

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

301

T E S I S

TECNICA DEL DOCTOR LAMAZE

APLICADA AL PACIENTE PEDIATRICO PROBLEMA

HERNANDEZ

TESIS

LOPEZ

MARIA

ELVIA



P O R

1984

K(1) UNAM



Facultad de Odontología
Div. de Est. de Posgrado e Investigación
Biblioteca "Barnet M. Levy"

MARIA ELVIA HERNANDEZ LOPEZ

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TECNICA DEL DOCTOR LAMAZE

APLICADA AL PACIENTE PEDIATRICO PROBLEMA



ODONTOLOGIA

Nombre y dirección:

APROBADO POR:

C.D.M.O. MANUEL SAAVEDRA GARCIA.

ASESOR

C.D.M.O. PATRICIA LAGUNES PORTILLO.

ASESOR

C.D.M.O. GRISELDA AYALA PEREZ.

ASESOR

C.D.M.O. JAVIER HERNANDEZ PALMA.

ASESOR

C.D.M.O. CARLOS GONZALEZ LUCASCEWICZ.

DIRECTOR DE LA TESIS

TECNICA DEL DOCTOR LAMAZE
APLICADA AL PACIENTE PEDIATRICO PROBLEMA

P O R

.

MARIA ELVIA HERNANDEZ LOPEZ

T E S I S

Presentado como requisito para obtener el Grado de
Maestria en Odontologia

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

1984

RECONOCIMIENTOS

AGRADEZCO PROFUNDAMENTE A TODOS Y A CADA UNO DE LOS MAESTROS DEL AREA DE ODONTOPEDIATRIA, QUE CON PACIENCIA Y DEDICACION ME ESTIMULARON PARA FORMARME DENTRO DE ESTA DISCIPLINA.

AGRADEZCO MUY ESPECIALMENTE AL DOCTOR ANGEL KAMETA TAKIZAWA, COORDINADOR DEL AREA DE ODONTOPEDIATRIA Y AL DOCTOR CARLOS GONZALEZ LUCASCEWICZ SU VALIOSA COOPERACION Y SUS CONSEJOS PARA LA REALIZACION DE ESTE TRABAJO.

A TODOS LOS COMPAÑEROS DE MI GENERACION DOY LAS GRACIAS POR SU AMISTAD Y COMPAÑERISMO.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION.....	1
REVISION BIBLIOGRAFICA.....	5
MATERIALES.....	21
METODOS.....	22
RESULTADOS.....	24
DISCUSION.....	27
CONCLUSIONES.....	30
RESUMEN.....	31
BIBLIOGRAFIA.....	35
CURRICULUM VITAE.....	38

TABLA DE GRAFICAS

-

GRAFICA 1.....	25
GRAFICA 2.....	25
GRAFICA 3.....	26

INTRODUCCION

El problema del manejo del niño difícil en el consultorio dental, es un tema de actualidad , no solo para los odontopediatras sino también para los dentistas de práctica general. En el interior de la república no se cuenta con un Odontopediatra en determinada zona, por lo cual el dentista de práctica general, sin los recursos necesarios y muchas veces sin la información adecuada en técnicas de reacondicionamiento de conducta se ve comprometido en el manejo de un niño difícil.

La necesidad de encontrar un método sencillo y eficaz en el tratamiento de éstos pacientes, surgió cuando en la Escuela de Odontología de la Universidad Veracruzana en Poza Rica se inició el curso de Clínica Integral Infantil (Duncan W. 1982). En la primera semana de labores nos encontramos con un alto índice de pacientes problema, algunos con temores subjetivos, con problemas de conducta y algunos otros con miedos objetivos ocasionados por experiencias odontológicas desagradables. Por ser la escuela de nueva creación en dicha zona , no se contaba con el material y las instalaciones necesarias para el manejo de los pacientes difíciles, además, siendo la primera vez que los alumnos tenían contacto con los pacientes infantiles, teníamos en contra no solo el temor o la fobia del paciente, sino también el temor y la tensión del operador que esperaba en cualquier momento la expresión de llanto o de berrinche. (WEINSTEIN P. 1982 A.).

El número de pacientes problema aumentó conforme se avanzaba en el semestre, por lo cual nos dedicamos al estudio de las técnicas más conocidas para el tratamiento de los pa

cientes pediátricos problema, tales como la desensitización, persuasión, control de voz, mano sobre boca, modelos, retroalimentación psicomotora, refuerzos positivos y algunas otras técnicas propuestas ultimamente, como la técnica del "pequeño asistente dental" considerada como una ludoterapia (terapia psicológica por medio del juego) (Ellstein Elma, 1982), la técnica de "no ver" durante la administración de anestésicos locales y por supuesto revisamos la literatura a favor y en contra de la premedicación y de la anestesia general (Leyt Samuel, 1980).

Los métodos y técnicas puras fueron desechadas progresivamente debido a sus características y procedimientos que requerían: algunas de instalaciones especiales, otras de personal capacitado necesario o de un prolongado tiempo para la asimilación del programa de adaptación. En un medio como el que tenemos para trabajar, es difícil reunir a los padres de familia para darles pláticas orientadoras acerca de conducta infantil, estas conferencias no siempre son capaces de asimilar el contenido y el mensaje de las mismas.

El principal objetivo del presente estudio fué encontrar una técnica para eliminar los temores y ansiedades de los niños problema, que modificara su conducta, tratando de convertirlos en pacientes dóciles y manejables. Dicha técnica debería requerir de bajos insumos de tiempo, espacio y costo

El resultado fué el uso de un método ecléctico, llamado así porque en él reunimos lo más útil, positivo y práctico de cada técnica accesible a nuestros recursos. En este método tomamos como base la técnica de Lamaze aplicada al paciente pediátrico problema, practicada por los Doctores Torney y McCann en la clínica dental Venice en la UCLA, asociada con la técnica de "no ver", la persuasión y los refuerzos positivos.

La técnica psicoprofiláctica del Doctor Lamaze para un parto sin dolor consiste primordialmente en un amplio programa dividido en dos partes: la primera parte es un proceso de desacondicionamiento que elimina la ignorancia, los conceptos erróneos y dudas que son el motivo principal del miedo y por lo tanto del dolor durante el parto, ésto es más que nada la parte educacional del programa, le enseña a la mujer embarazada los hechos biológicos propios de su estado y lo más importante con respecto a la labor y trabajo de parto; la segunda parte es la creación de reflejos condicionados que substituyen a los antiguos, estos incluyen ejercicios respiratorios el uso de un punto focal en el que se concentran durante las contracciones y el uso consciente de pies y manos como recurso para difundir la energía motora y distraer la atención de la zona de contracciones uterinas. De esta manera la mujer aprende a responder ante señales verbales y a activar sus reflejos condicionados para que durante el trabajo de parto las contracciones desempeñen el papel de las órdenes verbales. En base a estos dos pasos principales, el Doctor Lamaze hace que la mujer esté consciente de su actividad y sea capaz de controlar sus reflejos y respuestas ante el parto, teniendo así un alumbramiento feliz e indoloro, (Lamaze F., 1970).

Aplicando los conceptos básicos de Lamaze que son el desacondicionamiento y reacondicionamiento fué posible crear una modificación de dicha técnica para su aplicación en Odontopediatría, (Torney Dennis, 1980).

Con el fin de tener bases objetivas para la aplicación de esta técnica en los semestres posteriores, realizamos un estudio comparativo con la técnica de modelo. Los resultados obtenidos en dicho estudio nos confirmaron la mayor aceptabilidad del método de Lamaze, tanto por parte de los padres

como de los pacientes, los cambios de conducta fueron bastante positivos, por lo que presento a continuación la secuencia de la investigación llevada a cabo.

