niño los temores que quizá se tenía al entrar al consultorio.

Aunque puedan sorprender algunas de estas cosas, no son exageración ni se han inventado. A veces las expresiones eufémicas no son tan directas, aunque se pretenda racionalizarlas. La sutil insinuación sonriente de lo que puede suceder, o la demostración práctica de lo que se hace a los niños que "no se portan bien", basta.

Recordemos que un niño que pase por cualquiera de estas experiencias será un niño al que difícilmente se le devolverá la confianza en la Odontología y en el dentista, por eso, es de vital importancia que se trate de evitar a toda costa el cometer o reforzar alguna de esas experiencias negativas.

CAPITULO XI

REFUERZOS PSICOLOGICOS Y MODIFICACION DE LA CONDUCTA EN EL MENOR

"El fraude piadoso es un intento de pervertir la cosa preciosa y sagrada que es la conciencia del niño, para hacerla instrumento de nuestra propia conveniencia y de usar ese terrible y maravilloso poder que llama 'vergüenza' para provecho propio".

- Bernard Shaw -

Modificación de la conducta

El uso del término modificación de la conducta se refiere a una aplicación explícita y sistemática de los principios y la tecnología derivadas de la investigación en Odontología clínica y en Psicología experimental. Esto comprende procedimientos que crean cambios en el comportamiento social y ambiental del niño para aliviar el dolor y la ansiedad y mejorar su actuación. Así, las técnicas de modificación de la conducta, por lo general se intentan para mejorar el autotrol al amplificar las destrezas y la independencia del niño.

Asimismo, la modificación de la conducta es un método terapéutico que entraña influiría por presentación minuciosa y manifiesta de sus consecuencias. Se basa en principios esta-

blecidos de aprendizaje. Se ocupa de la conducta observable y no de la etiología de la conducta, que a menudo no es muy exacta. No exige compensación o cooperación por parte del niño. - Es necesario, ante todo, describir tal como existe el patrón observado indeseable de conducta, con hechos, antecedentes, consecuencias y frecuencia que acontece. Esta descripción puede obtenerse con la historia clínica, pero como herramienta diagnóstica tiene enorme valor el desenvolvimiento en el hogar, o en la escuela. Después se determinará la conducta deseada, así como las consecuencias o recompensas deben ser proporcionadas por el padre o el dentista, sólo después de una muestra de la conducta deseada. La frecuencia de conducta deseada o conveniente aumenta proporcionalmente con frecuencia, uniformidad, valor y prontitud de la recompensa.

La consistencia es un factor principal en el manejo de la conducta. Para acelerar el proceso de aprendizaje y también - debido a que la atención del niño puede ser corta, es necesario premiar inmediatamente y cada vez que se realice una conducta deseada. Una vez que el niño aprende la(s) conducta(s) deseada(s), el refuerzo intermitente mantendrá la conducta.

Aunque el comportamiento del niño parezca poco razonable y no se comprenda bien, es totalmente intencional y se basa en experiencias subjetivas y objetivas adquiridas durante la vida entera del niño. Se lógica se basa totalmente en sus sentimientos. El condicionamiento total del niño requerirá su comportamiento emocional en el consultorio dental.

Se puede adquirir razonando por esta línea y declarar que el niño se comportará en el consultorio dental de alguna manera que en el pasado le sirvió para liberarse de algo desagradable. Si en casa puede evitar lo desagradable con negativismo y ataques de mal genio, tratará de hacer lo mismo en el consultorio dental. Si cuando resiste con fuerza a sus padres, logra que satisfagan sus deseos, tratará de evitar los trabajos dentales del mismo modo. Sin embargo, el comportamiento de un niño puede, a veces, ser modificado.

Si se hace que no resulten sus ataques emocionales, cambiará su comportamiento. Cuando el niño aprenda que en el consultorio no va a lograr nada con mala conducta, perderá motivación por seguir comportándose así. No se pueden hacer tratos con un niño de corta edad acerca de su comportamiento. En esas situaciones, es mejor ser autoridad benévola que darle al niño a elegir sobre la acción.

Cuando el niño llega para que se haga alguna corrección dental, su comportamiento dependerá no tan solo de su condicionamiento anterior, sino también de la capacidad que tiene el dentista de manejarlo. Si se maneja al niño adecuadamente, es muy raro que no se pueda obtener cooperación. Mucho depende de cómo impresiona el odontólogo al niño y cómo va a ganar su confianza.

El dentista que trata niños debe distinguir primero a la conducta apropiada de la conducta cooperativa. Esto sugiere -

que el clínico aplica diversas técnicas para una variedad de condiciones para cada paciente en particular. El dentista debe discernir cada conducta apropiada, si el niño está o no cooperando, lo cual le permitirá responder en forma adecuada y no sólo reaccionar.

La comprensión de la etapa del desarrollo del niño puede facilitar el enfoque de la modificación de la conducta hacia el manejo del paciente. Sin una apreciación del desarrollo dental y físico apropiado de la edad del niño, la modificación de la conducta es simplemente una aplicación de las técnicas empleadas bajo la base de prueba y error.

La conducta es una acción que puede ser observada y medida. Observar la conducta de un niño es a menudo mucho más fácil que observar la de un adulto, debido a que las acciones del primero son en general más honestas. Las reacciones de un niño son con frecuencia el producto directo de sus sentimientos y no están disfrazadas por mecanismos de defensa y de experiencias previas.

El foco de la conducta es también importante, debido a que es más fácil trabajar con problemas observables que con algo vago, como la timidez o el mal humor. Por último y más importante, el dentista debe ser capaz de definir la conducta apropiada o inapropiada antes de que pueda reforzarla o cambiarla. La modificación de la conducta asume que el ambiente (el consultorio dental) tiene mayor relevancia para

afectar la conducta del niño, que las experiencias más tempranas en la vida, los conflictos intrapsíquicos o la estructura de la personalidad.

Identificar una conducta particular, como un movimiento de cabeza para rechazar la anestesia, y notar que ocurre con frecuencia para ser designado como impropio para la edad propia del niño, no es el cuadro entero. El psicista que trabaja con niños también debe estar consciente de algunos principios básicos de las dinámicas conductuales operantes.

