

24, 936

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



PSICOLOGIA INFANTIL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

ROSALBA YAÑEZ ELIAS



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

	Página.
INTRODUCCION.....	2
I. MIEDO.....	3
- Ansiedad e Inseguridad.....	3
- Dependencia e Independencia.....	10
- Agresión.....	12
- Neurosis.....	17
- Fobia.....	20
- Frustración.....	22
- Miedo hacia los Doctores.....	25
- Miedo a la Anestesia General.....	30
II. RELACION DEL DENTISTA CON LOS PADRES.....	33
- Entrevista con los padres.....	33
- Evaluación del niño por medio de datos que el doctor obtiene de los padres.....	40
III. DIFERENTES ASPECTOS DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO DURANTE SU DESARROLLO.....	45
IV. MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO.....	60
- Actitud del Dentista.....	60
- Medios de Comunicación.....	69
- Técnica de Mano sobre Boca.....	74
- Diferentes técnicas que se utilizan para controlar al niño en el consultorio.....	79
CONCLUSIONES.....	94
BIBLIOGRAFIA.....	97

INTRODUCCIÓN

La inquietud principal que me decidió a elaborar esta tesis, fue la de dar a conocer gran parte de lo que actualmente se sabe de cómo se desarrollan los niños.

Considero que este trabajo contiene indicaciones prácticas para poder solucionar algunos problemas específicos. La meta fundamental es, proporcionar una guía de lo que es la Psicología Infantil dentro del campo de la Odontología.

La tesis está dirigida especialmente a los dentistas y a aquellas personas que consideran al niño como algo más que un cuerpo físico.

Se ha tratado de dar a conocer qué es lo que ocurre realmente cuando el niño alcanza los diferentes estadios de su desarrollo en lo que se refiere a sus ambiciones, intereses, personalidad y habilidades. Menciona algunas de las ideas o costumbres que tienen los padres acerca de la educación de sus hijos y que en ocasiones suelen estar equivocadas.

En lo personal, es una grata experiencia el haber elaborado esta tesis, ya que se dan algunas sugerencias de cómo se pueden contestar ciertas preguntas que se tienen acerca del comportamiento de los niños y, además, se describen alternativas que el doctor puede utilizar para ayudar a sus pequeños pacientes.

I. MIEDO

El miedo es una reacción afectiva de gran intensidad ante un peligro externo real. Va acompañada normalmente de manifestaciones de orden vegetativo: palidez del rostro, aceleración de la respiración y taquicardia, sudor frío, especialmente en la palma de las manos. El miedo puede dar lugar a una actitud pasiva en que las piernas se aflojan, los ojos se abren desmesuradamente y el sujeto permanece como clavado en su sitio; o por el contrario, traducirse en una conducta de fuga.

ANSIEDAD E INSEGURIDAD.

La ansiedad se puede definir como un efecto, pudiendo ser felicidad, tristeza, euforia o depresión; es un estado en el cual el conflicto entre las necesidades instintivas y la sociedad no encuentran equilibrio.

Existe una estrecha relación entre la ansiedad y el temor, pero es conveniente diferenciarlas entre sí. La ansiedad es una respuesta aprensiva, difusa y no diferenciada a las amenazas esperadas; mientras que el temor va ligado a una situación o a un objeto específico. Es por ésto que en los niños es difícil establecer diferencias entre estos dos estados, porque la personalidad y los procesos intelectuales en el desarrollo no permiten las separaciones más finas o agudas entre las amenazas verdaderas y las imaginarias.

Las experiencias generadoras de ansiedad no deben de evi -

tarse, sino que conviene utilizarlas para desarrollar la inmunidad a la tensión. Evidentemente, los niños no se deben ver expuestos a experiencias innecesarias que produzcan ansiedad; sin embargo, es igualmente indeseable eliminar la ansiedad por completo o reducirla a un mínimo absoluto, puesto que la socialización adecuada requiere ciertos sentimientos de ansiedad por parte de los niños.

La ansiedad puede surgir por diferentes causas, algunas de ellas son las siguientes:

- 1.- Que los padres usen a algunos niños como confidentes, pero no se dan cuenta de que los niños carecen de la madurez necesaria para entender completamente esos problemas, así como también de la capacidad y la experiencia necesaria para enfrentarse a ellos. Todo esto da como resultado que los niños se vean abrumados y decepcionados por las incertidumbres de la vida.
- 2.- El perfeccionismo puede crear también niños ansiosos, debido a que el niño no logra cumplir las expectativas depositadas en él.
- 3.- Los maestros o los padres demasiado tolerantes tienen también probabilidades de hacer que se desarrollen niños muy ansiosos, porque los niños necesitan límites definidos para poderse sentir seguros.
- 4.- Los castigos frecuentes e intensos se asocian comúnmente a la ansiedad de los niños. La ansiedad basada

en los castigos se puede reflejar en la preocupación sobre los daños corporales o el rechazo por otros.

La variación en niveles de ansiedad dental está relacionada con la edad, sexo, escuela, grado y ocupación de los padres. Esto tiene relación directa con el niño ya que la ansiedad dental es un comportamiento aprendido; por lo tanto, el doctor necesita estar al tanto de los diferentes procesos que moldean el desarrollo del niño.

El término de "ansiedad dental" se usa para describir una emoción subjetiva desagradable, caracterizada por preocupación, aprensión o de otra manera como miedo; o un comportamiento observable, - como por ejemplo: lamentos, riñas, llanto que un individuo experimenta cuando es confrontado por la situación del tratamiento dental.

La ansiedad dental tiene dos efectos principales en el tratamiento dental. El primero es cuando los actos de ansiedad se consi--deran como causa principal para evitar la atención dental; es decir, -- muchas personas descuidan la atención de su boca por temor y por ansiedad.

El segundo, es cuando el efecto de la ansiedad dental se expresa en términos de poca cooperación o dificultad para manejar al niño.

La relación de ansiedad maternal con el comportamiento del niño en la experiencia dental, es de continuo interés para el doctor en

lo que se refiere al cambio del comportamiento del niño.

El niño experimenta una sensación de ansiedad cuando durante el tratamiento médico o examinación tiene que ser alejado de sus padres. La separación siempre provoca ansiedad y tristeza al niño; esta ansiedad se puede demostrar en diferentes actitudes, generalmente es manifestada mediante berrinches y llamados a su madre, puede ser que el niño no lllore o probablemente deje de llorar al poco rato; posiblemente no se queje ni llame a su mamá. De otra manera, la ansiedad puede ser demostrada por una quietud anormal, por su --tensión física, por su irritabilidad o por su agresividad.

La ansiedad intensa impide que el niño descubra hasta qué punto son verdaderamente poco realistas sus temores.

Todas estas situaciones generadoras de este comportamiento pueden mejorarse si el doctor ayuda al niño a que exprese sus sentimientos libremente, como por ejemplo: diciendo que su temor probablemente lo haga llorar durante un tiempo, pero que esta reacción es buena y normal. Al hacer este tipo de comentarios, es preciso que el doctor tenga en cuenta los resultados que pueden originar dos reacciones:

- 1.- Una reacción mala, si el niño como resultado por haber sido advertido de este temor se vuelve poco cooperativo y causa al doctor dificultad durante el tratamiento dental.

- 2.- Una reacción buena, si el niño por el contrario, reconoce sus temores. Probablemente se comportará mejor en el tratamiento y no se rehusará a visitar al doctor en sus demás citas.

El primer temor que los niños tienen cuando sus madres se separan de ellos, es que piensan que ellas ya no regresarán. La única manera en que comprende que su madre regresará por él es -- por medio de la experiencia, al observar una y otra vez, día tras día y muchas veces al día que su madre desaparece temporalmente pero que siempre vuelve a aparecer.

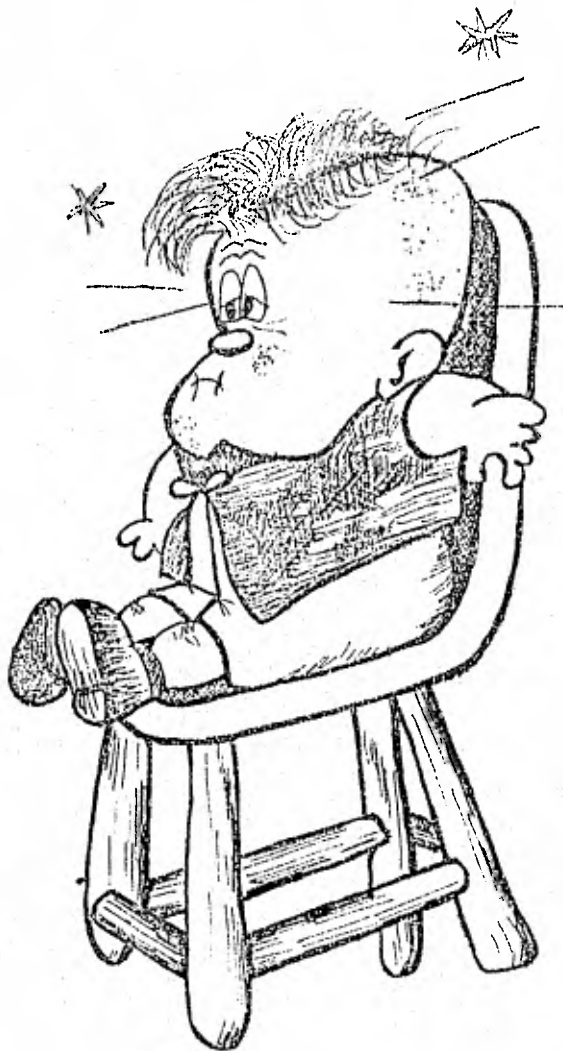
El niño tiene muchas razones para tener miedo de que su madre ya no regrese por él, una de las principales es que piensa que su mamá ya no lo quiere por ser un niño desobediente. Al mismo -- tiempo, el niño tiene un sentimiento de enojo hacia su madre por haberlo abandonado y por hacerlo sufrir; pero hay que tomar en cuenta que es tanto su miedo, que este pensamiento lo hace inconscientemente y la manera en que lo demuestra es teniendo un mal carácter con todo aquél que lo rodea y que ocupe el lugar de su mamá. Como re-- gla, el niño expresa abiertamente su ira hacia su madre sólo por un tiempo determinado, el cual es en el momento en que se reúne con -- ella, pero después poco a poco se va contentando con ella.

Se ha demostrado una relación significativa entre la gran

ansiedad maternal y el comportamiento poco cooperativo del niño en -- situaciones dentales. A través de experiencias se sabe que cuando -- las madres y sus hijos son informados de que en la primera cita dental se incluirá la extracción de un diente, hay una relación importante entre una gran manifestación de ansiedad maternal y un mal comportamiento del niño.

De la misma manera, cuando se sabe que la primera visita al doctor será una simple examinación dental en lugar de una extrac-- ción, hay también ansiedad maternal, pero el comportamiento del niño no será tan malo.

Por lo anterior, se dice que el nivel de ansiedad del niño - está significativamente relacionado con el nivel de ansiedad de la ma-- dre. Muchas veces la madre intenta hacer que el niño no tenga mie-- do, de esta manera, ella a la vez puede aumentar el nivel de ansiedad en el niño y ésto es debido a que el niño piensa que tiene problemas - serios con sus dientes.



Una causa que provoca ansiedad, es cuando los padres utilizan a los niños como confidentes, - dando como resultado que se vean abrumados - y decepcionados por las incertidumbres de la - vida.

DEPENDENCIA E INDEPENDENCIA.

La dependencia se puede considerar como una consecuencia de que la madre satisfaga las necesidades del niño; o sea, que la presencia de la madre se asocia a un estado de comodidad y bienestar, mientras que su ausencia se enlaza a la ansiedad.

Así pues, en cierto sentido, la dependencia constituye una base sólida para que el niño desarrolle sentimientos de confianza, de seguridad y de esta manera, estar en mejores condiciones para enfrentarse a las ansiedades personales.

Las características de la dependencia son las siguientes:

- 1.- Búsqueda de ayuda.
- 2.- Conductas para atraer la atención.
- 3.- Búsqueda de contactos físicos.
- 4.- Proximidad física o deseo de estar cerca de un adulto.
- 5.- Pasividad.
- 6.- Búsqueda de aprobación o seguridad.

Hay que recordar también de que el hecho de que un niño se comporte de un modo dependiente se basa, en parte, en el ambiente existente.

Es importante hacer mención de que hay dos variaciones dentro de la dependencia y éstas son:

- 1.- Variación instrumental u orientada a las tareas.

2. Variación emocional u orientada a las personas.

En la variación instrumental, el niño busca ayuda para alcanzar una meta dada, busca ayuda para hacer las cosas. En cambio, en la variación emocional, el niño busca las respuestas sociales de otros como, por ejemplo, la aprobación como meta en sí misma.

La protección materna excesiva puede llevarnos a una conducta demasiado dependiente por parte de los niños. Hartup en 1963 describió una teoría en la cual considera la conducta dependiente de los niños como un resultado de rechazo materno.

Según esta opinión, se ven frustradas las necesidades de dependencia del niño, con el resultado de que, al carecer de cuidados y apoyos suficientes, no puede progresar adecuadamente a través de las experiencias que culminan en la independencia. Por ejemplo, muchos padres y maestros en su deseo de desarrollar independencia en los niños, no reconocen que la dependencia es un requisito previo a la independencia. El niño sólo puede hacerse independiente después de que aprende que puede estar seguro de la aceptación, la aprobación y el apoyo de sus padres.