REVISION BIBLIOGRAFICA

ALBUM M.N. "Pain and Patient Control Methods in Pedodontics".
Journal Dental Children, 2(28); 157-62, January 1981.

El autor de este artículo hace una llamada a todos los dentistas que se dedican el alguna ocasión a tratar pequeños pacientes recordándoles que las fijaciones que adquieren en ese periodo de su vida provocan sus actitudes posteriores. Establece la relación directa que existe entre el dolor o el miedo al dolor y la dificultad para atenderlos adecuadamente. Las técnicas que recuerda en este artículo son las de Persuasión, la cual considera de vital importancia, ya que la seguridad que el operador proyecte en sus pacientes repercutirá en la conducta posterior del niño. Hace una revisión detallada de la forma en que deben llevarse a cabo cada una de las técnicas para el control de los pacientes en el sillón dental como son: la desensitización, la técnica de mano sobre boca , etc.

BIER-KATZ GIDEON. "La Inyección en Niños. La Técnica de No Ver" Quintaesencia en Español, 1(1): 9-14, Enero 1980.

El autor menciona en este artículo el miedo que existe en los niños por la jeringa de anestesia, piensa que este miedo es aún mayor que el que producen la fresa y la extracción. Realizó un estudio con la técnica de no ver ni la jeringa ni el procedimiento de anestesia, éste estudio se realizó en la Universidad libre de Berlin, en la policlínica de Odon-topediatria. La técnica consiste en tener al paciente acostado en el sillón de forma tal que su campo visual solo abarque la cara del asistente y del operador, ya que las mismas manos del operador le obstruyen la vista del braquet y de la jerin-

ga. Los resultados del estudio son bastante aceptables, ya que solamente un 10.2% de los pacientes tratados con esta técnica reaccionan de alguna manera a la inyección. Por lo cual el autor concluye que la anestesia local y troncular no duele y recomienda su uso para evitarle al paciente dolores innecesarios, recomienda el método para pacientes primerizos y rebeldes.

CAMMER L. ET AL. "Treatment of a Dental Patient With Injection Phobia". *Quintaessence Int.* 14(7): 759-60, Jul. 1983.

El estudio realizado por este autor menciona el hecho de que todos los pacientes temen a la inyección, en su falso temor ven los instrumentos más grandes y peligrosos de lo que en realidad son, por lo que él recomienda un tratamiento en el cual se le explique al paciente el procedimiento exacto, la forma de los instrumentos y el uso de la técnica del Modelo para motivar el uso en el paciente con traumas. El describe y recomienda la técnica de "Tell-Show-Do", para poder acostumbrar y desensibilizar al paciente con respecto a su fobia a las jeringas y las inyecciones.

DUNCAN WILLIAM K. D.D.S. "Establecimiento de un programa de Tratamientos Integrales Modulares". *Quintaesencia en Español*, 4(1): 67-70, Ene-Feb. 1982.

En este artículo el autor menciona las deficiencias que se encontraban en la escuela de Odontología de la Universidad de Marquette, en Milwaukee, específicamente en la clínica de Paidodoncia, debido a que los pacientes infantiles eran tratados por diferentes alumnos, de acuerdo a la disciplina o categoría de su tratamiento (prevención, cirugía, operatoria, ortodoncia, etc.) con lo cual se reducía la interrelación en-

tre paciente y Doctor, y el alumno no podía observar como avanzaban los tratamientos. Por lo cual el Doctor Duncan decidió implantar un método de Clinica Integral, donde se tratara al paciente por un solo alumno, desde su ingreso hasta que era dado de alta. Los resultados altamente positivos, ya que los pacientes crearon una relación y afecto más duraderos -- con sus Doctores, lo cual redundó en un mejor comportamiento de los niños, disminuyendo su ausentismo. Los alumnos a su vez, se desempeñaban de forma semejante a la consulta privada

ELLSTEIN ELMA CIMET DE. "Técnica PAD para Guiar Conducta del Paciente Odontopediátrico". Quintaesencia en Español, 4 (3): 247-54, Abril, 1982.

La autora de esta técnica la indica para pacientes entre 3 y 10 años de edad, en ambos sexos, la complejidad de la colaboración depende de la edad del paciente. La técnica está basada en la Ludoterapia, y el paciente puede auxiliar al operador, (colocándose una bata de su tamaño), en actividades tan sencillas como son pasarle el instrumental, darle la toalla al paciente, etc. La Dra. Ellstein concluye que la técnica PAD resulta excelente como preparación para cuando el ayudante necesita actuar como paciente, se familiariza con el instrumental y pierde el miedo al acto terapéutico y disminuye la necesidad de recurrir a tratamientos más drásticos como la analgesia, la anestesia general, etc. Decece la necesidad de llevar al niño al psicólogo infantil y además la técnica se adapta a las necesidades del trabajo.

GOLABECK T. "Systematic Desensitización. A treatment for Odontophobia". TIC. 41(11) 4-5 Nov. 1982.

Entre los tratamientos indicados por diferentes auto-

res para los pacientes con fobia hacia la Odontología, todos coinciden en el uso de la desensitización, es decir, en familiarizar al paciente con la vista y uso de los instrumentos odontológicos. El autor de este artículo menciona la importancia de las visitas sucesivas al dentista, de la confortabilidad del lugar de operaciones y de la proyección subliminal para hacer el lugar más agradable para el paciente. Dice que cuando el paciente habla de sus miedos y traumas con respecto a la odontología, en una forma constante, sin presiones, se puede llegar a insensibilizar ante tales situaciones con el solo hecho de escucharse a sí mismo continuamente. Considera el autor que el tiempo que se pierde con un paciente sentado en el sillón solamente para hablar de sí mismo, de sus miedos y proporcionándole a su vez retroalimentación positiva, vale la pena por tener un paciente cooperador en citas sucesivas.

colaboración

H.D. BUD FREDERICKS, EDD ET AL. "Overcoming Uncooperative Behavior with the Dentist". Journal of Dentistry for Children, 2 (55): 53-7, Jan-Feb. 1984.

En este artículo se revisan las dificultades existentes en el tratamiento de los niños con retraso mental, los cuales comunmente tienen mas miedo y aprensión que los niños normales. Aquí el autor menciona que los niños, debido a esta situación casi no tienen asistencia dental, por lo que se encuentran en un deficiente estado de salud bucal, normalmente se niegan a abrir la boca y se la pasan llorando y pataleando en la visita al dentista.

El autor sugiere un programa de tratamiento en el cual se inicia con una técnica de desensitización, en el cual sin llevar al paciente al sillón se le muestran los instrumentos, se le permite tocarlos y por último se le acercan a la

boca lo mas posible sin que el paciente se moleste o lllore. - En la segunda cita se le presenta al paciente un modelo sentado al sillón, de preferencia un amigo suyo y se le invita a que como juego desempeñe el papel del modelo en el sillón y que abra la boca, cuando el paciente accede, se le puede tomar el estudio radiográfico. En la tercera cita, al mostrarle las fotos de sus dientes, se le refuerza con un helado o con un libro para colorear, para que acceda a sentarse en el sillón y abrir la boca, esto se consigue, normalmente en la cuarta cita. En cada una de las citas se pueden realizar los tres pasos (desensitización, modelo y refuerzos positivos), sobre todo si el tratamiento es diferente en cada ocasión.

KLEIMAN M.B. A.S.D.C."Fear of Dentist as an Inhibiting Factor in Children's Use of Dental Services".Journal Dental Child, - 49(3): 209-13, May-Jun 1982.