Un evento que antecede, a menudo reconocido como un estímulo, provoca una conducta particular o una combinación de conductas que, a su vez, pueden conducir a una consecuencia o consecuencias particulares. Esta es la percepción y la integración del estímulo o estímulos, antecedentes, los cuales son moderados por la condición de desarrollo del niño, las experiencias previas y el temperamento básico. Las conductas resultantes pueden ser motoras (físicas), afectivas (emocional) o cognitivas (intelectual). La consecuencia es un evento o respuesta que el niño comprende que es para reforzar o para castigar. Como resultado, las consecuencias a menudo determinan la forma en que el niño se comportará al recibir el mismo estímulo o uno similar. Una aguja mostrada a un niño de seis años de edad que, previamente ha tenido experiencias negativas de tratamientos dentales, puede provocar llanto y resistencia física, si el niño puede haber aprendido que en una situación seme-

jante, la consecuencia de tal conducta, impide o retarda la administración de la anestesia.

Sin embargo, esto es el momento en que el dentista puede manejar y enseñar al niño mediante el control de las consecuencias. Por ejemplo: El dentista puede elegir entre ignorar - el llanto, decirle al niño que deje de mover la cabeza y reconocer asabidamente lo asustado que parece el paciente. Por otro lado, el dentista puede elegir ignorar todas las conductas de falta de cooperación del niño, sujetarlo físicamente y alabar al niño en el momento en que el paciente haga un intento por controlarse a sí mismo. Por supuesto, el dentista debe estar seguro de que el jovencito es, de acuerdo a su desarrollo, capaz de comportarse en la forma deseada.

Paso para la modificación de la conducta

A través del reaccondicionamiento realizado con la guía - del dentista, el niño aprende a aceptar los procedimientos - odontológicos y a gozar de ellos. Pierde su miedo a la odontología, porque aprende que lo desconocido no representa un - peligro para su seguridad. Con simpatía y tacto, la relación y los procedimientos operatorios, se vuelven interludios agr^g dables esperados con placer por el dentista y por el niño.

1. El primer paso en el reaccondicionamiento es saber si el niño teme excesivamente a la odontología, y por qué. Esto se puede descubrir preguntándole a los padres acerca de sus -

sentimientos personales hacia la Odontología, viendo sus actividades y observando al niño de cerca. Cuando ya se conoce la causa del miedo, controlarlo se vuelve un procedimiento mucho más sencillo.

2. Familiarizar al niño con la sala de tratamiento dental y con todo su equipo sin que produzca alarma excesiva. Por este medio se gana la confianza del niño y el miedo se torna en curiosidad y cooperación. Puede uno acercarse a la mayoría de los niños si se despierta su curiosidad. A todos les encantan los instrumentos nuevos, cualquier equipo o mecanismo les interesa y los llena de gozo. Y, ¿qué mejor lugar que la sala de tratamiento para encontrar instrumentos que estimulen el interés del niño? Puede disminuirse el miedo permitiendo y alentando al niño sutilmente para que pruebe cada pieza del equipo. El dentista deberá explicar cómo funciona cada pieza, de manera que el niño se familiarice con los sonidos y acciones de cada accesorio. Se hace rodar el motor sobre sus uñas, para que pueda sentir la inofensividad de una copa pelidora de caucho. Se hace demostración con la jeringa de aire, y después, como por descuido, se deja en el regazo del niño para que la pruebe. Se explica el control a pie del motor, de manera que el niño sepa que la fresa no está descontrolada, sino que, cuando sea necesario, puede ser detenida en cualquier momento.

3. Sería tiempo suficiente para que haga sus propias preguntas e investigaciones, así como dejarle que pruebe la mayor parte de los botones y pedales antes de comenzar algún tratamiento. No esconder nunca ningún instrumento a espaldas del niño. Sin embargo, no debe nunca mostrarse una jeringa o instrumento agudo con la aguja o el extremo cortante dirigido hacia el niño.

4. Después de familiarizar al paciente con el equipo, la siguiente meta será ganar completamente su confianza. Si se eligen con cuidado las palabras e ideas de la conversación, podrá llegar a comprenderse sin perder mucho tiempo. Al establecer esta confianza, el dentista debe transmitir al niño que simpatiza con sus problemas y los conoce. Cuando se está estableciendo la relación, la conversación deberá alejarse de problemas emocionales y dirigirse a objetos familiares al niño. Hable de amigos, animales o de la escuela. Cuéntale lo triste que está usted porque su perro no puede acompañarlo diariamente al consultorio. Si el niño ama a los perros, pronto florecerá entre ambos una comprensión compasiva. Si el niño tiene problemas con alguna asignatura de la escuela, observe que también usted encuentra ese tema muy difícil. Explique que puede comprender sus problemas porque también los tuvo cuando iba usted a la escuela. De esta manera empezará a haber comprensión y confianza. El odontólogo tiene que humanizar sus relaciones con los niños. No puede salir de escog

se y seguir siendo su amigo.

3. Ha llegado el momento de esbozar el tema del tratamiento dental. El odontólogo puede observar que cuando era niño tuvo que ir al dentista porque era necesario "componer los dientes". Y que descubrió que la mejor manera de hacerlo era, por lo general, lo más fácil, pero que no podía usted saber cuál era la manera más fácil, a menos que el dentista se lo dijera. En este momento, el niño estará generalmente receptivo por su primera adopción de tratamiento dental.

4. Describir el tratamiento que vaya a realizarse. Explicar de forma sencilla y directa cuál va a ser el tratamiento y cuáles sus razones. No mostrarse confuso ni balbuceante. El niño espera que el adulto le hable a su manera. No decir nunca mentiras: el niño las descubrirá fácilmente y se volverá permanentemente desconfiado.

7. En la primera visita deberán realizarse sólo procedimientos menores e indoloros. Se obtiene la historia. Se ingruye sobre el cepillado de dientes. Se informa al paciente que le van a cepillar los dientes con la copa de caucho con la que jugó antes. Se limpiarán los dientes y se los recubre con solución de fluoruro. Se pueden tomar radiografías. Si se le permitió al niño que tocara y sintiera el motor, no deberá haber grandes dificultades. Se puede explicar la unidad de rayos "x" como una enorme cámara fotográfica, y la película como el lugar por donde aparecerá la fotografía. Cuando -

el niño vea las radiografías reveladas, se enorgullecó de lo que logró.