AGRESION

La conducta agresiva es muy común en los niños. Algunos doctores consideran con frecuencia que es difícil manejar a los niños agresivos, sobre todo en el caso de los varones que tienden a expresar su agresividad en modos directos, físicos y no aceptables.

Cierta cantidad de agresividad es un signo de personalidad vigorosa y bien balanceada. Se considera tanto normal como conveniente que el niño defienda sus derechos y pelee cuando la situación lo justifique. Por otra parte, no se le puede dejar rienda suelta a la agresividad, porque esa tolerancia puede tener consecuencias igualmente poco convenientes.

Existen algunas teorías con respecto a la agresión. Freud supuso que el niño nace con impulsos agresivos; pero que los modos en que se expresan se aprenden.

Lorenz, por ejemplo, aceptó una opinión instintiva modificada, en la que las respuestas de agresión se consideran que son respuestas innatas a patrones particulares de estímulo.

Es probable que la explicación teórica más conocida de la conducta agresiva sea la hipótesis de frustración-agresión. Según esta opinión, la agresión es una respuesta muy probable ante una situación frustrante.

La frustración facilita la agresión, pero no es una condición necesaria para ella. La frustración es sólo un factor y no necesaria --

mente el más importante que afecta la expresión de la agresión.

La imitación tiene un papel importante en la adquisición y el mantenimiento de las conductas agresivas en los niños. El reforzamiento desempeña también un papel importante en la expresión de la agresión.

Si un niño descubre que puede lograr cualquier cosa por medio de su comportamiento agresivo, tendrá probabilidades de seguir -- aplicando sus métodos agresivos, si no lo controlan otras personas.

La conducta agresiva varía con el medio ambiente social -- y con los objetivos. Cuando la agresión no se controla trae consigo -- tres consecuencias lamentables.

- 1.- Refuerza la creencia del niño de que sus reacciones agresivas excesivas son esperadas "normales" y aprobadas.
- 2.- Refuerza la esperanza de que siempre que se presenten sentimientos de ira, tendrá que responder a ellos.
- 3.- Proporciona un modelo inadecuado para los niños que le rodean. La violencia engendra más violencia.

La agresión lleva finalmente a una mayor agresión.

Existe un tipo de agresión llamada agresión pasiva. En este tipo de agresión el niño aprende a liberar su ira por medio de maniobras más encubiertas. Así, por ejemplo, las explosiones de ira ceden su lugar a la testarudez, el enfado y los malos gestos. Esos niños desean tener libertad y resienten que les digan lo que deben de hacer o que

otros les exijan algo. Sin embargo, terminan apegándose a la dependencia.

A continuación se dan algunos lineamientos para poder manejar la conducta agresiva del niño:

- 1.- A veces, es posible reducir o eliminar la conducta agresiva, pasándola por alto y, al mismo tiempo, prestando atención y recompensando otras conductas incompatibles con la agresión.
- 2.- En los casos en que la omisión no sea el método escogido, el doctor deberá hacerle conocer al niño que su conducta agresiva no será tolerada.
- 3.- Se deben establecer límites firmes, estrechos y bien definidos. Habrá que adoptar un método de seriedad y gravedad y seguir una rutina específica.
- 4.- Se deben de minimizar las situaciones que fomenten la agresión.
- 5.- La conducta hostil se debe detener, pero mediante técnicas distintas a la fuerza física, siempre que sea posible. Será preciso evitar o minimizar en el proceso de manejo la generación de ira y frustración adicionales.
- 6.- El doctor puede contribuir a fomentar un mejor control en el niño, mediante un ejemplo de autocontrol. El doctor que explota cuando las cosas le salen mal no

proporciona un buen modelo que valga la pena imitar, pero si permanece calmado y racional cuando esté -- lleno de frustraciones, enseña el autocontrol por medio del ejemplo.

- 7.- Una relación entre el doctor y el niño que se caracteriza por el calor y el interés personal reduce también la probabilidad de que se produzcan conductas desviadas. Los niños estarán menos propensos a ofender a alguien a quien quieren.



Cierto grado de agresividad en los niños es un signo de personalidad vigorosa y bien balanceada, pero jamás se le debe de dejar rienda suelta a la agresividad porque trae consecuencias desagradables.

NEUROSIS

Un estado de neurosis se explica cuando un sér humano -- parece no tener buenas iniciativas para desarrollar sus potenciales y -- conseguir la felicidad, la paz mental y la creatividad para poder lograr su desarrollo tanto personal como social; por lo tanto, es una persona temerosa, indecisa, perpleja, conflictiva y confusa que, por consiguiente, en este estado no puede actuar simple y constructivamente, siendo posible que su cuerpo esté en una situación de tensión así como -- su mente.

Una neurosis no necesariamente se produce por una causa, se puede producir por varias causas. Algunas de ellas son las si---- guientes:

- 1.- Por falta de amor y falta de interés durante su vida infantil.
- 2.- Por una inadecuada adaptación con las realidades que le rodean.
- 3.- Por una incorrecta valoración en la participación del mundo en que vive.
- 4.- Por odio y por falta de cariño.

Esto quiere decir, que el individuo no ha madurado o no se ha desarrollado emocionalmente y no está, por lo tanto, preparado -- para afrontar la vida. Posiblemente tenga un deficiente control de sus

emociones o quizá reaccione muy pasivamente o muy violentamente.--

Esta persona es muy sensible a ciertas experiencias y tiene muy poco sentido acerca de ellas.

En resumen, la personalidad del individuo no está bien integrada para reaccionar maduramente y las fricciones emocionales --- innecesarias generadas, dan como resultado la infelicidad, impopularidad y la falta de espíritu durante el resto de su vida.



La neurosis trae como consecuencia la infelicidad, impopularidad y falta de espíritu en la vida de un individuo.

FOBIAS.

En esta reacción neurótica, el niño desarrolla mecanismos para mantener sus estados de amor y evitar los de ansiedad, dando -- como defensa la fobia, como por ejemplo, fobia a un cuarto cerrado, a no dormir sin la luz prendida, a salir a la calle solo.

Las fobias se pueden aprender mediante la asociación con un estado de cosas que producen temor y, a continuación, generalizarse a una gama de estímulos similares al estímulo molesto original de condicionamiento. En otros casos, se pueden adquirir fobias y mantenerse mediante tipos evidentes de influencias de modelado y reforzamiento. Los padres y otras personas importantes en la vida del niño pueden enseñarle a temer a cosas tales como la separación, la escuela, los perros y la obscuridad, prestando atención y recompensando selectivamente las conductas de evitación.

En estos casos, los padres y las demás personas refuerzan la conducta fóbica respondiendo con afecto, paciencia, consuelo, cuidado y autorización para evitar los estímulos productores de ansiedad.

Los temores y las fobias en los niños menores de diez años de edad, se presentan y desaparecen con mucha rapidez.

La fobia al dentista se refiere a una reacción neurótica en la que el consultorio, el sillón dental, el instrumental, el dentista, los ayudantes u otros aspectos específicos del consultorio despiertan un temor extremo en el niño. El comienzo de la reacción de fobia al dentis

ta se desencadena con frecuencia mediante eventos específicos asociados con el consultorio, como por ejemplo, cuando el niño recibe un mal trato por parte del dentista y es regañado por éste.

La fobia puede ser manifestada en formas de llanto, mordidas, pataleos, retención de la respiración o desvanecimiento, náuseas o vómitos. El niño se resiste activamente a que lo mantengan en el consultorio.

Al investigar el temor que el niño le tiene al dentista, se descubre que éste es sólo uno de los numerosos temores que el niño tiene. Estos niños tienden generalmente a temer a muchas circunstancias familiares y a todas las situaciones nuevas. En forma más precisa, siente pánico ante cualquier situación en la que estén solos y alejados de sus padres.

FRUSTRACION.

Freud observó que la fuerza que mantiene al individuo incapacitado para llevar a cabo sus necesidades placenteras durante la vida temprana, es la frustración, la cual se manifiesta por medio de hostilidad, dolor y odio hacia las personas que le rodean.

El dolor y el odio de la frustración forman en el individuo un muro, una barrera; de modo que la amistad y el placer de vivir que desea tener, no están a su alcance y, por lo tanto, carece de la felicidad, paz y comodidad que cualquier otra persona puede tener. Esta misma frustración y odio forman también un muro de pesimismo, de depresión de espíritu, de indiferencia y de falta de generosidad.

Con lo anterior, se deduce que las confusiones emocionales son originadas por las frustraciones, así mismo, cabe señalar que hay dos tipos de frustraciones:

- 1.- Frustraciones inevitables.
- 2.- Frustraciones innecesarias.

Cada niño experimenta muchas frustraciones inevitables, éstas se originan cuando el niño desea hacer algo que quiere y cuando quiere. Como ejemplos tenemos que quizá desee continuar siendo amamantado en lugar de aprender a comer en otras formas, o prefiera ser llevado por sus padres en vez de caminar por sí mismo, probablemente tenga hambre cuando sea imposible darle alimento; pero sin em-

bargo, tiene que enfrentar el dolor del hambre porque no puede ser -- alimentado inmediatamente. Esto hace que, por consiguiente, se sienta desilusionado y herido cuando sus deseos no sean cumplidos.

Todas estas situaciones hacen que el niño gradualmente aprenda a adoptar nuevos métodos de comportamiento como por ejemplo: poder aprender a caminar en lugar de ser llevado por sus padres. Cada nuevo método de comportamiento es un escalón hacia su desarrollo y -- estos escalones eventualmente le traen a él más placer y lo capacitan a tener menos dolor e incomodidad.

Cada escalón en el desarrollo del individuo se inicia por una frustración, que es la que le da el sentimiento de incomodidad y este sentimiento hace que se desarrollen en él nuevas habilidades en su forma de vivir.

Por lo anterior, se puede decir que el niño debe de experimentar las frustraciones inevitables pero necesarias en pequeñas dosis y gradualmente, pero bajo ninguna circunstancia, deberá de ser expuesto a las frustraciones inevitables en dosis largas.

Como se ha mencionado, la frustración produce un sentimiento de dolor e incomodidad, el cual también se podrá denominar como -- sentimiento de ansiedad. Este sentimiento se puede expresar por medio de cualquier método que tenga a su disposición, por ejemplo, si es un niño que no puede hablar o caminar o pararse, tenderá a llorar y gritar en su cuna, de esta manera expresa su reacción a su sentimiento de --

inconformidad con lo que tiene a su alcance.

Básicamente todas sus reacciones serán de tres tipos y algunas combinaciones de ellas, siendo las siguientes las más comunes:

- 1.- Luchará contra la causa de su inconformidad.
- 2.- Huirá de la causa.
- 3.- Permanecerá oprimido por la causa y quedará inmóvil.

Estas reacciones al sentimiento de incomodidad producen el comportamiento, el cual nosotros consideramos como diferente del normal y al cual llamamos "problemas del comportamiento".

Existe también la frustración que se produce cuando hay separación. Algunas veces la madre, por diferentes circunstancias tiene que separarse de su hijo por algún tiempo, es entonces cuando el niño toma esta separación como un signo de que la madre ya no lo quiere y se origina una experiencia frustrante; el niño, por lo tanto, cambia su comportamiento y en vez de ser un niño tranquilo, seguro, feliz y obediente, se convierte en un niño con tensión, inseguro, ansioso y aprensivo.

Cuando la frustración comienza, lo primero que hay que hacer es buscar la causa, cuando la experiencia frustrante ha sido localizada, es importante que la mamá y el doctor ayuden a quitarle al niño la causa de la enfermedad; sólo de esta manera el niño crecerá feliz y seguro de sí mismo.

MIEDO HACIA LOS DOCTORES.

El temor que los niños sienten hacia los doctores se ha considerado como algo universal.

Fisher define el miedo como una emoción que ocurre en situaciones de tensión e inciertamente cuando en las experiencias de la persona se ve a sí misma amenazada o sin ayuda. El miedo es una de las emociones que se adquieren más rápidamente después del nacimiento y el miedo que más comúnmente se expresa, es el miedo al dolor físico.

El miedo aumenta durante el período preescolar y a la edad de cuatro años. A pesar de la madurez del niño, de sus poderes de razonamiento y de sus capacidades críticas, el niño está inclinado a desarrollar temores sin razón, temores a daños en su cuerpo, a la muerte, al abandono o a la separación de sus padres. Además, una multitud de temores para la visita dental pueden afectar al niño como el temor a los extraños, a ruidos fuertes, a luces intensas a movimientos repentinos, al dolor y a olores.

Generalmente, con la edad el miedo desaparece o aparentemente desaparece, o el niño lo esconde. Esto es debido, posiblemente, a que tenga un "tabú" en admitir miedo a medida de que va creciendo.

El niño que sufre en un momento determinado de un estado de ansiedad, o se siente culpable de algún secreto que no desea que na

die sepa, o se ha portado muy mal y tiene miedo de ser castigado, - experimenta un especial temor al doctor. Generalmente ellos no di-- rán nada al doctor, no contestarán ninguna de las preguntas que se les haga y mucho menos resistirán una examinación.

Aparte de este temor, si los padres utilizan el acercamiento con el doctor como una amenaza para inducir a un comportamiento, como por ejemplo: "Si tú continúas chupándote el dedo, te llevaré con el dentista y te cortará tus dedos", naturalmente el miedo de este ni-- ño aumentará considerablemente.

Con relación a las causas que originan que el niño experi-- mente situaciones de miedo hacia el dentista, está el hecho de que los padres también sientan un gran miedo hacia el doctor y demuestren su aprensión mientras el niño se prepara para ir a visitarlo. Muchas de las reacciones que el niño presenta están basadas en la imitación hacia sus padres.