El miedo, asociado a la ansiedad es uno de los factores que más negativamente influyen en la conducta de un niño, no es tanto el temor a la extracción si no el temor a estar en un lugar desconocido. El autor afirma que un niño con miedo reacciona tratando de salvar su integridad, de lo que el piensa que pueda atacarla, por lo tanto es importante darle en primer lugar la seguridad de que no va a ser agredido. El temor le impide comprender la realidad, le impide comprender lo que se le explica. Ningún niño entiende razones cuando es presa del pánico por lo tanto no podemos esperar una conducta cooperativa en un niño con miedo. Lo mas importante es darle al niño la seguridad de que no se le va a maltratar y que lo que hagamos en su boca repercutirá en su bienestar. Afirma que en el caso de los pacientes de emergencia, que presentan traumatismos, lo más importante es calmar su dolor, aún contra su voluntad y después tratar de infundirles confianza, pero cuan

do el niño note que aquella persona a aliviado su dolor, sabrá que puede confiar en ella.

LAMAZE F. "Painless Childbirth: The Lamaze Method". Henry Regnery Co. Chicago, 1970.

En este libro, el Doctor Lamaze hace un análisis de las bases psicológicas y fisiológicas de un método. Explica detalladamente el porqué y el cómo de cada uno de sus pasos, así como las razones que le hacen tratar de evitar al máximo la anestesia total y epidural. Habla también de la importancia de la alimentación natural del bebé y sus repercusiones psicológicas en el mismo.

LEYT SAMUEL. "Anestesia General en Odontología Pediátrica". -- Quintaessencia en Español, 2(9): 51-6, Sept. 1980.
49(3): 200-100

El Doctor Leyt afirma que la anestesia general debe utilizarse en casos bien seleccionados, en los cuales no es posible una comunicación positiva con el niño, como en el caso de niños paralíticos cerebrales, débiles mentales, o en niños con antecedentes quirúrgicos, médicos u odontológicos que han dejado un mal impacto emocional y en los cuales es necesaria la intervención odontológica. El insiste en que no debe utilizarse como una fácil solución de rutina en niños que presentan actitudes negativas o de rechazo, sino en casos ya especificados.

El Doctor Lyet hace hincapié en que los odontólogos nunca deben asumir el doble papel de anestesista y operador, sino que deben confiar la salud del niño a un anestesista de experiencia y prestigio comprobados, en un sitio adecuado que ofrezca toda clase de seguridad para el paciente y no en el

consultorio dental. Habla también de la importancia de que los padres estén presentes en la sala operatoria, mientras el niño está consciente y que ellos deben salir cuando el niño - ya esté inconsciente para empezar la intervención, pero deben volver a entrar al terminar para que el niño los encuentre - junto a él al despertar. Menciona todos los riesgos de la anestesia general, hace una revisión rápida de los principales medicamentos utilizados en anestesia general y sus efectos colaterales. Muestra además un marcado rechazo al uso del cloruro de etilo, considerándolo más como una agresión que como un anestésico.

MELAMED B.C. PhD ET AL. " Dentists' Behavior Management as it Affects Compliance and Fear in Pediatric Patients ". JADA 106 (3) 324-30, Mar. 1983.

Se realizó un estudio para valorar el manejo de la conducta en niños por el dentista, considerando el temor del niño al dentista como un impedimento para el cuidado de la - salud dental. En este estudio fueron aplicadas varias condi-- ciones de reforzamiento, utilizando un grupo testigo en el - cual no se utilizó ningún reforzamiento, es decir un grupo - neutral contra tres grupos en los cuales se utilizaron respec-- tivamente: refuerzos positivos, amenazas de castigo y refuer-- zos positivos juntamente con amenazas de castigo. Se conside-- raron separadamente factores como sexo, edad y raza, así como las experiencias previas y los pacientes de primera vez. Los parámetros para analizar fueron: el índice de sudor palmar, - el comportamiento cooperativo, el comportamiento libre de te-- mores, las actitudes indeseables.

En el grupo de niños en el cual se utilizó la retroa-- limentación positiva, después de conductas cooperativas, se -

obtuvieron mejores conductas en citas subsecuentes. En los niños en quienes se utilizó la amenaza de castigo para lograr su cooperación, así como en el grupo de niños en los cuales se utilizó la retroalimentación positiva en el caso de portarse bien y la amenaza de castigo cuando no se mostraban cooperativos, aumentaron los temores de los niños, su índice de sudor palmar, y su actitud se volvió impredecible. En el grupo de niños en los cuales se mostro una actitud neutral, también aumentaron sus temores y su actitud no cooperativa no mejoró en ningún aspecto.

Los autores concluyen diciendo que cualquiera de los refuerzos o indiferencia que se presten en la primera cita, repercuten en las citas sucesivas. La censura hacia el mal comportamiento, aún ignorando su cooperación adecuada, reporta una conducta menos cooperativa. En particular, los niños mayores de 7½ años, los niños con experiencias previas, y los niños con bajos niveles de temor inicial fueron más susceptibles a las consecuencias adversas de la censura cuando fué usada unicamente sin proporcionarles recompensas ante las conductas adecuadas.

SHAW E.G. ET AL "Effect of Mother Presence on Children's Reaction to aversive procedures". Journal Pediatric. Psychol, 7 (1): 33-42, Marzo 1982.

El estudio realizado para equiparar la presencia de la madre como negativa o positiva dentro del cubículo dental, fué realizado utilizando dos grupos de niños en edad preescolar y dos grupos de niños de edad escolar. En los grupos fueron realizados tratamientos dentales que normalmente producen aversión no solo a los niños sino también a la población adulta como son la aplicación de anestésicos, el fresado de cavi-

dades y extracciones. Uno de los grupos de niños de edad preescolar fué tratado mientras su madre permanecía dentro del cubículo, el otro grupo fué tratado sin la presencia de la madre, lo mismo se realizó con los otros dos grupos de edad escolar.

En los resultados se observó que los niños de edad escolar tienen un comportamiento negativo ante la presencia de la madre, pero son más manejables cuando se prescinde de ella posiblemente porque no tratan de ejercer ningún chantaje sobre el ánimo de la madre, ni de coaccionarla con el fin de portarse bien. En el grupo de niños de edad preescolar, por lo contrario, fué más positiva la presencia de la madre, lo cual redundó en una conducta más cooperativa, mientras que los niños que eran tratados sin estar su madre presente, no solo no cooperaban, sino que eran difíciles de controlar. La presencia materna proporciona seguridad emocional y física en niños de edad preescolar que no están acostumbrados aún a relacionarse con el mundo exterior, pero en los niños de edad escolar actúa negativamente ya que el niño es capaz de razonar acerca de las emociones que provocan tales situaciones en la madre, por lo que capta sus miedos y en la mayoría de los casos trata de aprovecharse de ellos.

TORNEY DENNIS L. D.D.S. MS. "Aplicación de la técnica de Lamaze en el Manejo del Paciente Pediátrico Problema". *Quintaesencia en Español*, 2(12): 63-6, Diciembre 1980.

Los autores aplicaron una nueva técnica para el manejo del niño difícil basada en los principios en que se apoya el Doctor Lamaze para el parto sin dolor, dicha técnica fué aplicada en la clínica dental Venice de la UCLA, en la cual contaban con escasos recursos, ya que no tenían ni el tiempo

ni el espacio necesario para atender a los niños con conductas no cooperativas. La técnica consiste básicamente en enseñar al niño a respirar lentamente, concentrándose en su respiración, después se le enseña a desviar su energía psicomotora en un sitio diferente a la cavidad oral, levantando la pierna o el brazo durante 20 seg., pasados los cuales la puede bajar y por último se le induce a pensar en su tonada favorita, sin perder la concentración en ninguna de las tres cosas. Cuando el niño se encuentra más concentrado se le aplica un palito de naranjo haciendo presión en los sitios donde se aplicará la anestesia posteriormente. Esta primera cita es bajo la promesa de que no se realizará ningún tratamiento dental. Cuando el niño ha aprendido los tres pasos se le indica a los padres que deben realizar el ejercicio durante el transcurso de la semana, diariamente aproximadamente durante 20 minutos cada día.

presencia

Los resultados fueron altamente positivos en la mayoría de los casos, ya que pudieron ser tratados en la segunda cita sin obtener cambios de conducta, todos los pacientes fueron anestesiados sin dar muestra de dolor. Esta técnica elimina la relación miedo-dolor al no permitir que el niño vea la jeringa, distrae su atención de la cavidad oral y canaliza la energía que podría expresar en mordeduras o patadas. Al llevar los ejercicios a su casa hace que el niño se sienta más confiado y se obtiene un protocolo constante y uniforme para tratar casos similares futuros.