Es buena técnica pasar de operaciones más sencillas a las más complicadas, a menos que sea necesario un tratamiento de urgencia.

8. Trabajar con tranquilidad. Evitar los movimientos bruscos y no manejar los instrumentos de forma que hagan ruido.

9. Tratar de interesar y distraer al niño. Lo que se dice en una conversación no es tan importante como conseguir que la voz suene amistosamente. El timbre de la voz es el instrumento más importante para controlar al niño. El dentista y la asistente tienen que aprender a desplazar la conversación. Si el niño llora, no deben aumentar automáticamente su propio tono de voz, ya que el efecto puede ser muy importante para el pequeño paciente.

10. Demostrar que los logros del niño se valoran. No hay que olvidar que la implicación del personal del profesional y su interés por el niño son los que determinarán el éxito o el fracaso de las visitas.

Esfuerzos psicológicos

Mientras que los sistemas activadores en el tallo cerebral y en el tálamo se ocupan principalmente de alertar al o

ganismo y dirigir su atención hacia las indicaciones externas e internas; existen sistemas cerebrales que refuerzan sucesos de la conducta. Estos sistemas se ocupan del despertar emocional y el efecto relacionado con dicho despertar.

En todos los métodos de reforzamiento, cuando la conducta deseada aparece, el terapeuta la recompensa inmediatamente, dando una sustancia o una respuesta placentera. El caso de los niños que no hablan, tan pronto como se emite un sonido, el médico le da un dulce. Conforme las tentativas se repiten y los sonidos van adquiriendo forma y se vuelven palabras y más tarde oraciones, sigue dándose la recompensa, pero no necesariamente en forma repetida y regular. En los experimentos de aprendizaje en animales, los programas de recompensa intermitentes han dado mejores resultados que los programas de recompensa regular. También se ha intentado usar programas de reforzamiento negativo, en los cuales se establece una situación desagradable o dolorosa, que se interrumpe en cuanto aparece la respuesta deseada en el comportamiento. - - Ciertas situaciones sociales que se usan en los hospitales psiquiátricos, como por ejemplo, el aislamiento, o las privaciones, que más tarde se mitigan cuando la persona muestra buen comportamiento, probablemente representan técnicas que desde hace mucho se han utilizado para modificar la conducta.

Las consecuencias deseadas dependen de la personalidad del dentista y del uso de refuerzos y represiones. Los refu

nos ayudan a que el aprendizaje se realice con más rapidez y por lo tanto, debe ser algo que el niño identifica como para ser dado a consecuencia de su conducta.

Reforzamiento. El reforzamiento ocurre tanto en el condicionamiento operante como en el condicionamiento respondiente; en ambos casos, el reforzamiento intensifica la probabilidad de cierta conducta. Sin embargo, hay que hacer notar varias diferencias entre el reforzamiento de respondientes y de operantes. En el condicionamiento respondiente el estímulo precede a la acción fortalecida; por el contrario, en el condicionamiento operante el reforzamiento sigue a la acción reforzada. El modo de reforzar también difiere en los tipos de aprendizaje. Las respondientes se fortalecen apareando inicialmente los estímulos neutro o incondicionado. En cambio, las operantes se refuerzan con las consecuencias que siguen a la conducta. Los psicólogos hablan de dos tipos de reforzamiento en el condicionamiento operante: positivo y negativo.

Reforzamiento positivo. Siempre que la presencia de un suceso después de que una operante aumenta la probabilidad de que dicha operante ocurra en condiciones similares, los psicólogos llaman a ese proceso y a esas consecuencias reforzamiento positivo. A las consecuencias también se les llama reforzador positivo. Se usa el adjetivo "positivo", porque el suceso estuvo presente. Se usa el sustantivo "reforzamiento", porque aumenta la frecuencia de la conducta que precedió a la

consecuencia. Advuértase que una acción que ordinariamente se considera como desagradable, puede funcionar como reforzador positivo. Como el reforzamiento positivo se define en función de sus efectos, no siempre podemos predecir de antemano qué es lo que operará como reforzador positivo. Tenemos que ver qué es lo que sucede en cada caso particular.

Reforzamiento negativo. Siempre que la remoción de un suceso específico posterior a la operante aumenta la probabilidad de que dicha operante ocurra en situaciones similares, llamamos tanto al proceso como a la consecuencia reforzamiento negativo. A esa consecuencia también se le suele llamar reforzamiento negativo. Se usa el adjetivo "negativo" porque se remueve o se quita una cosa. Se usa el sustantivo "reforzamiento", porque aumenta la frecuencia de la respuesta que precedió a esta consecuencia. El reforzamiento negativo fortalece las conductas que liberan a los animales de experiencias irritantes. Los psicólogos distinguen dos tipos básicos de reforzamiento negativo: condicionamiento de escape y condicionamiento de evitación.

En el condicionamiento de escape, la frecuencia de una operante aumenta en circunstancias similares, porque pone fin a un suceso en marcha (que el organismo considera desagradable). Ejemplos comunes de condicionamiento de escape son ciertos hábitos, como por ejemplo, cubrirse los oídos durante una tormenta eléctrica para liberarse del ruido agobiador, col

gar el teléfono para cortar conversaciones telefónicas molestas y ordenar ciertos cuartos desaliñados para poner fin a las quejas de alguna persona.

En el condicionamiento de evitación, la frecuencia de una operante aumenta en condiciones similares, porque pospone o evita la verificación de una cosa (que el organismo prevé como desagradable). Ejemplos comunes de condicionamiento de evitación, son ciertos hábitos, como por ejemplo, ponerse el cinturón de seguridad antes de echar a andar el motor del auto para evitar el sonido de un subdador irritante, estudiar para evitar calificaciones reprobatorias, obedecer las leyes para prevenir accidentes, multas o confinamientos.