Todavía se puede considerar como un daño mayor, cuando - el padre le reafirma al niño que el doctor no lo va a lastimar o que la medicina es muy agradable. En cierta forma, es correcto decir es tas cosas siempre y cuando todas ellas sean verdaderas, pero es inco-- rrecto decirlas cuando son mentiras, pero también hay que tomar en cuenta que el niño no debe de ser atemorizado innecesariamente diciéndo le que va a tener un tratamiento demasiado doloroso. Se le tendrá que decir exactamente lo que se le va a hacer, porque si el niño no

está preparado o si es engañado, el resultado será de que sienta odio, resistencia y poca voluntad hacia los futuros tratamientos médicos.

Desafortunadamente, los padres son los que acrecentan esta idea hacia sus hijos, manejan el término de doctor para asustar a los niños desobedientes y hacer que se porten bien; a menudo, amenazan a los niños diciéndoles que si no se portan bien los llevarán con el -- doctor.

Este método, algunas veces da resultado a los padres, pero es un método erróneo para influenciar a un niño en su comportamiento y, quizá, tenga un resultado trágico y lo enajene durante toda su vida para evitar los futuros cuidados médicos.

Como consecuencia a todo lo anterior, los niños tienen un miedo especial a los doctores, creen que tienen poderes y conocimientos misteriosos y que a menudo hacen cosas que son dolorosas o desagradables. Piensan que el doctor tiene un ojo penetrante o una manera mágica para ver y conocer todo acerca de su persona, no sólo a lo -- que refiere a su cuerpo, sino también todo acerca de sus pensamientos.

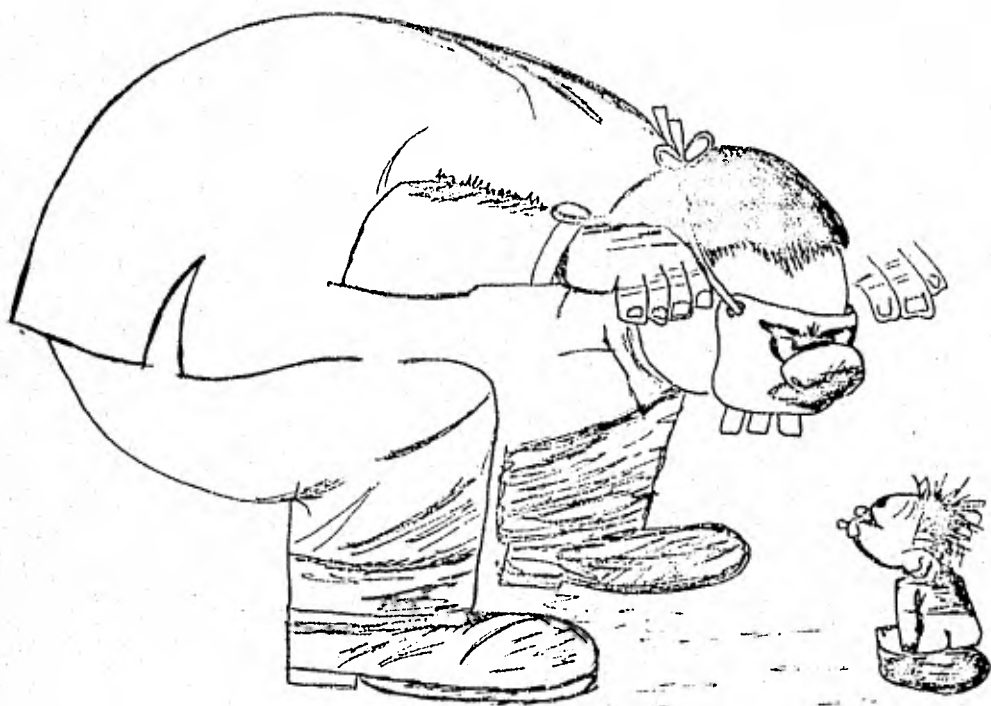
Sin embargo, las causas específicas por las que un niño le puede tener miedo al doctor son:

- 1.- Miedo de que sea lastimado o al dolor.
- 2.- Miedo de no conocer a nadie que trabaje allí.
- 3.- Miedo pero sin saber porqué.
- 4.- Miedo a causa de algo que dijeron sus amigos en la

escuela.

La actitud del doctor es muy importante, ya sea para acrecentar o para disminuir el miedo. Cuando por ejemplo, un doctor le dice a un niño que no tenga miedo y el doctor no sabe realmente qué es a lo que le tiene el niño miedo, viene siendo lo mismo que cuando se le dice a un paciente adulto que no tiene nada de que preocuparse -- sin primero haberlo examinado o escuchar su historia. Un niño tendría que ser muy tonto para poder aceptar estas palabras que le dice el doctor, quien obviamente no sabe ni cuál es la causa del temor del niño.

En resumen, mientras el doctor sepa cuáles son los temores que el niño pueda tener y el origen de éstos, mayor será su habilidad para poder ayudar al niño, para comprenderlo y, a la vez, controlarlo durante el tratamiento dental.



Muchas veces, el niño cree que el doctor es un ogro o una persona que le va a hacer daño.

MIEDO HACIA LA ANESTESIA GENERAL.

El niño generalmente le tiene un gran miedo a la anestesia general, ya que la asocia directamente con algunas experiencias desagradables que ha tenido. Esta asociación se puede explicar de las siguientes maneras:

Cuando llega a morir un animalito muy querido por él -- como puede ser su perrito o su gatito, los padres le dicen que el animalito se fue a dormir. Lo mismo sucede cuando llega a morir algún pariente o algún amigo.

Es por esta situación que cree que la anestesia general va a ser algo que lo va a hacer dormir para siempre como duerme su -- amigo o su animal favorito.

Otra situación por la que le tiene miedo a este tipo de anestesia, es porque sabe que con la anestesia va a dormir y si es un niño que se orina en las noches involuntariamente, teme que le vaya a pasar lo mismo durante la anestesia y tiene miedo de sentirse avergonzado por lo que pueda pasar.

Lo mismo sucede con el niño que sabe que cuando duerme pierde el control de sí mismo y se violenta. Teme que durante este tratamiento suceda lo mismo y pueda llegar a lastimar a alguien.

Son por estas razones por las que el doctor deberá hablar con el niño y explicarle claramente en lo que consiste el tratamiento con anestesia general; es necesario, como se explicará más adelante,

aclarar cualquier duda que tenga el niño con respecto al tratamiento que se le va a aplicar.



Cuando el niño sabe que va a ser inter-
venido bajo anestesia general, su te-
mor acrecienta. Si es un niño que al
estar dormido se orina, cree que ocu-
rrirá lo mismo cuando esté bajo el efec-
to de la anestesia.

II. - RELACION DEL DENTISTA CON LOS PADRES.

La relación del dentista con los padres del niño tiene una gran significación para el tratamiento dental, porque tanto uno como otro están estrechamente relacionados con el niño y, por consiguiente, el éxito de este tratamiento se deberá en gran parte a la buena relación que exista entre los dos. A continuación se nombrarán algunos puntos para poder llevar a cabo esta relación.

ENTREVISTA CON LOS PADRES.

Es preciso enseñar a los padres la importancia que tiene que lleven al niño al dentista desde pequeño para que hagan que el niño se familiarice y tenga buenas relaciones con el dentista, con el consultorio y con los asistentes, así como hacer que el niño tenga confianza en el dentista.

Los adultos tienen la responsabilidad de cuidar a los pequeños, procurando que esté cómodo y equilibrado emocionalmente lo más que se pueda.

Hay que reconocer que el tratar con niños es el área más difícil de la medicina y que la participación de los padres es esencial para el éxito del tratamiento de sus niños.

Los padres pocas veces se dan cuenta de que el niño es una parte integral de la familia y que sus diversos síntomas pueden estar en relación con sus problemas maritales, pero como muchos pa-

dres no comprenden estas relaciones, no mencionan todos los problemas al doctor, más sin embargo, esperan de él que les ayude. Por lo tanto, es obligación del doctor averiguar diferentes aspectos de la vida del niño, y ésto se lleva a cabo mediante pláticas que tienen los padres con el dentista, las cuales tratan de varios aspectos como:

1.- El niño necesita de la seguridad, del respaldo y de la presencia de sus dos padres para que le ayuden a resolver sus problemas. Si por algún motivo, ya sea que uno de los dos padres esté ausente por muerte, divorcio o alguna otra causa, el desarrollo mental de la vida emocional del niño será severamente afectado.

Otro factor que se considera como un acontecimiento traumático para el niño, aunque de menor magnitud, es el cambio de domicilio. Otro factor podría ser también una prolongada y dolorosa enfermedad.

2.- Es de suma importancia observar que no todos los padres saben cómo manejar a sus hijos, al mismo tiempo, no todos los padres sienten lo mismo hacia cada uno de sus hijos.

Estas actitudes adversas se pueden clasificar en tres grupos:

1.- Rechazo del niño.

2.- Sobreprotección del niño.

3. - Consentimiento.

De la misma manera, los padres que tienen actitudes adver
sas hacia sus hijos se pueden clasificar dentro de tres tipos:

1. - Padres demasiado estrictos.
2. - Padres demasiado estrictos que se sienten culpables por la antipatía de su hijo.
3. - Padres débiles.

3. - El efecto que causa en el crecimiento del niño una tem
prana y excesiva estimulación sexual. Las seducciones sexuales tienen un profundo efecto en el desarrollo del niño.

Para facilitar el tratamiento dental del niño, a continuación se mencionan algunas sugerencias que son convenientes que se tomen en cuenta:

1. - Es bueno indicar a los padres que los niños que han han
sufrido serias experiencias emocionales, tales como el nacimiento de un hermano o la muerte de alguien queri
do, no deberán de ser llevados al dentista porque están pasando por un trauma emocional y su cita agregaría -
su ansiedad y sería, por consiguiente, muy difícil tra
tarlos.
2. - Es de gran ayuda para el doctor, el que los padres -
siempre digan la verdad a sus hijos. Es interesante ob

servar cómo a veces los padres no quieren hacer esto, muchas veces prefieren decirle al niño que tienen un amigo agradable que es doctor, al cual van a ir a visitar y que les gustaría que el niño les acompañara. En este caso, la madre debe de decirle la verdad al niño, debe de decirle que ella está preocupada por los dolores que él presenta y que le gustaría que fuera aliviado de ese mal. Debe de decirle que le ha hecho una cita con el doctor que se especializa en la enfermedad que él tiene y que lo va a examinar para que le pueda dar un tratamiento adecuado.

3. - De ninguna manera se le dirá al niño que será lastimado, humillado o castigado y que le tendrá que decir al doctor todo lo que sabe acerca de él y de su familia. - Algunas veces este acercamiento transtorna y atemori-za al niño, pero con el tiempo esto se mejora.

4. - Los doctores deberán de tomar en cuenta las caracte-
rísticas de los padres para poder dar instrucciones en el tratamiento de sus hijos. Algunas de estas caracte-
rísticas se mencionan a continuación:

1. - Deficiencias mentales. - En aquellos padres que no captan el significado de lo que se les está explicando.

2. - Psicosis. - En aquellos padres que no son descuidados con sus hijos, pero caen en el error de dar remedios caseros para aliviar la enfermedad.
3. - Histeria. - En aquellos padres que se esfuerzan al máximo por hacer las cosas bien, pero inconscientemente hacen las cosas mal.
4. - Estados psicopatológicos. - En aquellos padres que no le tienen un verdadero afecto a su hijo.
5. - Para que el doctor pueda trabajar con completa libertad, deberá de obtener el consentimiento de los padres por escrito. Este escrito lo harán los padres en una hoja diciendo lo siguiente:
"Doy consentimiento a los servicios dentales necesarios y para los métodos aceptables y adecuados que se utilicen".
La hoja deberá de ser firmada y deberá tener fecha. -
Una vez que este consentimiento se haya obtenido, las objeciones de los padres hacia la técnica no deberán de ser de preocupación, se tomarán como comentarios de los padres para cualquier otro procedimiento normalmente usado en el consultorio.

La técnica de hablar con los padres en privado es una parte importante en lo que respecta a cualquier trabajo con el niño, de esta manera se pueden evitar algunos problemas, los cuales dificultan o hacen imposible llevar a cabo el tratamiento. Como medida de seguridad, el doctor indicará a los padres que no repitan al niño ciertas cosas de las que les dice, pero lamentablemente muchas veces esta petición no es cumplida.

Al respecto, podemos mencionar algunos problemas que --- obstaculizan el tratamiento del niño por una mala relación que se desarrolle entre los padres y el doctor. Esta mala relación puede provocar que los padres se disgusten con el doctor o que el doctor se disguste con ellos; por lo tanto, esta situación puede originar que los padres se conviertan poco cooperativos y en este caso, el tratamiento -- para la enfermedad del niño fracasaría.

Puede ser también que el doctor a pesar de querer a los -- niños, entender y aceptar su comportamiento, no pueda tolerar a los - adultos; o por otro lado, es muy común que el doctor se disguste con los padres; a veces los padres aparentan ser cooperativos pero en realidad no lo son.

Entre otras dificultades, esta el hecho de que el doctor cuando trata al niño, nunca lo trata solo; es decir, lo trata junto con los padres del niño, dando origen a dos situaciones: una de ellas es cuando los padres son suficientemente cooperativos y la otra es cuando el doc-

tor tiene una facilidad especial para trabajar exitosamente aún con padres no cooperativos. Sin embargo, estas situaciones se complican -- cuando varias personas están involucradas en el tratamiento del niño.