TRIEGVER NORMAN D.M. M.D. "Significado del dolor en Odontología" Quintaesencia en Español, 3(3): 65-8 Marzo 1980.

El autor hace un análisis de cuán importante son el dolor y el miedo en la etapa de la infancia, no solo como mo-

tivo de traumas psíquicos o de fijaciones emocionales sino como sistema de defensa para cuidar la integridad física del niño y como instinto de conservación. Las experiencias maternas y las influencias de familiares y amigos influyen mucho en la actitud con que el niño maneja el dolor, ésto aunado a la etapa en que el niño maneja sus fantasías infantiles de sufrir - daño, como son el temor de ser arrollado por un auto se juntan para aumentar el terror. Hace hincapie en que un accionar cauto y la honestidad son esenciales en el trato con los chicos, no se les debe engañar ni decepcionarlos, no se deben exagerar los amaneramientos al tratar a los niños, sobre todo debe evitarse el trato con los chicos si el operador tiene - aversión hacia los mismos, ya que podemos considerar que estas emociones se "telegrafían" teniendo influencias negativas en el patrón de conducta de los niños.

El autor afirma que en el caso de urgencia en el tratamiento dental de un niño, no se perderá demasiado tiempo - tratando de explorar el mundo fantástico del niño, sino que - se le explicará claramente lo que tiene que hacerse. Se debe proceder con firmeza sin intensificar el estado de alarma del chico. Al terminar el tratamiento se evalúan en forma realista los hechos, para explicarle que no ha sido dañado ni engañado. El piensa que es preferible decirle al niño que recibirá un pinchazo, y que después no dolerá, que engañarlo con la frase "no te va a doler". Esto a la larga es más tranquilizante y conduce a que el dentista sea mejor aceptado. Lo fundamental no es evitar todo dolor al niño, sino llevar a cabo el trabajo y dejar perfectamente aclarado que el odontólogo está para ayudar y cumple su tarea de ayudar hasta lo último.

WEINNER ARTHUR A. D.M.D. FAGD. "Principios Básicos del Miedo, Ansiedad y Fobia Características de las Visitas al Odontólogo Quintaesencia en Español, 3(7): 609-14, Julio 1981.

El autor sostiene que la mayoría de los pacientes evitan el tratamiento dental, debido a su estado de temor o angustia provocado no solo por el inminente tratamiento dental sino también por su vida diaria. Dice que en una sociedad tan compleja como la de nuestros días es imposible tratar de separar las necesidades físicas de los pacientes, haciendo a un lado los factores emocionales. Es importante poner atención al manejo y comprensión de las emociones de nuestros pacientes, recordando que las barreras psicológicas constituyen los mayores obstáculos para el ejercicio de una buena práctica profesional. El miedo se asocia a calamidades y peligros, pero determina una respuesta real y útil ante situaciones reales o imaginarias, al sentir miedo se agudizan las percepciones, movilizan las energías y aumentan reflejos, es decir, determina las reacciones de supervivencia.

El miedo puede ser objetivo o subjetivo, la fobia puede definirse como un miedo irracional ante un objeto o situación determinada; es un miedo específico determinado por un estímulo desproporcionalmente pequeño si se le compara con la severidad de la reacción, casi todas las fobias son adquiridas. Las fobias pueden clasificarse por asociación o identificación del estímulo fóbico y pueden ser externas que son las situaciones sobre las cuales el individuo no tiene ningún control (la muerte, enfermedades) y las externas que son las que pueden ser evitadas por el paciente (miedo a viajar, a las alturas, etc.). También pueden clasificarse por el tiempo de establecimiento y sitio para la localización, dividiéndose en: endógenas y exógenas, la primera son pacientes con ansiedad y

ataques espontáneos, por lo general son pacientes con mas de una fobia y polisintomáticos, la segunda son pacientes con fobias sencillas y bien definidas. Las causas de las fobias son variables, pueden ser herencias sociales, experiencias traumáticas, por imitación, la edad, la personalidad, los desequilibrios químicos, el terreno cultural, etc.

Se debe considerar siempre lo siguiente para comprender los principios básicos que gobiernan el miedo, la ansiedad, y las fobias: La mayoría de la gente no sabe como se inician sus temores, la mayoría de los temores y las fobias son adquiridos, cualquiera puede desarrollar una fobia, y, si la fobia se maneja de una forma adecuada no se desarrollará otro tipo de fobia que la sustituya, según lo han demostrado estudios recientes.

El autor concluye, que ya que los miedos y las fobias interfieren tanto en nuestro trabajo, debemos tener la capacidad de referir a médicos especializados a aquellos pacientes que al parecer padezcan una alteración emocional o psíquica, y ser capaces de tratar a aquellos pacientes que padezcan alteraciones moderadas en una forma conveniente y adecuada. No importa que tengamos un equipo moderno y elegante con el que apliquemos técnicas altamente sofisticadas, todo es inútil si no podemos hacer que los pacientes acudan a nuestro consultorio.

WEINSTEIN P. PhD ET AL. "The Effects of Dentist's Behaviors on Fear-Related Behaviors in Children." JADA 104(1):32-8 Jan 1982

En este estudio el autor habla de los serios problemas que frecuentemente presentan los niños pequeños para el dentista al tratar de proporcionarles un tratamiento. Este es

tudio examina las relaciones existentes entre la conducta del dentista y la respuesta del paciente. La guía para hacer algo es generalmente más satisfactoria que un mensaje de detener o disminuir una conducta es problemático, especialmente para los niños pequeños. Fueron tratados niños entre 3 y 5 años de edad por Dentistas voluntarios, de los cuales eran 22 Dentistas de práctica general y 3 paidodontistas. Los grupos de estudio consistían en grupos a quienes se aplicaban técnicas de retroalimentación, coerción, coacción y la aplicación de reglas para tratar de obtener una disminución en las relaciones de temor existentes en los niños. En los resultados se observó que la coerción, coacción y repudio tendían a ser seguidas por un aumento substancial en las conductas de temor, mientras que las situaciones de afectos y gestos no verbales que transmitían seguridad y aprobación son muy útiles en la reducción de las conductas de temor .

Conclusiones.- La evidencia sugiere que la dirección inmediata hacia una conducta favorable y los refuerzos específicos son mas efectivos, seguidos de una reducción en las conductas de temor del niño . Las caricias y los elogios a las buenas conductas también tienden a disminuir las conductas de temor. El hecho de preguntar por los sentimientos del niño da mejores resultados que ignorarlos. La coerción, coacción y repudio tienden a aumentar la mala conducta. Las explicaciones, aunque frecuentemente usadas no tienen gran significación en la reducción de las relaciones y el temor, sin embargo, el detener el tratamiento para tratar de manejar al niño parece aumentar las respuestas del temor. Este estudio ha iniciado una interacción conductual específica durante el tratamiento de rutina de niños pequeños, son necesarios estudios adicionales de niños de edad escolar. Sin embargo, la metodología utilizada en este estudio tiene el potencial para asesorar no sola-

mente las conductas sino tambien el manejo farmacológico de los pacientes.

WEINSTEIN P. PhD ET AL. "Dentist's Responses to Fear-and Non-fear-- Related Behavior in Children". JADA 184(1): 38-40 Jan 1982 B.