Variedad de reforzadores positivos y negativos. Lo que está reforzando durante el condicionamiento operante depende del individuo y de las circunstancias en que él o ella se encuentra en ese momento. Al hablar de categorías de reforzadores, no perdamos de vista que lo que refuerza, varía de un individuo a otro, por consiguiente, toda consecuencia determinada tiene que tenerse por reforzador potencial hasta que no se establezcan con claridad sus efectos sobre un determinado individuo.

Los reforzadores negativos y positivos se suelen dividir en dos clasificaciones generales: intrínsecos y extrínsecos.

Se dice que el reforzamiento es intrínseco cuando la conducta por fortalecer es reforzante por sí misma. En otras palabras, la sola respuesta es una fuente de sentimientos agradables y la acción se fortalece automáticamente cada vez que ocurre. Existen varios tipos de conductas que suelen ser intrínsecamente reforzantes. Las respuestas que satisfacen los motivos de fondo fisiológico (llamados impulsos), por ejemplo: tomar agua cuando se tiene sed, comer cuando se tiene hambre, etc., son todas ellas intrínsecamente agradables para la mayoría de los niños. Bailar, escuchar música, ir de excursión, esculpir y otras actividades que brindan estimulación sensorial, se consideran también con frecuencia como fines por sí mismas.

De manera semejante, las acciones que satisfacen la curiosidad, por ejemplo: leer, observar, experimentar y explorar, son satisfactorias innatamente para mucha gente. También lo es la sensación de progreso o de maestría que surge de un verdadero triunfo, de alcanzar la competencia en un campo determinado o de romper con un mal hábito. También pueden ser reforzantes por sí mismas todas las conductas que ayudan a un animal a escapar o a evitar algún daño o dolor: desde huir de un enemigo, hasta untar una loción refrescante en una erupción cutánea causada por una hiedra venenosa. Las actividades intrínsecamente gratificadoras que hemos descrito, no siempre son reforzantes desde el principio. Se requiere de cierta habilidad antes de que el ajedrez, tenis, tocar guita-

ra o alguna otra actividad que supone competencia, se vuelve inherentemente satisfactoria.

La mayoría de las conductas que emprende la gente en la vida ordinaria, no son intrínsecamente reforzantes, sino que fortalecen por sus consecuencias externas o extrínsecas. El premio o gratificación no es parte de la actividad misma. Los psicólogos consideran como importantes tres categorías de reforzadores extrínsecos, que hasta cierto punto se incluyen mutuamente. Sin ningún entretornamiento previo, los reforzadores primarios o no aprendidos son bastante poderosos para fortalecer la conducta que los antecede. Los sucesos intrínsecamente satisfactorios se pueden usar para enseñar otros hábitos. Tal vez un premio de unas pasas puede fortalecer la buena disposición de un niño pequeño para conservar limpio su cuarto. Las actividades que satisfacen la curiosidad o que proporcionan estimulación sensorial, son reforzadores primarios extremadamente útiles para las respuestas humanas.

Los reforzadores extrínsecos que provienen de otras personas se suelen llamar reforzadores sociales. Los reforzadores sociales más comunes son: el afecto, la atención, la aprobación, las sonrisas, la risa (después de un chiste), el reconocimiento, el respeto y la ausencia de rechazo, la ira, la desaprobación y la falta de respeto. Aunque algunos reforzadores sociales no son probablemente aprendidos, otros claramente lo son. Es muy probable que los seres humanos manejen

con un aprecio innato de la sonrisa, abrazos y de una voz amigable y tranquilizante, y con una repugnancia natural a señales de tensión y gritos. Al mismo tiempo, las personas aprenden a tener en gran estima las palabras de elogio, por ejemplo: "bien" y "excelente". Se aprende también a apreciar las señales de status (por ejemplo: Un diploma universitario), tal vez porque están vinculadas con manifestaciones de cariño, aprecio y respeto. Los reforzadores sociales tienden a influir enormemente cuando se trata de modificar la conducta humana.

Los reforzadores secundarios o condicionados adquieren su fuerza mediante un repetido apareamiento con otros reforzadores hasta que se les llega a apreciar. Los billetes de dólares se han asociado con la adquisición de alimentos, con títulos y con comodidades de otro tipo. Las estrellas doradas, los puntos y las calificaciones escolares han adquirido propiedades reforzantes porque se han vinculado con triunfo y aprobación. Los reforzadores sociales aprendidos se consideran algunas veces como reforzadores secundarios.

Algunos refuerzos utilizados en odontopediatría son

- Folletos y otros materiales didácticos de apoyo. A todos los niños les encanta recibir su propio correo y serán receptivos a cualquier forma directa de comunicación. La comunicación a través del correo sirve como un método excelente de -

introducción del nuevo material educativo para comprensión del paciente, así como una herramienta de refuerzo para el material ya introducido, por ejemplo: recordarles la práctica del hilo dental durante sus sesiones de cepillado nocturnas, puede ser una influencia positiva, o enviar una lista de recetas bajas en carbohidratos. Otra es una publicación de temporada recordando a todos los miembros de la familia que, puesto que las heridas bucales traumáticas en los niños ocurren con mayor frecuencia durante los meses de verano, se recomienda el uso de protectores bucales.

Los pacientes pueden ser estimulados para llamar al consultorio en cualquier momento en el caso de una urgencia. Pueden remitirse cartas de introducción a los padres antes de la primera visita de sus niños en el consultorio, incluyendo una descripción de los servicios preventivos de salud bucal ofrecidos.

El folleto de un solo concepto llevar ideas a la casa y ayuda a la madre a ser una maestra, siempre que ella haya conseguido comprender las ideas básicas. Hay folletos que muestran y explican las enfermedades dentales y las técnicas de cepillado correctas. Las ideas simples son expuestas y los puntos importantes se repiten e ilustran de manera sencilla y llamativa para darles la importancia debida. La gente no gusta de leer un folleto demasiado largo, por lo que deberá ser corto y fácil de leer.

La técnica de cepillarse los dientes puede enseñarse por demostración, con modelos enormes de dientes de cartón y cepillos, o exhibiendo una película. Estos dos métodos se pueden utilizar con grupos relativamente numerosos de personas, aunque es mejor la instrucción personal. Cuando sea posible, - las demostraciones deberán seguirse con participación del niño. Se puede aprender más y mejor al hacer que al observar.