Para poder solucionar el problema del niño, tanto el doctor como los padres del niño deben de poner todo su interés y empeño y deben de trabajar juntos para conseguir la misma meta que es combatir la enfermedad del niño.

Lo anterior se puede llevar a cabo cuando los padres alejan sus temores y ayudan plenamente al niño. Algunas veces los padres - desarrollan esta finalidad por el sentimiento de culpabilidad que sienten al no haber cuidado al niño correctamente. Una de las características de estos padres, es que le huyen al doctor porque no pueden soportar hablar con él debido a que tienen miedo de que les dé malas noticias o de que los acuse de descuidados. Esta reacción no hace feliz a nadie. El niño siente que ha sido abandonado, el padre se siente aún --- peor por su comportamiento cobarde y el doctor se disgusta y, por lo tanto, asume que es un padre frío.

Se dice que los padres casi siempre complican el tratamiento médico del niño, pero también es cierto de que el éxito de un tratamiento depende en gran parte de los padres. Es por ésto, que el doctor no debe de creer que los padres y él están en lados contrarios, sino que están en la mejor disposición para poder ayudar; ayudando a los padres ayudará al niño.

EVALUACION DEL NIÑO POR MEDIO DE DATOS QUE EL DOCTOR OBTIENE DE LOS PADRES.

Para que el doctor pueda curar al niño de una manera eficaz y rápida, primero tiene que determinar qué es lo que realmente está mal con el niño. Para lograr este propósito, tendrá que efectuar los siguientes procedimientos:

- 1.- Historia y examen del niño
- 2.- Psicopatología
- 3.- Diagnóstico
- 4.- Tratamiento

Los padres son necesarios para proporcionar una historia no solamente de la enfermedad del niño, sino también de su nacimiento y desarrollo. El niño por sí solo no puede dar mucha información para una historia clínica o para cualquier otra cosa.

Hay padres que tienen una habilidad especial para proporcionar esta información, generalmente son padres observadores y además tienen talento para describir lo que observan. Sin embargo, hay padres que no tienen estas cualidades y es porque no observan a sus hijos, y por consiguiente, no tienen nada de que hablar con el doctor.

Otros padres distorcionan por completo los hechos que han observado, por lo tanto, su información no es confiable y sólo confunde al doctor. Para evitar estas situaciones, el doctor deberá hacer una

serie de preguntas directas a los padres, esperando de esta manera averiguar la verdad u obtener mayor información.

Algunos padres rehusan decirle al doctor algo acerca de su hijo porque son demasiado sensibles con respecto a los defectos de sus hijos y prefieren callar. Por el contrario, hay padres que — exageran cada característica o síntoma que su hijo tiene.

Encontramos que hay padres temerosos de que se les critique su comportamiento y creen que mientras menos digan menos se les critica.

En vista de todos estas características que pueden presentar los padres, el doctor al hablar con ellos debe de escuchar con un oído las palabras, y con el otro el tono de voz. Constantemente debe rá evaluar la impresión que la madre trata de crear, en consecuencia a los actos que trata de expresar.

Todo ésto resulta muy complicado para el doctor, ya que tiene siempre que tener en mente tres criterios:

- 1.- El del padre.
- 2.- El de la madre.
- 3.- El del niño.

En la historia del niño es aconsejable que el padre venga sin el niño para la realización de este requisito, con el objeto de que el doctor y el padre se sientan en completa libertad para discutir la

historia del niño y de esta forma, el niño no se atemorice durante la discusión. De otra manera, si el niño acompaña a su padre en esta cita, permanece sentado durante una hora en la sala de espera y lo más seguro es que se abutra y empiece a imaginarse los terribles -- planes que se le piensan hacer. Para evitar este sufrimiento innecesario se le pide al padre que vaya solo durante la primera cita.

La historia se empieza pidiéndole al padre que diga todo -- lo que sabe y pueda pensar acerca del niño y de sus síntomas; posteriormente, el doctor podrá hacer preguntas acerca de la historia.

Con este método no sólo se logra saber la historia del niño, sino que también se tomarán impresiones de la actitud de los padres hacia los demás y hacia los otros niños de la familia.

Como ya se mencionó anteriormente, la investigación del -- niño debe ser hecha dentro de todas las fases de la vida del niño, su convivencia en la escuela, su comportamiento de educación, sus reacciones emocionales y habituales, temores y estado psicológico.

El propósito de examinar al niño es para poder evaluarlo y a la vez, determinar sus tres estados que son:

- 1.- Estado emocional.
- 2.- Estado intelectual.
- 3.- Estado físico.

Es por ésto que el doctor debe de evitar al máximo hacer

cualquier cosa que al niño le cause una reacción emocional que pueda ocultar su verdadero estado emocional. También, debe de darse cuenta de cuándo las situaciones de miedo, agresión o ansiedad están presentes en el niño, para no hacer una evaluación incorrecta.



Si el niño acompaña a su papá a realizar la historia clínica, cuando se quede esperando en la sala de espera empezará a imaginarse los terribles planes que se le piensan hacer.

III.- DIFERENTES ASPECTOS DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO DURANTE SU DESARROLLO.

La primera fase para el desarrollo de la personalidad comienza desde que las necesidades e intereses del recién nacido se concentran alrededor de una parte particular del cuerpo, que sus deseos sean completamente satisfechos en el área de la boca, esófago y estómago; como por ejemplo comiendo, siendo alimentado o que vaya desarrollándose cómodamente; en pocas palabras, necesita ser querido y amado, que su piel se mantenga caliente y confortable.

El niño antes de nacer es capaz de registrar en su sistema nervioso reacciones del medio ambiente que le rodea; posteriormente, al nacer, el shock que esto produce debido a la libertad de movimiento, nueva forma de alimentarse, el uso de sus pulmones y aparato circulatorio y los factores externos como la humedad y temperatura causan un tipo de reacción que posteriormente serán utilizadas como patrón de reacción ante el miedo y las emociones fuertes.

El shock de la experiencia del nacimiento determina una combinación compleja de reacciones fisiológicas y psicológicas ante una situación como el peligro, estados de miedo y ansiedad.

Para poder entender el comportamiento de cada individuo, debemos de tomar en cuenta su constitución física, esto quiere decir, que la gente nace destinada a tener cierto tipo de estatura, la cual

puede ser alta o baja, delgada u obesa, pueden tener la piel clara u obscura, pueden ser bastante inteligentes o poco inteligentes, pueden nacer con un sistema cardiovascular eficiente o deficiente, que sus pulmones tiendan a enfermarse con facilidad o no. Es necesario saber todas estas características porque son transmitidas de generación a generación. Observamos también que algunos niños son más sensibles que otros a la estimulación con la luz, el sonido, calor, frío, a objetos que se mueven mientras otros son más insensibles en relación a estas cosas; algunos niños reaccionan más pronto y tienen mayor tenacidad para conseguir lo que quieren, pero otros son débiles en la vida, no fácilmente se divierten y difícilmente olvidan experiencias traumáticas.

Sin embargo, el ser humano experimenta la formación de su personalidad a través de los factores ambientales y muy poco en relación a su constitución. Por ejemplo, se suele decir que la irritación y la depresión en el niño son entendibles porque su padre es así. Es lógico pensar que el niño heredó el cerebro de su padre, que el contacto continuo con él hace que el niño vea a su padre como valiente, fuerte, capaz de realizar lo que se propone y aunque esto no sea real, el niño se compara con su padre y lo hace real sin que esto quiera decir que estas cualidades se transfieran a través del plasma.

Para poder comprender el comportamiento del niño en una situación dental, es preciso conocer algunas características propias de

su personalidad a diferentes edades. A continuación se hace un breve resumen con el objeto de que el doctor conozca más a su pequeño paciente.

Cuando el niño tiene dos años de edad, encontramos que no hay comunicación debido a la deficiencia en su vocabulario. De manera que si el niño tiene un vocabulario limitado, será imposible la comunicación. A esta edad, el niño estará en período de precooperación, preferirá jugar sólo porque no ha aprendido a jugar con otros niños. --

Cuando el niño esté en el consultorio, se le permitirá que maneje el espejo y que inspeccione todo lo que quiera. En esta edad, el niño está muy apegado a sus padres, además es penoso de conocer gente nueva y lugares nuevos y le es difícil separarse de sus padres.

Cuando el niño alcanza los tres años, su vocabulario es un poco más extenso y por consiguiente, el dentista ya se puede comunicar con él. El niño disfruta al contar historias a su dentista, además formula interesantes preguntas y tiene algunas sugerencias que hacer con respecto al mundo que le rodea. A esta edad, cuando experimenta situaciones de tensión o cuando algo les lastima o les molesta o están cansados o atemorizados, automáticamente buscarán a su madre, de manera que se sienten más seguros si un padre permanece con ellos hasta que se sientan bien y en confianza con el tratamiento dental.

Si por alguna causa la sesión dental se prolonga con ellos, los niños se impacientan rápidamente, tocarán los objetos que se encuen

tran a los lados empleando casi siempre su mano preferida.

A esta edad, pueden ser muy importantes algunas primeras impresiones. Un niño típico de tres años conoce muy bien de vista a 12 ó 15 adultos y casi un doble de número de rostros le resultan familiares; es en esta época cuando la memoria comienza a ser selectiva con las personas. La primera cosa llamativa o notable que hagan o digan o la primera sensación de que una persona es graciosa o peligrosa o amable o sarcástica puede colorear la visión del niño durante mucho tiempo. Habitualmente hablan mucho, aunque muchos de sus comentarios son difíciles de entender por su mal lenguaje.

Cuando el niño tiene la edad de cuatro a siete años se dificulta mucho hablar con ellos debido a que en este período el niño está asustado a todos los procedimientos médicos y quirúrgicos. Es la época en que necesitan que se les estimule cada vez más a hablar y que lo hagan a todos los niveles. Al dirigirse a ellos no debe de emplearse un lenguaje infantil, ni tampoco deben desecharse las palabras que se utilizan en una conversación para adultos, ya que en esta edad él aprende muchas palabras nuevas.

Estará preparado también para escuchar los consejos que se le den y para adaptar o cambiar actitudes, si así lo ha visto en sus padres. La repetición de preguntas especialmente la del ¿por qué?, son a menudo un compuesto de dos deseos. El primero es comprender a los adultos en la conversación, lo cual significa tanto exigir su atención

como participar en algo junto con ellos. El segundo es profundizar -- en busca de un mayor entendimiento, como si la repetición completa de una respuesta pudiese hacerse más comprensible o contribuir a incluirse en el marco de referencias del niño.

Durante este período cualquier parte y aspecto de su cuerpo toma una elevada importancia; esta característica especial no solamente se refiere a su cuerpo, también las cosas que posee como son sus juguetes o ropa, y la pérdida de ellos o la pérdida de cualquier parte de su cuerpo tiene un severo impacto sobre el niño.

El niño atesora su fuerza, su perfección, su grandeza, su talento, su valentía, su control y toda clase de superlativos. Por consiguiente, todas estas características le dan la razón para que se sienta atemorizado de que le pueda ocurrir algún daño, pero a la vez quiere -- ser valiente y no mostrar miedo, es hipersensible al trato y sugerencias que le puedan dañar.

Esta situación se acentúa más a la edad de los cinco años, -- cuando casi todos los niños son extremadamente temerosos de cualquier trato. En consecuencia, mientras más alto evalúe sus características, -- tendrá mayor temor para perderlas.

En general, si a la edad de cuatro años el niño vive feliz en su casa y tiene una buena disciplina, será un paciente bastante cooperativo.

El niño de cinco años generalmente está listo para aceptar

actividades de grupo y experiencias. A esta edad el niño usualmente no tiene miedo de abandonar a sus padres para ir a la cita dental; no temerá a experiencias nuevas, están orgullosos de sus posesiones, son receptivos a los comentarios acerca de su apariencia personal.

Rosengarten estudió la influencia de la preparación del comportamiento del niño en su visita dental inicial. Determinó que si los niños a la edad de tres años no habían sido preparados por sus padres para la experiencia dental, les iba a resultar demasiado exigente. Generalmente, los niños de cuatro años mostraron un mayor grado de cooperación con preparación; pero la preparación para niños de cinco años no era ni beneficiosa ni perjudicial.

Los niños a esta edad tienen toda la licencia para formular cualquier pregunta y merecen algo más que un "cállate", merecen una sonrisa y una simple respuesta. Las respuestas pacientes y sinceras son las mejores, pues evadirse sólo hace que aumente la curiosidad -- agregando a ella cierto misterio.

La base más sólida para que un niño no tenga temores o para que los supere, está en su confianza, en las relaciones que mantiene con sus padres y en un sentimiento de seguridad con respecto a su posición dentro de la familia.

Cuando el niño alcanza la edad de seis años, hay una transición importante y quizá sea tiempo de una ansiedad considerable. Es a esta edad que las manifestaciones de tensión aumentan considerable--

mente. Ellos gritan y tienen un temperamento violento. En este período hay un aumento considerable en lo que respecta a respuestas temerosas, tienen mucho miedo a las lesiones que puedan tener en su cuerpo.

A los siete y ocho años el niño tiene más seguridad en lo que hace y es mucho más difícil engañarlo. Empieza a comprender -- el punto de vista de los demás, es capaz de distinguir varios estados de ánimo por las actitudes de los demás y por las experiencias faciales, por consiguiente, ésto le ayuda a organizar más cuidadosamente su conducta con dichas personas. Por ejemplo, una mirada de advertencia es distinta de una sencilla sonrisa.