Los Dentistas pueden responder diferentemente a las conductas de miedo y no miedo en los niños, y estas respuestas pueden influenciar a los niños en su conducta posterior.- Este estudio examina esta interacción. La mayoría de los Dentistas frecuentemente responden a la conducta de temor del niño con conductas que son contraproducentes e inefectivas para reducir el miedo, las reglas, la coerción, la coacción, el repudio y la reafirmación. El proveer explicaciones, el uso de preguntas retóricas y las caricias parecen ser mas una función del estilo interpersonal del dentista que una respuesta a la conducta del niño.

La dirección en la conducta del niño, los refuerzos positivos y las preguntas para conocer sus sentimientos tienen las mas altas probabilidades de reducir el patron de conducta de temor formado por el niño.

Conclusiones.- Por todo esto, los datos sugieren que la mayoría de los dentistas frecuentemente responden a la conducta de temor del niño con conductas que son contraproducentes e inefectivas como son las mencionadas en el estudio anterior. Los dentistas que dirigen la conducta del niño preocupándose por sus sentimientos y proporcionándoles refuerzos positivos tienen mayores probabilidades de reducir el temor en el niño. El análisis de las respuestas de los dentistas ilustra claramente las distintas diferencias en los estilos de in

teracción. Algunos dentistas, por ejemplo utilizan respuestas enfáticas mas frecuentes que otros. Investigaciones posteriores de acuerdo con grados mayores o menores de temor en niños tratados por el mismo dentista serían conducidos para - comprobar esta hipótesis. Estos hallazgos en conjunción con nuestro estudio de la eficacia de la conducta específica del dentista en afección al miedo del niño presentan patrones - significativos de la conducta del niño y el dentista en la práctica privada.

WEINSTEIN P. PhD QT AL. " Humanist Application of Behavioral Strategics in Oral Hygiene Instruccions ". P. Clin. Prevent. Dent. 4(3): 15-19 May-Jun 1982 C.

En este estudio el autor hace una aplicación de los estudios anteriores, para conseguir una conducta cooperativa en la rutina de la higiene oral. La mayoría de los niños pr_ a la co sciden de la higiene oral, el autor toma medidas que son - aceptables por cualquier niño hasta de edad preescolar para que acepten de mejor agrado su técnica de cepillado, el uso de la seda dental y otras medidas de higiene, incluyendo los hábitos, como son el succionar dedo, la succión del labio, etc

MATERIALES

MATERIALES

Unidad Dental

Dibujos

Hisopos o abatelenguas

Jeringa para anestesiar

Instrumental y material para el posterior tratamiento dental.

RECURSOS HUMANOS

De los 142 pacientes recibidos en la Clínica Integral Infantil, durante el semestre comprendido del 24 de Septiembre de 1983 al 2 de Marzo de 1984; 76 pacientes resultaron ser pacientes difíciles. Las edades oscilaban entre los tres y diez años, la población más representativa en esta muestra era la de cinco años de edad. Era mayoritaria la población masculina con un 65% del total de la muestra.

Entre las causas más comunes del abierto rechazo al tratamiento dental encontramos las siguientes:

Experiencias odontológicas desagradables	28	niños
Temores subjetivos	24	niños
Protección paterna excesiva	24	niños

El grupo de alumnos encargado del tratamiento de estos pacientes fué debidamente informado acerca de psicología de la conducta, de las bases y propósitos de esta investigación. También los padres fueron debidamente informados acerca del tratamiento.



METODOS

Los niños fueron divididos en dos grupos heterogéneos (considerando las causas aparentes del rechazo), tratando de nivelar ambos grupos tanto en las motivaciones, como en las edades y sexo.

En el grupo al cual se aplicó la técnica del Doctor L_Umaze, el primer paso consistió en tratar de eliminar en los - pacientes su miedo desacondicionando su mala conducta, se les brindó la información necesaria auxiliándose con dibujos accesibles a la edad del niño, para explicarle en que consiste el tratamiento dental, cómo se procede, cambiando de este modo - sus reacciones interpersonales ante un miedo para él desconocido y deformado, y las experiencias que con él se relacionan.
con un obj.

Esta primera visita se hizo bajo la promesa de que no se efectuaría ningún tratamiento dental, propiciando así un - inicio de bienestar y tornando la visita en un encuentro amistoso , así como educacional e informativo.

En esta primera visita se conduce al paciente al sillón para iniciar sus ejercicios de reacondicionamiento de reflejos, se le muestran someramente las partes de la unidad dental y su funcionamiento son llevados a cabo en tres tiempos. En el primer tiempo se les enseña a respirar lenta y profundamente, se les indica que se deben concentrar en su respiración - hasta lograr un ritmo de aproximadamente diez inhalaciones por minuto, esto lo debe hacer sin distracción alguna.

En el segundo tiempo se le pide al niño que continúe - respirando en la misma forma y que se levante al mismo tiempo su pierna derecha, manteniéndola así durante veinte segundos, pasados los cuales podían bajarla y descansar.

Para el tercer tiempo se le pide al niño que recuerde su canción o cuento favorito, se le incita a pensar en ella, induciéndolos a hacer las tres cosas al mismo tiempo, sin perder la concentración en ninguna de ellas. El ejercicio se realizó hasta un conteo de 100 segundos.

Cuando el niño aprendió los tres tiempos del ejercicio se introduce un hisopo en la boca presionado como si se tratara de una aguja dental y explicándoles que es un simulacro del inicio del tratamiento dental (la aplicación del hisopo es cuando el niño se halla concentrado en el tercer tiempo de su ejercicio). Durante el tiempo de aplicación del hisopo se coloca éste en los sitios más habituales de punción, de esta forma se acostumbraron al procedimiento sin que les fuera administrado ningún anestésico.

Todo el procedimiento anterior se lleva a cabo utilizando una orden verbal para inducir cada uno de los tiempos.- La palabra clave utilizada en estos casos fué "infiltración".

La visita se da por terminada indicando al niño y a sus padres que deben repetir el procedimiento en sus casas , todos los días hasta la próxima visita al consultorio, una semana después. La sesión primera tiene un tiempo aproximado de duración de veinte a veinticinco minutos.

En la segunda cita se repite el tratamiento y de ser posible se substituye el hisopo por la jeringa verdadera, durante el mismo procedimiento se suministra el anestésico y se inicia el tratamiento dental convencional.

En algunos casos no era posible intentar aún el procedimiento dental, pero se infiltraba anestésico para familiariz

zar al paciente con la sensación de bloqueo y se dejaba el tratamiento dental para la tercera cita.

Hay dos aspectos importantes en este método, uno es la instrucción de los padres acerca de los pasos del procedimiento y explicarles la importancia y necesidad de que cooperen con los ejercicios en su casa. El otro aspecto importante es la comunicación que se logra con el infante hablándole en un lenguaje propio de su edad.

En el grupo al cual se aplicó la técnica de modelo, se les explicó a los padres que solamente se llevaría al niño al cubículo para que viera a un paciente modelo cómo permitía que realizara un procedimiento dental en su boca. Los niños eran invitados a asistir a una sesión odontológica como espectadores, indicándoles que podían hacer las preguntas que creyeran convenientes al respecto. Cuando el paciente modelo terminaba su sesión intercambiaba impresiones con el paciente invitado para tratar así de disminuir su ansiedad.

Los pacientes tratados con el método del modelo no eran presionados en ningún momento para participar como pacientes, pero se les indicaba que en el momento que consideraran oportuno, podían ocupar su sitio en el sillón dental. La duración de cada sesión era de aproximadamente veinticinco a treinta minutos, y se indicaba una sesión a la semana.