Otras formas didácticas son. Carteles que comprometan - la higiene dental del niño; radiografías o exámenes gratuitos en los parques u otro tipo de reuniones; anuncios en camiones (de reparto, de leche, de correo, de tiendas); artículos en - los periódicos, programas de radio y televisión y anuncios; películas y espectáculos de marionetas.

Los efectos respectivos de todo este material se irán su - mando y si se utilizan todos estos métodos, resultarán en una campaña de gran impacto en la población.

- Club de la sonrisa. Según las experiencias de algunos investigadores, los niños colaboran mejor cuando se convierten en algo "especial" y son miembros de un club. Los pacientes que logran un alto índice de salud bucal y buenos resultados en las pruebas de control de placa durante dos visitas consecutivas, se convierten en miembros del Club de la Sonrisa. - El nombre del paciente se pone en "la lista de la sonrisa". Se da también a éste un certificado, su credencial y su "pla-

ca de la sonrisa": el paciente sólo requiere mantener su nivel de salud bucal para conservar su calidad de socio activo del club. Como una bonificación, las tarjetas ostentan un lado verde que indica un resultado perfecto. Esta técnica parece ser sobre todo del agrado de los niños de 6 a 11 años de edad y sirve para mantenerlos interesados por el control de la placa durante una época en que exista poco interés por ello.

- Obsequios. El uso de obsequios es útil para reforzar los resentimientos positivos hacia el consultorio, y darle al niño algún regalo cuando se ha portado bien, forma parte de un mensaje adecuado. Aunque el propósito del regalo es así, no se recompensar la buena conducta, sino demostrar amistad, por lo tanto, se se debe regar el obsequio cuando el comportamiento - haya estado lejos del ideal.

Existen muchas variedades de regalos. Algunos odontólogos dan pequeños objetos o juguetes. Muchos dan cupones para comprar helados en alguna tienda cercana. Dar a los niños algunas trelas doradas para que las peguen en una cartulina que está en la sala de recepción, es muy eficaz. La variedad de obsequios se extiende pasitos en caramelitos a modelos de yeso. Lo que impresiona favorablemente al niño, más que el regalo, es que reconozca su mérito.

- Halagos, cumplidos y alabanzas. Una de las maneras más simples de desarrollar la confianza en sí mismo de un paciente, es halagarlo por su cooperación en el sillón dental. Una de -

Las recompensas que más busca el niño, es la aprobación del dentista, así es que levante su ego, señalándole lo valiente y decidido que es, y ya él no le fallará más, pues usted le ha conferido el nivel de coraje con que él se juzga a sí mismo. Cualquier temor que experimente será suprimido y, muchas veces después del tratamiento, le habrá parecido la molestia menor de lo que esperaba. Por tanto, encarará las futuras visitas con menos vacilaciones, en virtud de su confianza en sí mismo, ya que se sabe que una alabanza por cada cinco conductas positivas por lo menos mantendrá firmemente una conducta establecida.

Los cumplidos personales son los obsequios menos costosos que podemos ofrecer, y sin embargo, son uno de los más apreciados, de modo que por qué no distribuirlos generosamente; aunque debemos procurar que al hacerlo, se alabe mejor al comportamiento que al niño.

Algunas guías para la alabanza:

Qué:

1. Cualquier conducta que usted quiera ver repetida.
2. Avances pequeños hacia una conducta deseada (aproximación sucesiva), equivalente a "moldear" la conducta del niño.

Cómo:

1. Dar directrices claras y simples.
2. Proporcionar atención positiva (contacto ocular, palabras agradables, atención física).

3. Ser simple y específico acerca de lo que se desea.
4. No malograr el efecto positivo agregando una crítica después del elogio.

Cuando:

1. Alabar inmediatamente para eficacia máxima.
2. Si no es posible la alabanza inmediata, retardarla también es efectivo.
3. Elogiar cada vez que se produce una aceleración de la conducta (la consistencia es muy importante).
4. Una vez que la conducta positiva nueva está firmemente establecida, los elogios intermitentes la mantendrán.

- Recordar fechas importantes para el paciente. Hasta el paciente más terco y hosco no podrá dejar de ablandarse si el dentista recuerda su cumpleaños, aniversario o algún interés especial de él. Esto puede realizarse mediante el envío de una tarjeta en la ocasión o con la observación casual durante el tratamiento. Esa observación puede anotarla en el libro de citas, por medio de la secretaria o puede bastar una mirada rápida a las carpetas de los pacientes que se vean en el día.

- El nombre del paciente como refuerzo. Recuerde que a la gente le gusta escuchar su nombre bien dicho. Cuando le presenten al paciente, escuche atentamente su nombre. Repítalo en voz alta en ese momento, pronúncielo correctamente y repítalo durante la conversación, como para que deje una impre-

sión indelible en su memoria. Si no lo oyó o no lo entendió, pídale al paciente que lo deletree.

Creemos que recordar nombres es un factor sumamente importante en la conservación de una buena relación de paciente y odontólogo. Recuerde: Es halagüeño para el ego de una persona el ser llamado por su nombre.

- Reconocer los sentimientos e inquietudes del paciente. No es posible ejercer la odontología con éxito si no se reconocen los derechos y sentimientos de los demás. Demasiado a menudo, el odontólogo atareado pasa por alto la cortesía y la afabilidad propias de la vida social, sin embargo, debiera permanecer alerta para reconocer y apreciar los sentimientos de los demás. El apreciar los sentimientos de los demás y ayudarlos a que los expresen puede aliviar mucha de la tensión que suele ser parte de cualquier consultorio odontológico.

Muchas veces los pacientes son ruidos y descoortados en razón de sus intensos sentimientos de ansiedad. Al ser incapaz de manejar estos sentimientos satisfactoriamente, los reflejan en su conducta. Si acepta al paciente como persona y tiene conciencia de sus sentimientos expresados en forma verbal, el odontólogo puede reflejar o explorar esos sentimientos y aliviar la tensión.