A esta edad, el niño está atento es simpático y trata de -- ayudar. Tiene una enorme curiosidad por todas las cosas y se le puede estimular fácilmente. Hablar con un niño de esta edad proporciona enormes beneficios.

A los nueve años de vida, ningún niño es un adulto completo en miniatura. Es una edad en la que el niño puede ser ayudado enormemente por sus padres para que disfrute de la vida en ese momento -- y para que pueda disfrutar plenamente de ella en el futuro.

A los diez años de edad, la mayoría de los niños sienten --- que están adquiriendo algo especial o que están volviéndose más importantes cuando llegan a este período. Todos los niños son diferentes -- tanto en la medida en que se muestran sensibles y prudentes como --

cuando tienen miedo, también son diferentes en cuanto a su experiencia.

Las experiencias de los niños en este período ejercen una gran influencia sobre el modo en que cooperarán con los demás en el futuro. A esta edad los niños detestan y temen ser humillados. Son-- susceptibles al hecho de ser vistos por otros niños cuando se les mimaba o se les alza en brazos. Que se rían de ellos es un tormento.

La adolescencia es una etapa que significa un dramático cambio tanto físico como mental. A la edad de diez años, un niño es en parte un adulto y en parte un niño y en ocasiones es los dos; por consiguiente, un día se comporta como un niño y al día siguiente se comporta como un adulto y al otro día se comporta como adulto y como niño. Sin embargo, a esta edad es difícil que pierda el control y a la vez, recibe la fuerza necesaria que requiere un adulto para poderse controlar. El doctor deberá de tomar en cuenta estas características de la adolescencia cuando hable con él y estar preparado para tener éxito en su conversación.

El comportamiento del niño de cualquier edad en una situación dental, a menudo depende de las actitudes y experiencias de él y de su familia en relación con el dentista.

Algunas variables que contribuyen al comportamiento del niño incluyen situaciones como: previas experiencias médicas, previas experiencias dentales de amigos o compañeros, el presentimiento de que algo está mal con sus dientes y el tipo de preparación recibida en casa



Para poder comprender el comportamiento del niño en una situación dental, es preciso conocer algunas características propias de su personalidad a diferentes edades.

antes de la visita dental.

La concepción del niño de su situación dental cambia su -- comportamiento. Frecuentemente, encontramos un comportamiento más positivo en los niños que se dan cuenta de que no tienen problemas dentales serios, mientras que en los niños que presentan problemas serios con sus dientes observamos una reacción más negativa en la clínica.

En la mayoría de los casos, un niño que no ha estado en -- contacto con alguien que tuvo una experiencia dental desagradable durante el último año se comporta humildemente en el sillón dental. En cambio, el que tiene hermanas o hermanos que han sido tratados previamente en el consultorio dental muestran un comportamiento negativo.

Encontramos que el niño presenta un comportamiento dental positivo cuando los procedimientos médicos anteriores no fueron dolo- -rosos o traumáticos para él. Las experiencias o contactos médicos traumáticos tienen una estrecha relación con el mal comportamiento y reflejan una mayor ansiedad.

Con relación a esto, tenemos que los efectos físicos de experiencias traumáticas se pueden clasificar en dos grupos:

- 1.- Aquéllos en que la neurosis comienza a un tiempo defini- do.
- 2.- Aquéllos en que la neurosis parece estar presente desde el principio.

En el primer caso, la neurosis viene como consecuencia ---

de una o más experiencias traumáticas, ocurriendo todas al mismo tiempo. En el segundo caso, es debida a que las experiencias traumáticas del niño han sido acumuladas durante toda la vida de éste. Mientras más severa sea la experiencia traumática, más severa será la enfermedad nerviosa.

Después de que un niño vive una experiencia traumática, --- aumenta en él un intenso sentimiento y fuertes reacciones emocionales, las cuales no puede controlar. Al principio sentirá un ataque de ansiedad, para evitar esto, tratará de eludir todas las situaciones o acciones que le recuerden la experiencia traumática, en pocas palabras, se inhibirá a sí mismo.

Si el ser humano desde el principio de su vida físicamente se encuentra sano, si es feliz, si tiene la oportunidad de expresarse por sí mismo y no ha vivido frustraciones innecesarias, es un individuo ---- realmente afortunado, porque es la persona que es optimista, esperanzada y con ganas de vivir. Por el contrario, si sus necesidades no son - proporcionadas cuando viene al mundo, si no es bienvenido por parte de la familia, además si es rechazado y vive en un medio ambiente de in-- diferencia y frío, desarrollará en su persona hostilidad, resentimiento, - odio y pesimismo.

No hay que olvidar que el comportamiento del niño está asociado grandemente con su madre. Por ejemplo, mientras la madre tenga un nivel educacional más alto, mientras tenga un promedio de com--

portamiento bueno, el niño tendrá un mejor comportamiento positivo. Mientras ella manifieste menos su nivel de ansiedad hacia el niño, el comportamiento de él será mejor.

Si un niño oye decir a sus padres que la visita dental es agradable, el comportamiento del niño será más cooperativo; también será más positivo si al niño se le hace sentir bien cuando asista a su tratamiento dental.

En resumen, se puede decir que cuando el elemento de sorpresa es alejado y el niño es propiamente preparado por sus padres -- para el tratamiento dental, el comportamiento puede ser más positivo.

La primera impresión del niño con el dentista determina su posterior comportamiento. Como ejemplo tenemos el caso clásico del niño conflictivo desde el punto de vista odontológico con antecedentes de mal manejo psico-odontológico, con los que debemos de tener mayor cuidado para lograr su cooperación. Una vez que la cita inicial del paciente se haya llevado a cabo y el personal y el consultorio se vuelvan familiares para él, su comportamiento para las citas posteriores será el resultado de sus propias experiencias.

En la primera cita se deberá de hacer una examinación clínica de la cavidad oral, se le deberá de hacer profilaxis y se le sacará una serie radiográfica si es necesaria. Los procedimientos restaurativos se llevarán a cabo durante las otras visitas. Generalmente, el comportamiento que tienen los niños durante la segunda y la tercera --

visita es el mismo.

Los niños pequeños tienen reacciones más negativas hacia el dentista que los niños mayores, pero no por eso se puede decir que un niño mayor es un hombre pequeño o un niño grande; un niño es un niño y lo mejor que uno puede esperar de él es que se comporte de una manera apropiada a su edad, que se comporte como lo que es. -- De manera que, si en la fase del miedo y dolor un niño no demuestra su miedo o sufrimiento por medio de lágrimas, hay una causa por la cual hay que preocuparse, pero si él llora libremente cuando tiene una verdadera causa por la cual llorar está haciendo lo que se espera que haga.

A continuación se mencionarán algunas variables que pueden influir en el comportamiento del niño durante su tratamiento dental:

- 1.- Ansiedad maternal.
- 2.- Presencia de la madre en el operatorio.
- 3.- Duración de la cita.
- 4.- Orden de nacimiento.
- 5.- Edad.
- 6.- Número y calidad de los contactos médicos previos.
- 7.- Clase socioeconómica.
- 8.- Raza.
- 9.- Sexo.

El dentista debe de disponer un poco de su tiempo para observar a sus pequeños pacientes cuidadosamente, con el propósito de predecir su comportamiento una vez que los procedimientos clínicos se empiecen. Por ejemplo, si el dentista se aproxima al niño en el cuarto de recepción y el niño evita verlo y continúa sentado con la cabeza agachada, el doctor debe de observar este comportamiento y puede llegar a la conclusión de que el niño está extremadamente apenado y temeroso hacia él y además teme al momento de separarse de su madre. Gracias a estas observaciones, el doctor tiene mayores probabilidades de obtener éxito en el tratamiento de sus pacientes.



Se puede decir en términos generales, que si un niño vive feliz en su casa y tiene una buena disciplina será un paciente bastante cooperativo.

IV. - MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO.

Para algunas personas, el manejo del niño no es una frase agradable. El manejo del niño puede ser un esfuerzo por parte del dentista para ayudar al paciente a responder a la terapia necesaria, sometiéndose al control administrado con indulgencia y consideración.

La meta del manejo del niño es permitir que el tratamiento del paciente se pueda obtener y mantener lo mejor posible, con un mínimo de tensión tanto para él como para los padres y el dentista.

ACTITUD DEL DENTISTA.

El dentista no debe solamente de tratar al niño como un cuerpo físico con un dolor determinado, debe de estudiarlo como una perso--na que está rodeada de un medio ambiente específico. Su función principal es aliviar el sufrimiento y dolor causado por la enfermedad, ayudar a que el niño controle su ansiedad, de manera que pueda enfrentarse a una nueva situación en la cual se pueda encontrar a sí mismo.

Para poder llevar a cabo esta función, es necesario que reci--ba un entrenamiento de la anatomía, psicología y patología del sér humano, sus signos y síntomas dentro de la salud y dentro del funcionamiento anormal del organismo humano, el origen y organización de los agentes que producen enfermedad y los procedimientos técnicos mejor utilizados para preservar la vida y restaurar la salud.

Solamente cuando el dentista está capacitado debidamente -- y entrenado en lo que respecta al entendimiento de las disfunciones de la personalidad, así como las del cuerpo humano, estará listo para confrontar el problema del niño y cuando esto sucede, comenzará una intensiva investigación de la vida emocional del niño, incluyendo sus temores, sus gustos, odios, ambiciones y junto con todo ello, los métodos que -- utiliza para manifestar estos sentimientos.

El dentista debe de ser lo suficientemente inteligente y honesto para saber cuándo debe de atender a un niño, es decir, él no podrá ayudar a un niño con una enfermedad emocional severa, ya que para este tipo de enfermedades se debe de consultar a personas especializadas como vendría a ser un psiquiatra, el cual tiene un mayor conocimiento y por lo tanto, mayor probabilidad de éxito que el doctor.

La primera cita de cualquier niño debe de ser indolora, se le enseñará una técnica de cepillado, se le aplicará flúor y también se le tomarán radiografías si son necesarias. Durante esta primera cita se permitirá que los padres permanezcan en el consultorio para que --- vean la buena o mala higiene de la boca de su hijo y debe de darse un control en la dieta. Este procedimiento permitirá que se den cuenta de la importancia que tiene la salud dental de su hijo y a la vez, de esta - manera, los padres podrán ser más cooperativos en casa.

Ya que la visita dental inicial generalmente involucra una examinación y diagnóstico, es concebible que imposiciones no válidas de

variables que influyan en el comportamiento del niño se podrán usar hasta que las experiencias más tensionantes sean presentadas durante citas subsecuentes.

El niño debe de ser siempre llamado por su nombre y nunca ser llamado como "niño". Cuando se hable con él, la conversación deberá dirigirse hacia él, pero el dentista no debe de ser demasiado entusiasta o demasiado consecuente porque hay muchos niños que se asustan con caras desconocidas y lo único que el doctor ganará con esta actitud será aumentar la desconfianza del niño.

Habrán ocasiones en las cuales el niño no querrá ir al consultorio. Si las sugerencias no surten efecto, el dentista se aproximará al niño y lo abrazará. Este procedimiento se hace con el fin de que sienta que el dentista es lo suficientemente fuerte para abrazarlo y protegerlo, pero a la vez no lo suficiente para hacerle daño.

Es importante sentir al paciente como si fuera el único paciente que se trata. Nunca se deberá de dejar al niño solo en el consultorio, siempre tendrá que estar acompañado por alguien y si es posible, todo el trabajo se le hará en el mismo cuarto. El dentista tiene que evitar usar palabras que produzcan miedo en el niño. Debe de usar palabras que no tengan relación con el dolor, se usarán palabras que el paciente use en su conversación diaria.

Para que se produzca la respuesta deseada en el comportamiento del niño, nunca se le pedirá que complazca una petición, nunca -

se le dará la opción a aceptar o rechazar. Las únicas peticiones que se le darán para que escoja estarán relacionadas con el procedimiento operatorio, tales como si se quiere enjuagar la boca. De esta manera se sentirá más seguro y más importante en ciertas ocasiones.

Ningún niño deberá ser engañado con una mentira para que acepte el tratamiento médico y por supuesto, no deberá de ser atemorizado innecesariamente diciéndole que su tratamiento será demasiado doloroso. Se le dirá exactamente lo que se le va a hacer, porque si el niño no está preparado o si es engañado, la reacción que tendrá será de odio y resistencia contra los futuros tratamientos médicos.

El doctor por sí mismo tiene un trabajo esencial que consiste en explicar al niño exactamente qué es lo que va a pasarle.

Por supuesto, antes de hablar con el niño, el doctor ya deberá de haber explicado a los padres en qué consistirá el tratamiento de su hijo.

El entendimiento del niño es muy limitado; por regla, mientras más pequeño es, es más complicado este entendimiento, pero nunca es tan limitado como para que este paso no se lleve a cabo. Cualquiera que sea la edad del niño siempre debe de hacersele saber la naturaleza del procedimiento médico que se va a llevar a cabo, aún cuando el niño parezca estar feliz y sin miedo, no se dudará en tomar tiempo -- para decirle qué es lo que se le va a hacer. En el caso contrario, si el niño está llorando muy fuerte y sin control y se llegue a dudar de --

que oiga lo que se le quiere decir, siempre se le dirá lo que se le va a hacer.

Aparentemente, todo ésto parece innecesario, pero hay que recordar que se puede ganar la confianza del niño y no se perderá na da, a excepción de un poco de tiempo.