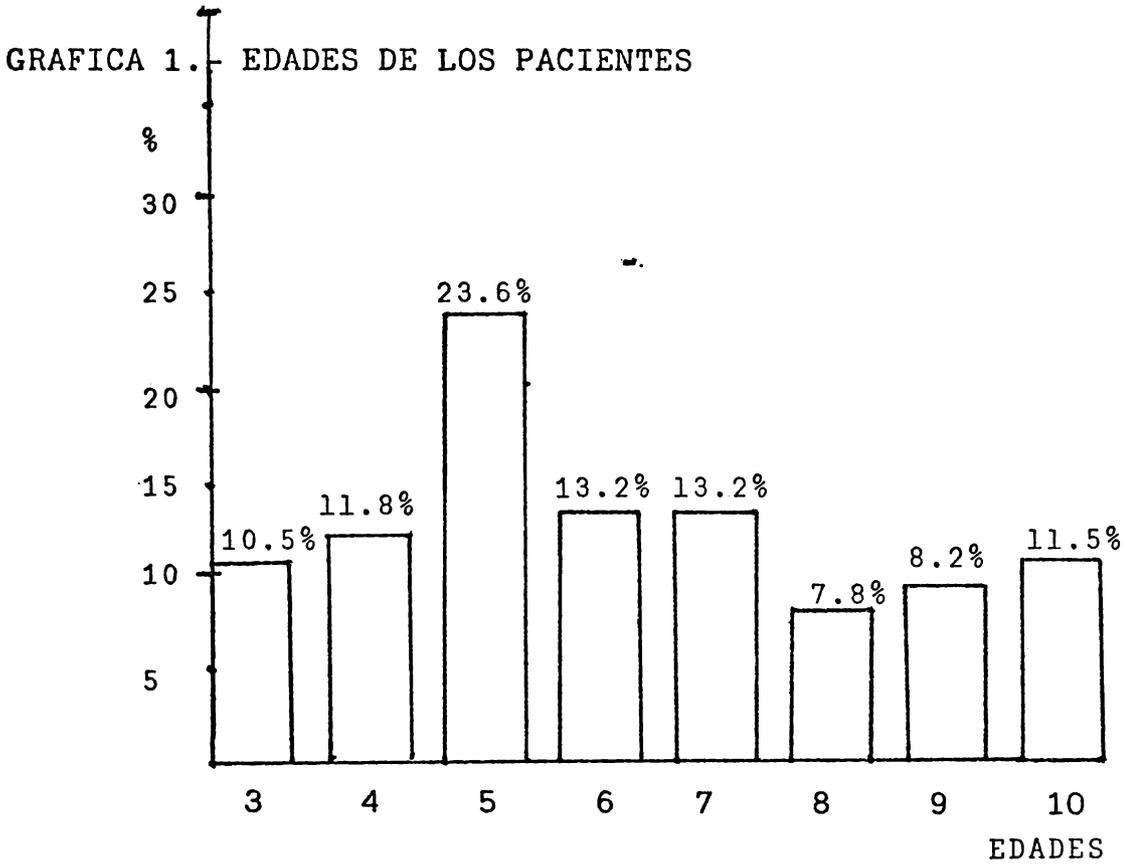
RESULTADOS

De los niños sometidos a tratamiento con la técnica - del Doctor Lamaze, el 66% reaccionaron favorablemente y fué posible trabajar con ellos en la segunda cita, el 29% permiti-- tió que se les trabajara con procedimientos dentales conven-- cionales en la tercera cita, o sea que fueron necesarias dos citas de adiestramiento previo y el 5% restante lo permitie-- ron en la cuarta cita.

En ninguno de los casos de este grupo hubo expresio-- nes de dolor durante la aplicación de anestésicos, ni proble-- mas de alteración en el patrón de conducta adquirido durante las sesiones de adiestramiento.

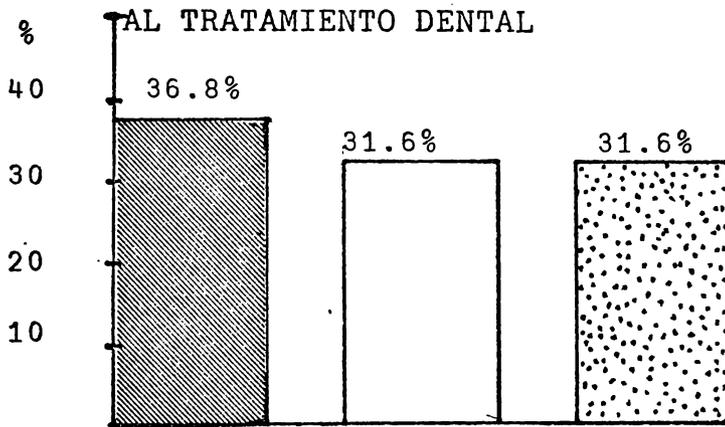
En el 45% de los niños que requerían de una tercer ci-- ta fué administrado el anestésico (en pequeña cantidad) en la segunda cita como parte del adiestramiento, sin que dieran -- muestras de dolor, pero sin hacerles ningún tratamiento den-- tal, solo con el fin de que se acostumbraran a la sensación - del anestésico y a la colocación del dique de goma.

Del grupo de niños que fué destinado a trabajar con - el método del modelo, necesitaron cuando menos dos citas de i-- niciación antes que aceptaran cuando menos sentarse en el si-- llón dental. El 40% de los niños de este grupo aceptaron el tratamiento dental a la tercera cita, el 34% lo aceptaron a - la cuarta cita, el 13% en cualquiera de las citas posteriores y el 13% restante desistió del tratamiento en el transcurso - de las citas.