Uno de los aspectos infortunados de nuestra cultura es que alienta el ocultamiento de las emociones en vez de su abierta expresión. Si bien, es quizá conveniente para algunos de

nuestros impulsos más agresivos y hostiles, ha tendido así mismo a sumergir nuestros sentimientos positivos. Casi todos muestran una expresión en blanco, que nada revela de emociones o sentimientos. Como resultado, sin darnos cuenta, podemos generar temor, inquietud y malestar en los pacientes, al no demostrarles la calidez que en nuestro interior experimentamos por ellos. El momento dedicado a una sonrisa, un apretón de manos y un saludo cordial al paciente, puede facilitar muchísimo su atención.

- Abreacción. El término es empleado por los psicoanalistas para el proceso de liberar una emoción reprimida, reviviendo en la imaginación la experiencia original. La definen como una descarga terapéuticamente eficaz de los afectos, con reminiscencia de un recuerdo reprimido.

Por este método de cambiar el sufrimiento pasivo en acción activa en el juego, el niño abreacciona sus sentimientos desagradables. Naturalmente, si el dentista ha tenido que hacerle doler, la dificultad de hacer una abreacción adecuada aumenta mucho. Este método ha sido incorporado como procedimiento terapéutico valioso y exitoso en el tratamiento psiquiátrico de las neurosis infantiles. En muchas ocasiones se ha tenido la experiencia de un niño que viene al consultorio a su tratamiento una hora después de visitar al pediatra, quien le ha aplicado una inyección. En estas circunstancias se anticipa - generalmente, que el niño, cuando sea llevado a la sala de juego tomará una muñeca o cualquier instrumento de punta aguda e

incrustaré a éste en los ojos, boca, orejas, cuerpo, extremidades y genitales de aquélla, diciendo a menudo que la muñeca representa al doctor fulano de tal. Luego de este poco de juego, el niño va a casa, en paz consigo mismo, no expuesto a su frir pesadillas y capaz de estar en buenos términos con el pa diatra la próxima vez que lo vea.

Se experimentó en un consultorio con un oso de peluche. Después de dar una anestesia, se hacía que el niño inyectara - al oso con una jeringa y una aguja grandes. Y se vio cómo los chicos descargaban cuanto habían tolerado pasivamente como - - "buenos pacientes". Porque se sabe que en el niño existe la tendencia a repetir cada experiencia que le impresiona una y - otra vez. Estas experiencias, algunas de las cuales tienen - efecto traumático, son repetidas compulsivamente por el niño hasta que la energía del trauma se agota. Por lo tanto, cualquier cosa que el niño haya experimentado pasivamente es dominada a través de la actividad.

Después de eso, seguramente no necesitaba expresión en - sueños, pesadillas, enuresis, o algún síntoma.

Se utiliza también la reproducción en material plástico de un equipo dental, del instrumental corriente y los modelos de ambos maxilares con algunos dientes desmontables, los que pueden ser "extraídos" previa "inyección" y otros con cavidades que pueden ser "obturadas" con pasta...

Pero indudablemente el contacto activo con el instrumen--

tal y equipo verdaderos da mejor resultado. Este tipo de juego es muy importante en las épocas de intensas renuncias instintivas.

- Castigos. Castigar actúa más rápido con las conductas indeseables, pero no permite al niño comportarse mejor, a menos que el refuerzo negativo sea seguido por un refuerzo positivo. Por ejemplo: Si un niño fuera exageradamente obstinado y rebelde, el clínico puede primero tratar de ignorar el gemido y el llanto y premiar al niño porque haya abierto la boca o porque trate de mantener las manos a sus costados. No obstante, su conducta puede volverse intolerable, a causa de que el niño comienza a gritar o a resistirse físicamente. El clínico puede emplear la sujeción física (castigo) y entonces ofrecer liberar al niño cuando muestre su cooperación (refuerzo negativo). Finalmente, cuando el niño coopera, es premiado en el primer momento (refuerzo positivo).

Algunas guías para castigar:

Qué:

1. Una forma para reducir la(s) conducta(s) intolerable(s). Sólo debe usarse como último recurso.

Cómo:

1. Dar una orden terminante específica. Si el niño se detiene, alzarlo, y considerar terminado el evento, por ejemplo, "Deja de mover tu cabeza".

2. Dar una señal de advertencia si la conducta continúa, "Si me ves te cobro, voy a llamar a alguien para que te ayude a dejar de moverla".
3. Si continúa, proseguir la acción
4. Estar calmado, imperturbable
5. No debe haber atención a la conducta del niño mientras está actuando.
6. Cuando haya terminado, es decir, un evento pasado. No mirar, ni regañar.

Debemos recordar que:

1. Los padres enseñan a los niños a resolver sus problemas en la forma en que ellos resuelven los suyos.
2. Castigar hace a los niños sentirse ansiosos y sentirán mala voluntad contra el que formuló el castigo.
3. Si nos descubrimos castigando la misma conducta más de unas cuantas veces, entonces el castigo no está trabajando.
4. Elegir conductas que son incompatibles con la conducta - problema.
5. No omitir amenazas: "Detente o verás"
6. Usted debe ser consistente y siempre proseguir sus acciones
7. La edad mental del niño es un factor primario. No debemos olvidar que el objetivo de usar el castigo es ¡Dejar de usarlo!

- Ignorar algunas actitudes del paciente. Además de la consistencia, el clínico puede observar que gran parte del poder de la alabanza por refuerzo positivo, deriva de ignorar - simultáneamente otras conductas. Por supuesto, este es un fenómeno natural que ayuda a dirigir la atención del niño hacia aquellas conductas positivas que debe aprender.

Algunas guías para ignorar las situaciones son:

Qué:

1. Conductas indeseables, pero no intolerables
2. Diversiones: cambiar el tema; evitar o retardar el tratamiento; distraer.
3. Conductas molestas: gemir, interrumpir, desear, hacer ruidos.
4. Utilizado simultáneamente con la alabanza

Cómo:

1. Voltar en dirección contraria al niño
2. No responder a cues alguna
3. Ser firme y continuar ignorando hasta que la conducta pare
4. Elogiar el primer signo de conducta deseada

Recuérdense: Estar conscientes de que el niño puede acelerar la(s) conducta(s) indeseable(s) antes de lograr que coopere.