Es importante que el dentista entienda el comportamiento -- del niño y sea capaz de diferenciar cuando un niño actúa para evitar las cosas o cuando realmente tiene miedo. Para ésto, debe de tener presentes las características especiales de la edad de cada niño. Por ejemplo, hay que recordar que los niños de edad de cuatro a siete años tienen un gran temor de que su cuerpo sea dañado y ésto hace que tengan un gran miedo hacia los doctores. De acuerdo a lo anterior, ningún movimiento del doctor hacia él deberá de significar amenaza y ninguna pregunta que se le haga acerca de su salud deberá de aparentar un ataque hacia su cuerpo.

Para que el doctor hable con un niño de esta edad, tendrá que evitar un acercamiento directo y usar en su lugar un acercamiento indirecto. Por ejemplo, si empieza directamente diciendo "yo soy el -- doctor ... y yo quiero encontrar qué es lo que tienes mal", lo único -- que puede esperar como respuesta por parte del niño es "no hay nada malo en mí". Esto el niño lo responde como una defensa en contra --- del peligro. El niño dice que no hay nada malo en él, niega la enfermedad y, lo hace, primero por mantener su deseo de ser perfecto y, --

segundo para defenderse de cualquier ataque por parte del doctor, quien después de todo, está grandemente interesado en su enfermedad.

El doctor debe de hacer que el niño no se sienta con temor. Hay muchas técnicas que llevan a cabo este acercamiento, pero el punto principal de todas ellas es ayudar al niño a que se sienta lo suficientemente seguro y fuerte a pesar de su enfermedad y a pesar de cualquier tratamiento que se necesite emplear para aliviarlo.

Una manera para que el dentista haga ésto es que se muestre realmente interesado en los comentarios que haga el niño, en los cuales se sienta orgulloso. Se le puede decir: ¡Cuánto has crecido!, -- ¡Qué fuerte te ves! ¡Qué bonito vestido tienes!, etc. También el doctor puede empezar haciendo preguntas que el niño pueda contestar fácilmente como por ejemplo: ¿Qué tal el partido de futbol, la natación?, etc.; y poco a poco irse acercando hacia su cuerpo, comenzando por sus piernas o estómago y poco a poco ir llegando a su cara y, finalmente, a su boca.

Mientras se hace ésto, el doctor tiene que seguir hablando con el niño y después decirle "he oído que tienes un pequeño dolor". De esta manera, el doctor ya le dio la suficiente confianza al niño y -- así, el niño responde fácilmente a las preguntas que le haga el dentista.

Es mucho mejor decirle a un niño que se sabe muy bien que tiene miedo y que es normal que lo tenga y también que se entiende su deseo de ser valiente y que no muestre miedo y que es perfectamente

normal que trate de esconder su miedo si es lo que desea hacer. Pero también se le dirá que si el dolor o el miedo lo hacen llorar, que no se preocupe, que está bien, que no por esa causa se le considerará como un bebé.

Algunas veces ayuda el decirle al niño de esta edad que -- quizá él tema a que la examinación le va a doler y que es posible que algunos instrumentos que se usarán no le agradarán. También en ocasiones ayuda dejar al niño ver y tocar el instrumental para que se vaya familiarizando y su miedo vaya desapareciendo.

El dentista bajo ninguna circunstancia deberá de perder el control ni deberá enojarse. El enojo es considerado como un defecto -- e indica que el niño ha ganado. El enojo disminuye la habilidad del -- doctor para pensar claramente y ésto hace que el niño esté en ventaja. Si el dentista no se puede controlar, lo mejor es que remita al niño -- a otro dentista. El control adecuado del doctor y la cooperación del -- paciente aseguran seguridad y satisfacción para ambos.

Mc. Swain sugirió lo siguiente: El dentista que desca tener una completa cooperación de su paciente pequeño, encuentra el conoci-- miento de la psicología infantil como esencial para él, así como las ha-- bilidades mecánicas de su profesión. Sólo en el grado de que el dentis-- ta entienda las características del crecimiento y desarrollo de los niños durante los tres primeros períodos del ciclo de la vida (infancia, prees-- colar y niñez), experimenta éxito en el cuidado profesional de sus pa--

ciencia.

Con tal entendimiento, es capaz de tener una genuina concepción de la tesis psicológica que el niño está ajustando continuamente en la tarea de adaptación a sus necesidades de crecimiento mental --- básicas a las condiciones y requerimientos en su medio ambiente externo.

El lugar donde se examina al niño también juega un papel muy importante en su comportamiento, así como la hora del día y la duración de las citas. Los niños deberán de permanecer en el sillón por períodos que no tarden más de media hora, porque se vuelven menos cooperativos y pueden empezar a llorar.

El odontopediatra deberá de tener un cuarto de juegos para sus pequeños pacientes. Este puede ser pequeño y no necesita estar forzosamente amueblado. Debe de tener una mesa para niños, una ó dos sillitas, una vitrina para juguetes, una caja con arena y un pizarrón. Estos son todos los muebles que deberá de tener ese cuarto. El piso deberá de ser liso o cubierto con linoleum. Si se tuviera un pequeño lavabo sería mucho mejor.

Los juguetes que se tengan deberán de ser baratos y fáciles de reponer en caso de que sean rotos y se deben de tener por lo menos un par de muñecos, una cubeta, cubos, autos, aviones, locomotoras, barcos, pistolas, cañones, soldados, plastilina, un juego de platos, pinturas, crayones, cis, lápiz y papel. Sólo bajo otras circuns-

tancias se requieren otro tipo de juguetes.

El cuarto de juegos deberá estar construido y amueblado de tal manera que el dentista no se sienta aprensivo cuando los niños lleguen a dañar algún artículo. Si el dentista no se encuentra en posibilidades de tener un cuarto de juegos, es aconsejable por lo menos de que tenga unos cuantos juguetes para que los niños se distraigan y no se aburran.

MEDIOS DE COMUNICACION.

La comunicación se podría definir como el hecho de que -- cualquier persona se sepa hacer entender, o simplemente usar expre-- siones que signifiquen la misma cosa para una como para la otra per-- sona con la que se está hablando.

La meta de la comunicación es el entendimiento . El mane-- jo del paciente está en relación con el estímulo del comportamiento --- cooperativo que se lleva a cabo por medio de la comunicación. La obe-- diencia no se puede considerar como un indicador útil de la comunica-- ción.

Es importante darse cuenta que un niño, aunque tenga la --- edad para que pueda hablar claramente, a menudo no lo hace. En lu-- gar de hacerlo, es muy probable que hable confusamente, inconclusamen-- te y por consiguiente sin entendimiento. Probablemente se salga de la conversación y pregunte cosas que no van con el tema o dé respuestas falsas a las preguntas que el dentista le haga o, quizá, cuando se le -- haga una pregunta en lugar de contestarla hará una pregunta por su cuen-- ta.

Los niños generalmente tienen su propio lenguaje, es un len-- guaje secreto, simbólico, el cual varía de una edad a otra y, es a me-- nudo tan personal que hasta a los padres les cuesta trabajo entenderles. Un niño pequeño que tiene conocimiento de unas pocas palabras se ex--

presa por medio de un lenguaje de signos. Cuando está enojado, aunque tiene pocas palabras para expresarse, muestra claramente sus sentimientos rompiendo algo o gritando. Esta actitud constituye un ejemplo típico.

Otro ejemplo sería cuando un niño que ha sido llevado con el doctor para una examinación o para una revisión no dice nada, pero expresa sus sentimientos jugando con su muñeco. Esto lo hace en la manera en la que el doctor se comportó con él; en fin, manifiesta en su muñeco sus sentimientos de temor, pasividad y enojo.

Cuando el niño es un poco mayor, especialmente a la edad de seis a trece años, sus sentimientos de temor no son reflejados tan libremente en un juego simbólico. En lugar de éso, las palabras son usadas. Sin embargo, aún cuando el niño es suficientemente grande para poder expresarse por medio de palabras, prefiere expresarse secretamente y simbólicamente; ésto quiere decir que aunque use libremente sus palabras, él mismo se aconseja y usa otros métodos para emplearlas.

El dentista siempre deberá de hablar a un nivel adecuado a la edad del paciente. A veces se dejará que el niño sea el que guíe la conversación. En niños mayores al hacer este procedimiento se tendrá mucho cuidado de no usar un lenguaje que haga ver al dentista menor -- que el paciente porque ésto puede originar que el niño se ofenda. A -- muchos niños les gusta oír hablar al dentista, de esta manera ellos no

se sienten ni ignorados ni abandonados.

Hay dos puntos dentro del mal entendimiento de la comunicación que se deben de tomar en cuenta y éstos son los siguientes:

- 1.- La claridad de expresión no garantiza una comunicación correcta.
- 2.- La comunicación es un ajuste entre el mensaje que se quiere decir y el entendimiento de uno.

El ajuste de la comunicación se mejora al ser capaz de adoptar el punto de vista de la persona con la que se está hablando. Mientras más se pueda comprender al niño, se obtendrá una exitosa comunicación en la cual el dentista se podrá comunicar en términos que el niño pueda entender.

Esta comunicación se puede aumentar en un grado mayor por medio del estudio del niño, que dominando el arte del lenguaje y el uso de técnicas persuasivas. Hay algunos elementos que están involucrados en una comunicación exitosa tales como:

- 1.- Mensajes incongruentes.- La selección de la palabra es un factor social significativo para adolescentes y preadolescentes. Como por ejemplo: el tono de voz, frases y otros tipos de expresión pueden ser usados para modificar y enfatizar mensajes.

Son también frecuentemente una fuente de confusión, --

obstruyendo lo que quizá de otra manera, sería una comunicación exitosa.

Una estrategia que se recomienda en la comunicación con el pequeño paciente es pedir al niño que repita en sus propias palabras lo que se le acaba de decir. Esta es una buena manera para saber qué palabras el niño comprende y de esta manera, el dentista podrá emplear estas palabras para explicar cosas a otros niños

- 2.- Entendimiento Inútil.- Esto quiere decir que el mensaje, contexto y expresión deberán ser congruentes para lograr una comunicación exitosa. Se le llama entendimiento inútil cuando el dentista trata de compartir una idea, la cual el niño no puede comprender. El desarrollo intelectual del niño pone límites absolutos con respecto a lo que se le puede comunicar.

Con base a lo anterior, se puede decir que la técnica del control de voz en la actualidad no se considera como un ejemplo de comunicación. El alza de voz repentinamente y las órdenes firmes que se usan para obtener la atención del niño o detenerlo en cualquier cosa que esté haciendo, no se consideran como un tipo de comunicación.

Lo que el dentista diga no es tan importante como la forma en que lo dice, porque está tratando de influenciar directamente el comportamiento y no a través del entendimiento.

El control de voz es muy efectivo cuando se usa conjuntamente con la comunicación. Una orden repentina de "deja de llorar y pon atención", quizá sea una medida preliminar necesaria para preparar el camino de una futura comunicación. La llave tanto para el manejo del paciente y para la comunicación es la percepción. Es el factor que determina cómo los dentistas y los niños traducen lo que oyen.

La percepción es un proceso activo en donde la gente ajusta sus propios antecedentes, valores y conocimientos dentro de lo que se les presenta. El oír y el ver es siempre una traducción dentro de la percepción de su propio lenguaje. Si el mensaje no ajusta, el doctor falsea acerca de lo que ve y oye o no reconoce nada. Este es el porque los niños no tienen alternativa, pero el dentista debe de tratar de hacerse entender hasta que el niño pueda traducir el mensaje dentro de su propio mundo.

La edad del niño, sus valores, inteligencia y antecedentes, juegan una regla importante en la distorsión sistemática de la comunicación acerca de conceptos tales como la enfermedad y la salud. Los antecedentes culturales son muy significativos en la influencia de las percepciones.

TECNICA DE MANO SOBRE BOCA

La terapia pulpar, procedimientos restaurativos, mantenedores de espacio y educación en la prevención, son los servicios básicos proporcionados a los niños por los dentistas. Pero todo esto requiere el factor de cooperación del niño, ya que si la habilidad del dentista en hacer cualquier trabajo es buena, ésta es inútil si el niño no coopera y por consiguiente, el doctor no podrá ser capaz de hacer bien su trabajo.

Varias técnicas han sido empleadas para manejar a pacientes con poca cooperación, y una de las más controversiales de éstas es la técnica de mano sobre boca. Con este procedimiento el dentista coloca su mano (o una toalla) sobre la boca del paciente para calmarlo.

Después de evaluar el comportamiento del niño y determinar que la técnica de mano sobre boca está indicada, el dentista colocará su mano cuidadosa pero firmemente sobre la boca del paciente. Se acerca la cara al niño y se habla directamente hacia su oído y se le dice "si quieres que retire mi mano, debes dejar de gritar y escucharme, yo sólo quiero hablar contigo y ver tus dientes". Después de unos cuantos segundos, esto se repite y se agrega "¿estás listo conmigo para que quite mi mano?". Invariablemente, casi siempre hay una señal con la cabeza, con una palabra final que indica calma y la mano se quita. Si es necesario, esta técnica se volverá a aplicar pero se podrá también colocar la mano en la nariz del niño por unos cuantos segundos.

Es conveniente que un asistente permanezca durante este pro-

cedimiento para ayudar a detener los brazos y piernas del niño y de esta manera nadie sale físicamente dañado. Haciendo esto, él se da cuenta de que no puede combatir con el doctor. Mientras el niño se com -- porta, se le empieza a platicar de cualquier otra cosa menos de lo que se le hizo antes. Las palabras por sí solas tienen una pequeña signifi -- cación para el niño, a menos que sean constantemente repetidas con un objeto específico o una consecuencia al comportamiento. Por lo tanto, -- sonriendo al niño y diciéndole "estoy orgulloso de como te estás compor -- tando", le enseñarán al niño lo que significa el estarle hablando.