ta fué administrado

GRAFICA 2.- CAUSAS MAS COMUNES DE RECHAZO



EXPERIENCIAS ODONTOLOGICAS DESAGRADABLES

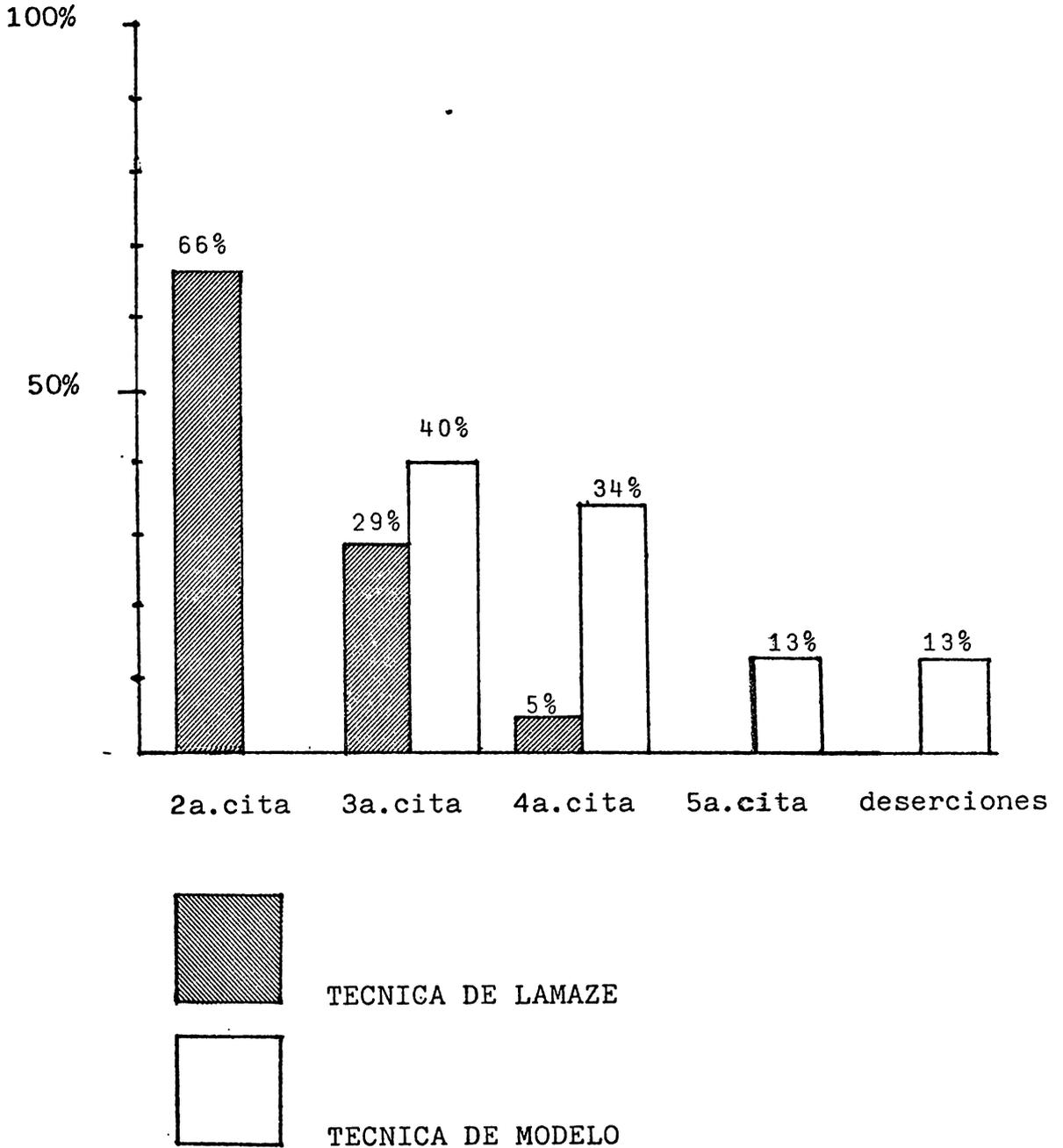


TEMORES SUBJETIVOS



PROTECCION PATERNA EXCESIVA

GRAFICA 3.- COMPARACION DE LOS METODOS
 NUMERO DE CITAS QUE NECESITARON PARA ACEPTAR
 EL PROCEDIMIENTO OPERATORIO



DISCUSION

La técnica de Lamaze tuvo mejores resultados al compararla con el grupo testigo al cual se aplicó la técnica del modelo, quizás porque en ésta última se le da demasiado tiempo al niño hasta que el pierda su miedo por sí mismo y se desensibilize ante la imagen de los procedimientos operativos, mientras que en la técnica del psicoprofiláctico se le presiona sutilmente desde un principio a participar en el procedimiento.

Considero que el niño se siente mas involucrado física y mentalmente. De acuerdo con las opiniones recogidas entre los pequeños pacientes, ellos consideraban que se les trataba de una manera diferente a lo que habían visto hacer en cualquier otro consultorio. La primera cita; sobre todo les impresionó mucho y se les parecía interesante que les dejaran "tarea de hacer en casa".

En la técnica de Modelo, aunque el niño recibe también información previa durante el tratamiento del modelo, tal parece que la información no le fuera proporcionada especialmente a él sino que dicha información se desprendía inconscientemente durante el tratamiento dental. La mayoría de los niños, según sus propias opiniones se sienten inhibidos dentro del cubículo, les daba miedo que el dentista detectara su presencia dentro de su consultorio y trataban de moverse o de hablar lo menos posible para no llamar su atención. Además, no les agradaba la idea de compararse con el niño que se encontraba en el sillón. Su expresión más frecuente era: "Bueno, -fulanito si se deja pero es está mas grande y yo soy mas chiquito", y si por el contrario el modelo era más pequeño solían decir: "Pero es que lo que a él le hace no duele y lo que me

haga a mí si me va a doler".

Posiblemente una de las cosas que más influyó en el éxito del tratamiento sea el hecho de que se les haya explicado a los padres que de no cooperar en el tratamiento, haciendo los ejercicios en su casa, tendría que llevarlo con un especialista particular, por lo tanto no es accesible económicamente para la gente que frecuenta nuestros centros de atención odontológica. Los padres se sentían responsables del éxito o fracaso del tratamiento puesto que participaban activamente en él, vigilando que el niño cumpliera sus ejercicios en casa.

En el caso de la técnica del Modelo, los padres no asimilaban ninguna responsabilidad, esperaban que el dentista realizara todo el trabajo de adaptación al medio odontológico sin sentirse de ninguna manera comprometido con el tratamiento.

El mayor número de visitas que requirió dicho tratamiento influyó negativamente en las madres de familia quienes pensaron que solo se les hacía perder el tiempo y que nada se les hacía a los niños, por lo que algunas desistieron de seguir llevándolos.

Considero que en el caso de la técnica del Doctor Lamaze, al llevar la realización de los ejercicios a su casa, le hacía al niño familiarizarse con el tratamiento, pensando que no se reducía al ámbito de la clínica, sino que era llevado a su hogar, formando parte de su vida diaria. Hacer algo, que nadie en su casa hacía y que además era tan interesante para los demás, le hacía sentirse como una persona importante. Además, el hecho de que su padre, madre o hermano mayor le ayudara a realizar dichos ejercicios le infundía más confianza y seguridad.

En el caso de la técnica del modelo los niños siguen estresándose cada vez que son llevados a la clínica y no enfrentan abiertamente su temor. Siguen considerando el tratamiento dental como algo íntimamente ligado a hospitales, clínicas y procedimientos dolorosos.

En la técnica de modelo puede darse la situación de un paciente modelo, que siempre se ha portado bien, en determinado momento cambie su patrón de conducta habitual, con lo cual exponemos al paciente visitante a observar un rictus de dolor, una expresión de inconformidad, un berrinche o la actitud de negación del paciente modelo a ser visto, lo cual, dado la volubilidad de los niños puede ocurrir en cualquier momento. En el caso de sacar al niño del consultorio dental para poder controlar al paciente en su ataque de ira o de necesidad, el paciente expectador puede empezar a imaginarse cosas diferentes de las que se llevarán a cabo dentro del cubículo, por lo cual se le impide presenciarlas y que posiblemente en un futuro se le hagan a él.

CONCLUSIONES

La desición de utilizar la técnica del Doctor Lamaze en forma rutinaria en nuestra clínica, se basó en los resultados obtenidos del presente estudio, del cual pudimos obtener las siguientes conclusiones:

Primero: Al establecer una rutina educativa para los niños problema, con respecto al procedimiento anestésico, mostrándoles como se coloca la aguja y como se desensibiliza el diente se elimina el síndrome miedo-dolor.

Segundo: Al hacer que el niño participe en una secuencia de actividades se distrae su atención de la cavidad oral; durante su tiempo de concentración disminuyen las sensaciones desagradables que pudieran llegar a sentir, y canaliza la energía motora que el niño pudiera expresar en forma agresiva.

Tercero: El niño se familiariza con el procedimiento y se siente más confiado al realizar sus ejercicios en casa, además de que el contar con la compañía de sus seres queridos le da mas seguridad. Los procedimientos dentales ya no los encierra en el ámbito de un consultorio unicamente.

Cuarto: Dado que el procedimiento no requiere de grandes insumos de tiempo, dinero y espacio, es posible aplicarlo a nivel institucional o en clínicas como la nuestra donde acude gente de escasos recursos.

RESUMEN

Se realizó un estudio para elegir una técnica para el manejo del paciente pediátrico problema en una clínica de la Universidad Veracruzana, la cual, por ser de nueva creación - no contaba con las instalaciones y materiales suficientes para resolver los problemas de reacondicionamiento de conducta de dichos pacientes.

Para elegir el método idóneo se estudiaron las diferentes técnicas para el manejo de los pacientes difíciles, de las cuales elegimos dos, las más accesibles a nuestro medio y se confrontaron los resultados.