- Órdenes contra sugerencias. En el curso del tratamiento dental es necesario asegurarse de la cooperación del paciente. Para producir las reacciones deseadas, nunca se pide al niño -

que se someta a una petición. Al pedirle que haga algo, el odontólogo en realidad le está dando a elegir entre aceptar o rechazar. Si le da la elección al niño, no se puede considerar mal comportamiento el que rechaza. Si se le dice que obedezca una orden, no hay más elección que aceptar. Si se niega, su comportamiento se vuelve automáticamente inaceptable. Cuando ordene a un niño que cumpla sus deseos, decírselos de manera agradable, pero decidida. No dude en sonreír y jugar con su paciente; sin embargo, sea firme si la situación lo requiere.

- Técnica de mano sobre boca. Muchas veces, los niños de edad preescolar gritan con fuerza y largamente en la silla dental y es muy difícil hacerse comprender cuando el niño grita continuamente; la amenaza de sacar a los padres de la sala puede ser suficiente para que se calmen. En otros casos, puede dar resultado darle tiempo al niño para que se desahogue. Sin embargo, todo odontólogo experimenta ciertos casos, cuando la actitud de los padres ha sido defectuosa o cuando se han inducido miedos indebidos, en los que estos métodos no sirven y el niño gradualmente va llegando a la histeria. En ese momento hay que usar medios físicos para calmar al paciente, lo suficiente para que pueda escuchar lo que usted tenga que decirle.

La manera más sencilla de hacer esto es colocar suavemente la mano sobre la boca del niño, indicando que esto no es -

un castigo, sino un medio para que el niño oiga lo que usted va a decir. No debe intentarse bloquear la respiración bucal. Mientras que el niño llora, h bbiele al oído con voz normal y suave, diciéndole que quitar  la mano cuando pare de gritar. No deberá haber malicia en su voz. Puede que la atención - surta efecto, aunque crea que el paciente no le oye. Cuando ha dejado de llorar, quite la mano y hable con el niño sobre alguna experiencia sin relación alguna con la odontología. - Es sorprendente lo eficaz que esto pueda ser y como estos niños se vuelven pacientes ideales. No guardan resentimiento y se dan cuenta de que lo que se hizo fue por su propio bien. - Generalmente, se convierten en los pacientes más cooperadores, e incluso en sus amigos. Colocar la mano sobre la boca del paciente, es medida extrema y sólo deberá usarse como último recurso en un paciente ya histórico, cuando hayan fallado to dos los demás medios. Puede ser necesario usar esta técnica con niños demasiado mimados.

El tiempo como factor determinante al usar los refuerzos

Es necesario que cuidemos del intervalo transcurrido desde que se logran las conductas deseadas hasta los refuerzos. Estos pierden efectividad con la demora. Clínicamente sabemos que los niños tienen un mal concepto del tiempo y que incluso pueden desconocer los meses del año; no sería posible, entonces, que valorizar n un regalo navideño como recompensa por un acto realizado en julio. La abstracción del

tiempo está más allá de sus posibilidades. Así, para ser más efectivos, tanto los refuerzos positivos como los negativos de ben ser rápidos. Pero si las conductas se repiten varias veces en un lapso corto, los refuerzos pueden ya no ser prácticos. En tal situación se utilizarán los refuerzos de manera especial de sólo para mantener la conducta.

La selección de los refuerzos, su calidad y cantidad y la frecuencia con que se aplican a intervalos específicos después de obtenida la conducta deseada reciben el nombre de "oportunidad de los refuerzos".

El soborno

El uso de amenazas o sobornos es un medio pobre de ganar obediencia. Un comentario como "Cuando te vayas, te dará un libro, o un regalo, o un juguete", es preferible a "Si te portas bien, te dará un libro, un regalo o un juguete, cuando te vayas". En esta forma el niño no interpretará el regalo como un soborno.

Ya que a lo largo de los años se ha generado una importante discusión sobre el tema del soborno, recompensas, refuerzos, atractivo mercenario y todo lo que puede utilizarse para alegar o persuadir al niño para que coopere. Para resolver este problema, definamos soborno como "algo prometido u otorgado - que alientará a una persona a hacer algo ilegal o en contra de su voluntad" Y podemos decir categóricamente: Nunca soborne

al niño. Raras veces da resultados positivos el soborno. El resultado será sencillamente que el niño seguirá portándose mal para obtener más sobornos y concesiones. Sobornar es admitir que el dentista no puede manejar la situación. Un niño perceptivo pronto se aprovechará de la mala situación del dentista. Es conveniente distinguir entre soborno y recompensa. La línea divisoria es en realidad muy tenue. Una recompensa - después de la visita puede servir de soborno para que el niño vuelva la próxima vez. Sin embargo, en general se promete o da un soborno para inducir buen comportamiento. Reconocer es reconocer que hubo buen comportamiento después de que se terminó la operación, sin que anteriormente se hubiera prometido. Los sobornos no tienen lugar en la odontología.

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

Después de haber ahondado en el tema de la psicología infantil, podemos concluir que:

1. Es muy importante que conozcamos primeramente los patrones establecidos de personalidad y conducta, así como el patrón adecuado de desarrollo de los niños para de esta manera poder detectar un comportamiento atípico, ya sea porque el niño se encuentra en un estado de estrés, o porque realmente presenta una alteración conductual de tipo patológica.

Si este comportamiento es solamente una reacción de miedo, angustia o simplemente rebeldía, debemos tener las bases suficientes para detectarlo y resolverlo, o en su defecto, sobrellevarlo.

Es imprescindible aclarar que de ninguna manera se va a psicocalizar constantemente al paciente ni debemos comprometernos con sus problemas psicológicos (si es que los tienen) al grado de hacerlos nuestros, ya que ésta es un área para la que el odontólogo no está bien preparado y por el contrario, hará que la madre o el

padre pretendan de nosotros este tipo de ayuda, constituyéndonos así un gran problema.