Esta es una situación en la cual el niño tiene control. Cuando el niño coopera, las razones por las que se utilizó este procedimien -- to deberán de explicársele. Se le dirá que el tratamiento dental será -- completado con la menor incomodidad posible. Los niños al final del -- tratamiento, se darán cuenta de que lo que se les hizo fue hecho por su bien. Generalmente después de esta experiencia se vuelven más coope -- rativos.

Hay algunos autores que van con desacuerdo a esta técnica y la describen como no científica. Otros sugieren que este drástico -- tratamiento puede causar un trauma psíquico, dando como consecuencia -- noches de miedo y profundo resentimiento en el niño, y, sustentan que -- los métodos modernos de sedación pueden sustituir a esta técnica. Hay quienes también dicen que esta técnica se debe de emplear como el úl -- timo recurso que el dentista tiene para poder controlar a un niño; pero

sin embargo, postulan que este procedimiento no produce ningún trauma psicológico y que no afecta adversamente la actitud del niño hacia citas dentales posteriores.

Esta técnica ha reportado ser más efectiva en niños de tres a seis años de edad. Los casos en donde más se usa es cuando hay histeria o cuando los niños están embravecidos o desafiantes.

Esta técnica no se debe de llevar a cabo cuando el doctor está enojado; esto es sencillo de explicar, porque si el dentista no se puede controlar a sí mismo, es imposible que intente controlar a otra persona, además este procedimiento nunca deberá de ser usado como un castigo.

La técnica se tiene que emplear de una manera fría y objetiva, pero hay que tener mucho cuidado en no dañar al niño al estarla aplicando. Su uso está contraindicado en niños retrasados mentales y en pacientes muy pequeños, los cuales no puedan entender el propósito de esta técnica o en niños que estén bajo el efecto de alguna droga.

Los dentistas que van en contra de esta técnica dan las siguientes opciones y razones.

- 1.- Uso de premedicación.
- 2.- ~~Uso de analgesia relativa.~~
- 3.- Renuencia a infundir temor al niño.
- 4.- El uso de la técnica de mano sobre boca indica poca habilidad para manejar al niño.

Con relación a estos puntos, también se puede decir que definitivamente hay un lugar para la premedicación, pero ésta no es siempre la manera más segura o apropiada para controlar al niño con histeria o con embravecimiento o con desafío. Algunos pacientes necesitan premedicación para ayudarlos en el tratamiento dental, pero las drogas no deben de substituir el entendimiento y cuidado en el manejo del paciente.

En lo que respecta a la analgesia relativa (con óxido nitroso), requiere un grado de cooperación por parte del paciente, por lo tanto, ésta no es una alternativa para la técnica de mano sobre boca.

Este procedimiento quizá infunda algo de temor al niño, sobre todo al principio, pero de esta manera el dentista educará a sus pequeños pacientes a manejar su ansiedad y a que la ajusten a un nivel el cual sea apropiado para cada individuo y para cada situación.

Con respecto a que el uso de esta técnica indica poca habilidad en el manejo del niño, se puede decir que por el contrario, que esta técnica requiere de una habilidad considerable. El propósito de ésta, es ganar la atención del niño para que la comunicación pueda establecerse y su cooperación sea obtenida para un tratamiento seguro y eficaz.

Con esta técnica se puede eliminar el comportamiento irracional e histérico que presenta el niño, y a la vez, aprende a que tiene la suficiente fuerza emocional para manejar una situación a la cual no creía poder enfrentarse.

Para que surta efecto, se deberá de tomar en cuenta lo siguiente:

1. - Que el niño sea capaz de entender órdenes.
2. - Es imperativo decir que este método no se debe de usar en niños muy pequeños o de poca mentalidad, o en un niño que ha sido premedicado y no puede responder normalmente.

El niño debe de darse cuenta de que todo lo que tiene que hacer es obedecer las instrucciones que le dé el dentista tales como "siéntate, deja de gritar, escucha, etc.," a manera de poder explicarle lo que se le va a hacer.

La mayoría de los dentistas que utilizan esta técnica, indican que el respeto del niño hacia el dentista aumenta y que el niño se convierte en un mejor paciente, pero si esta técnica se emplea como un castigo especial o como una manera viciosa de fracasar al hablar apropiadamente con el niño, originará en el paciente fobia dental.

DIFERENTES TECNICAS QUE SE UTILIZAN PARA CONTROLAR AL NIÑO EN EL CONSULTORIO.

Una vez que el doctor le haya indicado al niño qué es lo que se le va a hacer, debe de decirle también el comportamiento que debe de guardar en el operatorio. Esto se hará cuando el niño esté tranquilamente sentado y mantenga sus manos sobre su estómago con su boca abierta.

Para poder enseñarle esta postura, será necesario explicar, demostrar y probablemente guiar al niño el comportamiento deseado. --- La imitación o modelado juega una regla importante aquí. El niño está generalmente acostumbrado a hacer las cosas por medio de un comportamiento imitativo. Mucho del aprendizaje humano, incluyendo el lenguaje y el desarrollo de la habilidad, es iniciado a través de la imitación de los padres. Una vez que el comportamiento deseado se logre, --- los reforzamientos apropiados lo mantendrán y lo mejorarán.

El comportamiento del ser humano es modificado, mantenido, controlado o eliminado como una función directa en consecuencia de --- aquellos estímulos que inmediatamente siguen el comportamiento. El comportamiento del niño quizá fluctúa y se convierte contrario y difícil o cooperativo y amable, dependiendo de la edad del niño.

Generalmente los niños con un comportamiento poco cooperativo se encausan por un deseo para evitar desagrado y dolor o cualquier otra cosa que quizá interpreten como una amenaza a él. Los ni

os generalmente actúan bajo impulsos y miedo al dolor, este temor es manifestado en una base emocional más bien que en una base intelectual. Por lo tanto, al mismo tiempo, su lógica estará basada bajo sus sentimientos.

El niño tiende a comportarse en el consultorio de la misma manera en la que en el pasado se ha liberado de circunstancias o cosas desagradables, porque cree que si las situaciones desagradables se pueden evitar en casa mediante negaciones y berrinches lo mismo pasará en el consultorio. Pero el comportamiento del niño se puede modificar si estos actos emocionales no son para provecho de él.

Los cambios que se producen en el comportamiento del niño se pueden dividir en tres categorías:

- 1.- Un nuevo comportamiento que uno espera que se produzca.
- 2.- Comportamientos existentes que uno desea mantener o reforzar.
- 3.- Comportamientos existentes, los cuales uno espera eliminar o disminuir.

Por lo anterior, hay entonces cuatro procedimientos básicos que el dentista debe de estar familiarizado con éstos y son:

- 1.- Desarrollo de Nuevos Comportamientos.- Tenemos aquí la técnica de formación. Este es un procedimiento que desarrolla un lento comportamiento y consiste en refor--

zar aproximaciones exitosas del comportamiento deseado hasta que éste se desarrolle.

Después de cada respuesta, más próximo llegará el comportamiento deseado y será reforzado.

Este comportamiento de formación puede ser explicado como una forma de comportamiento modificado, porque éste es usado para alterar el comportamiento. La mayoría de las veces es usado con niños que demuestran suficiente cooperación para poder establecer una buena comunicación.

- 2.- Mantenimiento o Aumento del Comportamiento Existente. - Después de que un nuevo comportamiento ha sido creado o condicionado, un método efectivo para mantener o reforzar a éste deberá de llevarse a cabo a través de un reforzamiento intermitente. Este es un procedimiento en el cual el reforzamiento es administrado solamente después de un número específico de respuestas o después de que una cantidad específica de tiempo haya pasado.
- 3.- Disminución de la Frecuencia de un Comportamiento a través del uso de un Reforzamiento Positivo. - Cuando el comportamiento es mantenido por reforzamiento, la eliminación del reforzamiento resultará en la eli-

minación gradual o extinción del comportamiento.

- 4.- Técnicas de Modelado o Imitación o Desensibilización. Esta es la eliminación de respuestas de ansiedad, primeramente presentando un estímulo, el cual evoca a una respuesta brusca. La desensibilización involucra el entrenamiento del paciente en la relajación progresiva de sus músculos. Durante el acondicionamiento, el niño aprende a aceptar y a disfrutar de los procedimientos dentales, de manera que pierde el temor al dentista porque aprende que no hay peligro para su seguridad.

El aprendizaje es el establecimiento de una conexión o asociación entre un estímulo y una respuesta. Un principio básico de aprendizaje involucra el concepto de motivación, el niño es más probable que se comporte de una cierta manera si es motivado.

Las consecuencias que vienen después del comportamiento son de dos tipos y se definen como respuestas que se producen a raíz del comportamiento original.

La primera consecuencia es la que aumenta la probabilidad de que el comportamiento ocurrirá otra vez, se dice que fortalece el comportamiento y es llamada "reforzador". La segunda consecuencia es la que disminuye la frecuencia del comportamiento original, es decir, debilita el comportamiento y es llamada "castigador".

Por ejemplo, el acto de que el niño le detenga la mano al dentista durante el procedimiento de la inyección es un comportamiento, si el dentista permite que la mano lo detenga, esta actitud se convierte en un "reforzador" para el niño; pero si por el contrario, no lo permite, esta actitud se convierte en un "castigador" para el niño. Hay que notar que un reforzador no es necesariamente una recompensa y que un castigador no tiene que ser necesariamente algo doloroso.

Existen algunos tipos de reforzadores como son:

1.- Reforzadores Materiales.- Estos son artículos que pueden ser colectados y más tarde ser cambiados por un evento deseado. Este método puede ser exitoso si los padres están dispuestos en actuar como ayudantes en instruir la frecuencia del acontecimiento. A determinado nivel de mejoramiento el niño puede cambiar estos objetos por un reforzamiento tal como lo sería un viaje al zoológico o un juguete nuevo.

2.-Reforzador de Actividades.- Si el niño se porta como uno quiere, él puede entonces hacer lo que desee.

Históricamente, los padres usaban esta clase de sistema como un reforzamiento. Por ejemplo, "termina tu tarea y entonces podrás jugar" o "come tus verduras y entonces podrás comer postre", son típicos. En odontología, los reforzamientos que el dentista utiliza son "si te por--

tas bien te dejaré ir". De esta manera no se permite al niño que salga hasta que se esté quieto. Esto constituye un escalón en lo que se refiere a la enseñanza del comportamiento deseado.

- 3.- Reforzadores Sociales.- Involucran el comportamiento personal del dentista hacia el niño. Incluyen las atenciones, palabras de aliento, elogios, sonrisas, abrazos; en fin, todas las muestras de cariño que se le pueden dar al niño. Estos siempre están dispuestos porque -- vienen dentro de cada uno de nosotros y son muy poderosos debido a la necesidad de sentirse amado, ya que es una de las necesidades psicológicas básicas del hombre.

Si pasa mucho tiempo entre el comportamiento deseado y su reforzamiento, el niño puede confundirse y no sabrá qué comportamiento produjo el reforzamiento. El procedimiento de reforzar las varias altas y bajas del patrón del comportamiento se conoce como modelado.

Es preciso saber que para poder enseñar el comportamiento deseado, se tendrá que reforzar inmediatamente cada actuación correcta. Cuando el comportamiento se convierte más fuerte, uno debe de solicitar actuaciones mejores de aquel comportamiento anterior al reforzamiento.

Es importante conocer que si nosotros vamos a señalarle --

al niño un comportamiento indeseable, primero hay que halagarlo con algo que esté haciendo correctamente. Esto ayuda a enseñarle a él -- que nos agrada, y de esta manera aceptará lo que se le diga.

Los reforzamientos pueden ser positivos, condicionados y negativos. El positivo será considerado como un estímulo, el cual aumentará la frecuencia de un comportamiento o respuesta. Es preciso recordar que un estímulo que pueda servir como un reforzador para un niño en una ocasión, quizá no sirva como reforzador para el mismo niño en alguna otra ocasión.

Varios doctores han recomendado la entrega de recompensas como podrían ser los juguetes, por un buen comportamiento operatorio. Estos juguetes se darán al concluir la cita. Los dentistas deben de -- tratar de usar reforzamientos positivos en una forma efectiva para en-caminar a un comportamiento apropiado.

Es importante saber que el niño nunca debe de ser sobornado, porque el soborno nunca llega a nada bueno. La única cosa que se logrará con esto es que el niño se porte mal para poder conseguir más soborno y concesiones. El soborno se puede substituir por una recompensa. Generalmente, una recompensa después de una cita servirá como soborno y de esta manera el niño vendrá a la siguiente cita. Una recompensa se da cuando un niño logra comportarse bien durante toda la cita y sin haberle prometido nada antes.

Los reforzamientos condicionados son en su mayoría de estí

mulos que controlan el comportamiento humano. Un sistema de reforzamiento condicionado que tiene un gran control sobre el comportamiento efectivo es el sistema de reforzamiento por tacto. El sistema es arreglado de tal manera que el tacto es dado inmediatamente después de cada concurrencia del comportamiento deseado. La ventaja de esto es proporcionar un reforzamiento inmediato.

Las técnicas de castigo proporcionan un cambio inmediato del comportamiento y el dentista se refuerza por el éxito. Desafortunadamente, el cambio se vive poco y el comportamiento adicional de evasión dura bastante. El castigo deberá de ser una técnica de último recurso, ya que puede tener consecuencias negativas.