Se sometieron a observación dos grupos de pacientes problema, los cuales fueron tratados con el método del Doctor Lamaze aplicado a Odontopediatría y el método de Modelo. Estos tratamientos fueron aplicados por alumnos de la escuela de Odontología de la Universidad mencionada, que cursaban la materia de Clínica Integral Infantil. Todos ellos recibieron un curso previo de Psicología de la conducta y la información necesaria acerca de las bases y propósitos del estudio, así como de las técnicas por aplicar.

Al grupo en el cual se utilizó la técnica del Doctor Lamaze, se le enseñó una terapia en tres pasos, la cual consistía básicamente en la distracción psicológica del paciente, haciendo que concentrara su atención en el control de la respiración, la cual debería ser pausada y profunda, a un ritmo de diez inhalaciones por minuto. El segundo paso consistía en canalizar su energía motora haciéndolo que levantara una pierna y manteniéndola así mientras seguía respirando al mismo ritmo. Por último se le inducía a mantener la concentración -

en su respiración, sostener la pierna levantada y pensar en su cuento o canción favorito, mientras el operador colocaba un hisopo en los sitios más comunes de punción durante la infiltración de la anestesia. La orden verbal para iniciar los pasos de la terapia era la palabra "infiltración".

Esta primera sesión se realizaba bajo la promesa del operador de que no se realizaría ningún procedimiento dental durante el transcurso de esta visita, sino que todo se reduciría a un simulacro. La visita era básicamente amistosa y educativa.

En el grupo en el cual se utilizó la técnica de Modelo, se llevaba al niño difícil al cubículo, en el cual un paciente modelo era sometido a un procedimiento operatorio sencillo, para que el niño apreciara de cerca la rutina operatoria, con el fin de que se familiarizara y se desensitizara ante la vista de los elementos más comunes en el consultorio dental como son la unidad, el instrumental y los materiales.- Aquí el niño no era presionado en ningún momento a participar en una sesión odontológica, era, al igual que en el otro grupo, una cita amistosa, informativa y educativa, en el cual el operador platicaba con el paciente visitante y le informaba de los procedimientos a seguir, motivándolo verbalmente para que el no sintiera angustia cuando estuviera en la misma situación.

En ambos grupos la conducta positiva de los niños era reforzada con estímulos al final de cada sesión.

En el grupo de niños tratado con la técnica del Doc--Lamaze, fué posible trabajar en un 66% en la segunda cita, sin que tuvieran conductas negativas, un 29% de los niños de este

grupo necesitaron una segunda cita de terapia previa, o sea - que permitieron que se les trabajara normalmente en la tercera cita, pero casi la mitad de los niños de este grupo permitieron que en la segunda cita se les infiltrara un poco de anestésico para que se les mostrara como se colocaba el dique de goma. El resto de los niños de este grupo aceptaron el tratamiento en la cuarta cita; sin tener que utilizar ninguna técnica represiva ni amenaza, ni chantaje de ninguna especie. El patrón de conducta establecido desde la primera cita fué - constante y todos ellos se comportaron como niños dóciles, manejables y cooperadores.

En el grupo de niños que fueron tratados con la técnica de Modelo, el 40% necesitaron dos citas para aceptar el tratamiento dental en forma, o sea que fué posible trabajar con ellos en la tercera cita; el 34% lo aceptaron a la cuarta cita y el 13% en cualquiera de las citas posteriores. El 13% restante desistieron del tratamiento. En los niños que necesitaron una cuarta cita para aceptar el tratamiento o más, fué necesario utilizar algunas medidas drásticas como la técnica de mano sobre boca para inducir a los niños a comportarse.

Los mejores resultados se obtuvieron en el grupo al cual fué aplicada la técnica del Doctor Lamaze, quizás porque en ella se induce al paciente a participar en el tratamiento desde la primera cita, mientras que en el otro grupo los pacientes no se sentían comprometidos en ningún momento.

Otro de los factores que parece intervenir en este procedimiento es la conciencia, la responsabilidad que se crea en los padres para que intervengan y tomen parte en el tratamiento vigilando que los niños cumplan con sus ejercicios en la casa, la cercanía de los padres o del hermano que

le induce la terapia crea una atmósfera de confianza y seguridad.

El hecho de que los padres no participen en la terapia de la técnica de Modelo, parece influir marcadamente en el comportamiento de los niños tratados bajo este método, los cuales se sienten libres para elegir el momento que ellos quieran para iniciar un procedimiento dental.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ALBUM M. N. "Pain and Patient Control Methods in Pedodontics". Journal Dental Children, 2(28): 157-62 Jan.1981.
- 2.- BIER-KATZ GIDEON. "La inyección en Niños. La técnica del No Ver". Quintaesencia en Español, 1(1):9-14, Enero 1980.
- 3.- CAMMER L. ET AL. "Treatment of a Dental Patient with Injection Phobia". Quintaessence Int. 14(7):759-60, Jul.1983
- 4.- DUNCAN WILLIAM K. D.D.S. "Establecimiento de un programa de Tratamientos Integrales Modulares". Quintaesencia en Español, 4(1): 67-70, Ene-Feb. 1982.
- 5.- ELLSTEIN ELMA CIMET DE. " Técnica PAD para Guiar la Conducta del Paciente Odontopediátrico ". Quintaesencia en Español, 4(3): 247-54, Abril, 1982.
- 6.- GOLABERCK T. " Systematic Desensitizacion. A Treatment for Odontophobia ". TIC 41(11): 4-5, Nov. 1982.
- 7.- H.D.BUD FREDERICKS, ED D ET. AL., "Overcoming uncooperative Behavior with the Dentist ". Journal of Dentistry for Children, 2(55): 53-7, Jan-Feb. 1984.
- 8.- KLEIMAN M.B. A.S.D.C. "Fear of Dentist as an Inhibiting Factor in Childrens Use of Dental Services ". Journal Dental Child, 49(3): 209-13, May-Jun. 1982.
- 9.- LAMAZE F. "Painless Childbirth:The Lamaze Method".Henry Regnery Co. Chicago, 1970.

- 10.- LEYT SAMUEL."Anestesia General en Odontología Pediátrica". Quintaesencia en Español, 2(9): 51-6, Dic. 1980.
- 11.- MELAMED B.G. PhD ET AL. "Dentists' Behavior Management as it Affects Compliance and Fear in Pediatric - Patients". JADA, 106(3): 324-30, Mar. 1983.
- 12.- SHAW E.G. ET AL. " Effect of Mother Presence on Children's Reaction to Aversive Procedures". Journal Pediatric. Psychol, 7(1): 33-42, Mar. 1982.
- 13.- TORNEY DENNIS L. D.D.S. MS. " Aplicación de la Técnica de Lamaze en el Manejo del Paciente Pediátrico Problema".Quintaesencia en Español,2(12):63-6,Dic1980.
- 14.- TRIEGVER NORMAN D.M. M.D. " Significado del Dolor en - Odontología" Quintaesencia en Español, 3(3):65-8 Marzo 1980.
- 15.- WEINNER ARTHUR A. D.M.D. FAGD. "Principios Básicos del Miedo, Ansiedad y Fobias Características de las Visitas al Odontólogo". Quintaesencia en Español, 3 (7): 609-14, Julio, 1981.
- 16.- WEINSTEIN P. PhD ET AL. "The Effects of Dentist's Behaviors on Fear-Related Behavior in Children". JADA, 104 (1):32-8, Jan. 1982 (A).
- 17.- WEINSTEIN P. PhD ET AL. "Dentists' Responses to fear - -and Nonfear- Related Behavior in Children". JADA 104 (1): 38-40, January, 1982 (B).

- 18.- WEINSTEIN P., PhD, ET AL. " Humanist Application of Behavioral Strategics in Oral Hygiene Instruuccions".P. Clini. Prevent. Dent., 4(3): 15-19, May-Jun, 1982 (C).
- .