Nuestra ayuda deberá limitarse a darle el manejo adecuado a ese paciente dentro del consultorio, y si se considera que el caso lo requiere, se remitirá al paciente con el especialista indicado y adecuado a su problema.

2. Otro de los puntos es que debemos hacer sentir al niño que absolutamente todo lo que le rodea y le sucede en el consultorio dental está pensado y diseñado especialmente para él, ya que esto lo hará interesarse en su tratamiento dental y lograremos mantener más fácilmente los objetivos del pre, trans y postoperatorio.

Siempre debemos tener muy presente los gustos, preferencia y sobre todo, evitar al máximo lo que le disgusta al niño; esto es, tratar de hacerlo sentir bien en todo momento y en todas las formas.

El niño se mostrará agradecido si llega a un consultorio decorado para él, con música de acuerdo a su edad y preferencia; a la hora del tratamiento no olvidemos colocarlo en un horario de cita en la que él se mues-

tre más receptivo y cooperador y llenar su tiempo de tratamiento con detalles agradables y hasta indispensables, como los vasos, biberones y toallas decorados con muñecos animados, alginatos y anestésicos con sabores agradables y de ser posible, utilizando el sabor que el niño más prefiera, todo esto debe ir acompañado del trabajo individualizado y agradable que - le procurará tanto el odontólogo como su equipo de apoyo, nunca debemos olvidar que en cada cita lo más importante es el paciente y la realización satisfactoria de su tratamiento.

3. Todos los odontólogos tenemos que darnos a la tarea de crear una campaña de infiltración de información sobre prevención, tratamiento y mantenimiento de la salud dental e ir desterrando poco a poco las falsas historias y tabúes existentes alrededor del dentista y los tratamientos que realiza.

Es necesaria la creación de folletos de información básica de prevención de la caries para repartirlos a pacientes y familiares; además, propagación de información fácilmente digerible para la población por conducto de medios masivos de información.

Sería realmente de gran utilidad el que al ir educando al paciente niño también tratemos de llegar a la conciencia de las personas que lo rodean, para que de esta forma la influencia extraconsultorio también sea positiva.

4. Se pueden detectar abusos y malos tratos en los menores, ya que al odontopediatra al tratar con tantos niños se está exento de encontrarse con una situación de este tipo y deberá estar preparado para denunciar tales actos en contra de la integridad de los niños; sin embargo, este es un punto al que el dentista no le presta mucha atención, quizá debido a que falta la formación sobre este tema.

5. El objetivo principal de esta recopilación fue tratar de que el odontólogo procure obtener todas las áreas posibles con las que pueda "conquistar" al niño, su voluntad y conseguir su cooperación, tal vez primero lo hará en forma inconsciente y más tarde se convertirá en "conciencia dental", todo esto nos llevará a una cadena de actitudes positivas hacia la odontología; pensemos que si a un niño se le introduce adecuadamente a la odontología y junto con él logramos la

cooperación de los padres, podremos conseguir una "educación dental familiar", este niño es un buen candidato a ser un buen paciente en el futuro y seguramente llegado el momento podrá así mismo transmitir a otras personas esa buena formación adquirida.

BIBLIOGRAFIA

1. ARENAS, Jay M., Pediatría de Davison, 9a. edición, México, Editorial Interamericana, 1972, 744 págs. (págs. 1-59).
2. BARBER Thomas E. y Larry S. Luke, Odontología Pediátrica, 1a. edición, México, Editorial El Manual Moderno, 1983, 411 págs. (págs. 1-14, 42-59).
3. BARNETT, Edward M., Terapia oclusal en Odontopediatría, 1a. edición, Cuba, Editorial Científico-técnica, 1984, 408 págs. (págs. 198-206).
4. BRAHAM, Raymond L., Marie E. Morris, Odontología Pediátrica, 1a. edición, Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1984, 647 págs. (págs. 19-63, 107-125, 165-227, 439-471).
5. CIMOTTI, William E. y Arthur Greeder, Psicología aplicada en Odontología, 1a. edición, Argentina, Editorial , 1979, 312 págs. (págs. 215-263).
6. DAVIDOFF, Linda L., Introducción ala Psicología, 2a. edición, México, Editorial Mc Graw Hill, 1984, 794 págs. (págs. 512-518).

7. FINE, Sydney D., Odontología Pediátrica, 4a. edición, México, Editorial Interamericana, 1985, ppágs. 1-391.
8. GARNIER, Marcel, Valery Delamare, Diccionario de los términos técnicos de medicina, 2a. edición, Madrid, Ediciones Norma, S. A., 1981, 114 págs.
9. HOTE, Rodólf P., Odontopediatria, 1a. edición, México, Editorial Médica Panamericana, 1977, 282 págs. (ppágs. 132-134).
10. KOLA, Lawrence C., Psiquiatría Clínica Moderna, 5a. edición, México, Editorial Prensa Médica Mexicana, 1982, 835 págs. (ppágs. 53-74).
11. LEYT, Samuel, Odontología Pediátrica, 1a. edición, Argentina, Editorial Mundí, 1980, 282 págs. (ppágs. 1-21, 31-45).
12. MAGNUSSON, Bengt O., Odontopediatria: Enfoque sistematizado, 1a. edición, Barcelona, Editorial Salvat, 1983, 369 págs. (ppágs. 1-46, 143-179, 353-361).
13. MC DONALD, Ralph E., David R. Alvery, Odontología para el niño y el adolescente, 4a. edición, Argentina, Editorial Mundí, 1987, 810 págs. (ppágs. 1-39, 311-331, 741-747).

14. MINK, John S., Clinicas odontológicas de Norteamérica,
Odontología pediátrica, 1a. edición, México,
Editorial Interamericana, enero 1973, 108 págs.
(págs. 35-49).
15. PAPALIA, Diane E., Sally Wendkos Olds, Desarrollo Humano,
2a. edición, México, Editorial Mc No Graw Hill,
1967, 753 págs. (págs. 91-455).
16. SILVER, Henry K., C. Henry Kempe, Henry B. Bruyn,
Manual de Pediatría, 7a. edición, México,
Editorial El Manual Moderno, 1975, 773 págs.
(págs. 33-37).