Numerosos estudios en psicología han demostrado el poder que la imitación tiene en el comportamiento afectivo del niño. El decir-mostrar-hacer, es una aplicación específica de la estrategia de modelado. Esta técnica se utiliza casi siempre en niños de dos a ocho años de edad.

El comportamiento del niño durante el procedimiento dental puede mejorar al ver una película de modelo, la cual exitosamente comparara la tensión del tratamiento dental con el comportamiento cooperativo.

Los procedimientos que usualmente se recomiendan para guiar el comportamiento de los niños, requieren dedicación y especialidad de los dentistas y de los auxiliares dentales para aplicarlos.

El aprendizaje a través del modelado es particularmente ---

efectivo cuando el observador está en un estado de aprender, cuando el modelo tiene relativamente mayor grado y prestigio y cuando hay consecuencias positivas del modelo de comportamiento.

El modelado ha probado ser afectivo y trae también consigo el comportamiento cooperativo, desarrollo del lenguaje, juicios morales, respuestas autorecompensadas, retrasos en los patrones de gratificación y reducción del miedo. La aplicación más relevante para el dentista parece ser en lo que se refiere a la presentación de un nuevo ambiente al niño y a la reducción de su ansiedad. Es conveniente que se use a un niño como modelo para otro niño, con el objeto de que este niño pueda ver el procedimiento del tratamiento.

Los procedimientos de modelado constituyen un acercamiento que requieren una cantidad mínima de tiempo profesional y pueden fácilmente convertirse en parte de la rutina del dentista.

El dentista también puede actuar como modelo y su comportamiento tendrá un mayor efecto en el comportamiento de su paciente. El doctor que es calmado, relajado, seguro y positivo, tiene mayores posibilidades de producir una reacción similar en su paciente. De otra manera, si el dentista se altera, está ansioso y nervioso, lo más probable es que aumente la ansiedad y el nerviosismo a su paciente.

Aparte de la técnica de imitación o modelado, existen otras estrategias designadas a disminuir el temor de los niños como pueden ser:

- 1.- El uso de las actividades agradables y hábito gradual en la eliminación de los temores del niño.
- 2.- El uso de desensibilización sistemático, la presentación gradual del estímulo temeroso, mientras la persona está bajo un estado de relajación.
- 3.- La imaginación emotiva, la presentación en la imaginación de una situación temerosa junto con una situación muy agradable.
- 4.- Los procedimientos de modelado en los cuales el niño observa la misma situación dental pero sin temores.

Existe un procedimiento llamado técnica de familiaridad y atracción, la cual incluye algunas estrategias como la del tener juguetes o audífonos con música favorita presentes en el operatorio, la presencia de los padres de los niños en el operatorio, el uso de palabras adecuadas a la edad del niño, el contacto físico positivo y la compañía del dentista cuando el niño se encuentre fuera del operatorio.

Todo esto ayuda a que el niño se sienta en un medio ambiente familiar y positivo. En esta técnica se le permite al niño que sostenga en su mano algún juguete durante el tratamiento o que su madre esté en el operatorio junto con él. Este procedimiento es aconsejable usarlo en niños que tengan de dos a ocho años de edad.

Existe una técnica que se utiliza con poca frecuencia, sobre todo en niños de seis a ocho años. Esta consiste en que los auxilia-

res del doctor permanezcan con el niño antes de sus citas. Otros -- prefieren proporcionar juguetes al niño antes de sus citas. Esta técnica por motivos antes mencionados, no es muy conveniente usarla.

Hay varias opciones a disposición del dentista cuando está con un niño sin cooperación, gritón y hasta cierto grado violento. Algunas de las técnicas que el dentista utiliza con más frecuencia son -- las siguientes:

- 1.- Permanencia de los padres del niño dentro del operatorio.
- 2.- Técnica de mano sobre boca.
- 3.- Contactos físicos del doctor con el niño.
- 4.- Fuerza física.
- 5.- Drogas.
- 6.- Analgesia con óxido nitroso.
- 7.- Anestesia e hipnosis.

Todas estas técnicas, de una manera u otra, ayudan a controlar al niño durante su tratamiento. Algunas de estas técnicas se -- usarán de acuerdo a la edad que tenga el paciente. Además de estas técnicas, hay también otras técnicas que ayudan a que el paciente y el dentista lleguen a tener una mejor relación y son:

- 1.- Pasar el tiempo con el niño antes de la cita y afuera del consultorio.
- 2.- Enseñar al niño a relajarse, respirando de una mane-

ra específica.

- 3.- Usar audífonos en el operatorio.
- 4.- Poner límites de tiempo corto.
- 5.- Hacer que el niño señale partes de su cuerpo.

Una técnica que se utiliza con mucha frecuencia para cambiar el comportamiento indeseable de un niño, es la terapia de aversión. Este procedimiento, aparte de no recompensar el mal comportamiento, -estructura también la situación, de manera que una respuesta usual resulte desagradable.

El dentista, desde el principio, deberá de evitar que un niño lllore o se impaciente, porque ésta es una prueba tentativa que irá progresivamente empeorando y finalmente alcanzará un comportamiento histérico en donde todas las reacciones del niño serán exageradamente desagradables. El estudiante muchas veces fracasa en tomar una actitud firme al inicio, cuando el control de la voz es suficiente y no una situación brusca que se degenera y causa un problema en el manejo.

El niño debe de aprender a comportarse en la primera cita. Cuando se pueda expresar verbalmente por sí mismo, se deberá de apartar de sus padres. El control de voz y el meneo del dedo, en muchas ocasiones serán suficientes para convencer al niño de que su comportamiento no va a ser recompensado.

El tono de voz, llamado "control de voz", es una técnica muy usada. Utilizando el control de voz, decir-mostrar-hacer y además la -

técnica de mano sobre boca adecuadamente, el dentista prepara al niño a descubrir que el tratamiento subsecuente no es una experiencia negativa previamente anticipada.

La aversión solamente se usará para asegurar un control -- emocional, pero nunca se usará para controlar el dolor. La edad promedio para que esta técnica tenga efecto es de los tres a los ocho años, en niños que se encuentren fuera de control.

La aversión se podría definir como un método que se constituye por un poco de todas las técnicas, la cual da consejos acerca del manejo del niño. Cualquiera de las técnicas se puede emplear y se debe de elegir la mejor para cada niño y circunstancia. Sin embargo, todavía se discute el hecho de que las medidas de autoridad sean utilizadas, -- pero se sabe que la aversión es una excepcional técnica que se utiliza para controlar el comportamiento del niño.

Gran cantidad de niños son tratados exitosamente por medio de este procedimiento. En general, aunque uno prefiere buscar un re--forzamiento positivo y no negativo, el negativo es a menudo mucho más poderoso y efectivo en lo que se refiere a la modificación del comportamiento. Muchas veces los métodos positivos no alteran el comporta---miento del niño, aún cuando el niño esté en la mejor disposición de --- aceptar el tratamiento dental para restaurar su salud oral.

La técnica aversiva enseña también al niño comportamientos adicionales de escape y evasión; es decir, todos aprendemos a intentar

escapar de aquéllo que nos lastima, no importando cuál sea la motiva
ción; por ejemplo, cuando un niño sabe que se aproxima su cita dental,
hará hasta lo imposible por llegar tarde o por faltar a su cita y, por
consiguiente, será poco cooperativo con su tratamiento. Este comporta
miento, sin lugar a dudas, es lo que se conoce como comportamiento
evasivo.

Después de haber comprendido todo lo anterior, se puede --
sacar como conclusión que no importa qué técnica el doctor tenga que
emplear para lograr un buen comportamiento por parte del niño, lo im-
portante es que el niño esté convencido de la autoridad del doctor. El
dentista después de haber conseguido ésto, deberá de ser amigable y
dirigirse al niño en términos que vayan de acuerdo a su nuevo com--
portamiento.



El niño está generalmente acostumbrado a hacer las cosas por medio de un comportamiento imitativo. Mucho del aprendizaje humano, incluyendo el lenguaje y el desarrollo de la habilidad, es iniciado a través de la imitación.

CONCLUSIONES.

- 1.- La ansiedad que pueda tener un niño está íntimamente ligada con la ansiedad que tenga la madre, ya que en muchas ocasiones la mamá acrecenta este sentimiento en el niño - sin darse cuenta; es decir, ella intenta hacer que el niño - no tenga miedo cuando visite al doctor, pero el niño al ver este comportamiento en ella, cree que tiene un problema - serio en su persona.
- 2.- El miedo que el niño le tiene al dentista es tan sólo uno de los tantos temores que el niño le tiene a otras cosas, y es te miedo es adquirido en muchos de los casos, por los pa - dres, quienes utilizan la palabra "doctor" como un medio -- para infundirles miedo y hacer que el niño obedezca lo que se le ordena.
- 3.- La relación que tenga el doctor y el niño es de suma impor - tancia. El niño se comportará mejor y será más cooperati - vo con alguien a quien le tiene afecto y le brinda cariño; es por ésto que el dentista deberá de tratar de ganarse siem -- pre la confianza de su pequeño paciente.
4. En muchas ocasiones, el niño se comportará en el consulto - rio como se comporta en su casa y este comportamiento, en la mayoría de las veces, sigue un patrón imitativo, es un - comportamiento que el niño aprende de sus padres o de las

personas con las que convive .

- 5.- Cada niño tiene diferentes características según la edad que tenga y el medio ambiente que lo rodee; por consiguiente, -- el doctor deberá de ser lo suficientemente inteligente para poder comprender y entender a su paciente de acuerdo a estas características .

Hay que recordar que un niño es un niño y que siempre se comportará de una manera adecuada a su edad .

- 6.- Bajo ninguna circunstancia el niño deberá de ser engañado por sus padres o por el doctor, porque si el niño se da cuenta - de que no se le dice la verdad, perderá la confianza y evitará cooperar en sus tratamientos dentales . Tampoco se debe de utilizar el soborno como un método de recompensa, ya -- que ésto sólomente ayudará a que el niño se convierta en --- una persona interesada y no se dé cuenta del bien que se le hace .

- 7.- El doctor jamás se deberá de enojar con un niño, lo único - que se logra con esta actitud es derrotarse a sí mismo y, - por consiguiente, fracasar en el tratamiento del niño .

- 8.- Los padres y el dentista deben de trabajar juntos para que se logre un buen trabajo . Ambos tienen que esforzarse y poner todo lo que esté de su parte para obtener el éxito deseado en el tratamiento .

- 9.- La primera cita de cualquier niño debe de ser indolora, ya que la primera impresión es la que se queda grabada en la mente de éste. Este procedimiento se podrá llevar a cabo siempre y cuando el tratamiento del niño no sea una emergencia.
- 10.- La meta principal que tiene el doctor es realizar el tratamiento del niño de la manera más agradable posible, utilizando cualquiera de las técnicas que hay para el control del niño.

BIBLIOGRAFIA .

- 1.- EL DESARROLLO DE SU HIJO DE LOS TRES A LOS DIE--
CISEIS AÑOS.

Mark Lovell
Editorial GEDISA
- 2.- TRANSTORNOS DE LA CONDUCTA EN EL NIÑO.

Harvey F. Clarizio
George F. McCoy
Editorial "El Manual Moderno, S.A."
- 3.- ERRORES EN LA CRIANZA DE LOS NIÑOS

Dr. Alfonso Bernal del Riesgo
Editorial "La Oveja Negra"
- 4.- Recopilación de Apuntes, de la Facultad de Odontología de
la Universidad Nacional Autónoma de México.
- 5.- Bailey, P.M., Talbot, A. and Taylor, P.P.: A Comparison -
of Maternal Anxiety Levels with Anxiety Levels Manifested -
in the Child Dental Patient. J. Dent Child, 40:277-284. July
Aug, 1973.
- 6.- Chambers, D.W. : Communicating with the Young Dental ---
Patient. JADA, 93:793-799. Oct. 1976
- 7.- Craig, W. : Hand Over Mouth Technique. J. Dent Child, 38:
387-389, Nov-Dec, 1971.
- 8.- Koenigsberg, S.R. and Johnson, R.: Child Behavior During
Three Dental Visits. J. Dent Child, 42:197-200. May-June, -
1975.
- 9.- Levitas, T.C.: HOME--Hand Over Mouth Exercise. J. Dent
Child, 41:178-182. May-June, 1974.
- 10.- Melamed, B.G. et al: Reduction of Fear-Related Dental Ma-
nagement Problems with Use of Filmed Modeling. JADA, 90:
822-826. April, 1975.

- 11.- Oppenheim, M.N. and Frankl, S N.: a Behavioral Analysis of the Preschool Child when Introduced to Dentistry by the Dentist or Hygienist. *J. Dent Child*, 38:317-325. Sept-Oct, 1971.
- 12.- Pinkham, J.R. and Fields, H. W , Jr.: The Effects of Preappointment Procedures on Maternal Manifest Anxiety. *J. Dent Child*, 43:180-183, May-June, 1976.
- 13.- Rosenberg, H.M.: Behavior Modification for the Child Dental Patient. *J. Dent Child*, 41:111-114. Mar-Apr, 1974.
- 14.- Sawtell, R., Simon, J. F. and Simeonsson, R.J.: The Effect of Five Preparatory Methods Upon Child Behavior During the First Dental Visit. *J. Dent Child*, 41:367-375. Sept-Oct, 1974.
- 15.- Swallow, J.N., Jones, J.M. and Morgan, M.F.: The Effect of Environment on a Child's Reaction to Dentistry. *J. Dent Child*, 42:290-292. July-Aug, 1975.
- 16.- Emotional Disorders of Children by Gerald H.J. Pearson. -- 9-43 Pags.