

112
2 Gen.



**“ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES IZTACALA”
U.N.A.M.**

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

**“PSICOTERAPIA COMO COADYUVANTE EN LA
ODONTOPEDIATRIA”**

ANGELINA MARIBEL DIAZ ARELLANO

San Juan Iztacala, Edo. de México.



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.

I N D I C E

	PÁG.
I. DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO.	1
II. ESTADOS EMOCIONALES.	13
III. CONDUCTA DEL NIÑO HACIA EL DENTISTA Y TRATAMIENTO DENTAL.	29
IV. CONSIDERACIONES PRACTICAS PARA EL MANEJO DE LA CON DUCTA.	37
V. INFLUENCIA DE LOS PADRES.	54
VI. PRIMERA VISITA.	64
VII. HIPNOSIS EN ODONTOPEDIATRIA.	69
VIII. ADAPTACION DEL CONSULTORIO.	88
BIBLIOGRAFIA.	93

I N T R O D U C C I O N

EL OBJETIVO DE LA PRESENTE TESIS, ES CONCIENTIZAR AL CIRUJANO DENTISTA DE QUE LA ODONTOLOGÍA NO SE TRATA ÚNICAMENTE DE LA ATENCIÓN DE PADECIMIENTOS VARIOS QUE PUEDEN EXISTIR EN LA CAVIDAD ORAL, SINO DE ALGO MÁS COMPLEJO. ES ATENDER LA BOCA DE UN SER HUMANO ENTENDIDO COMO UNA UNIDAD BIOPSICOSOCIAL.

LA MAYORÍA DE LA GENTE TIENE CIERTO TEMOR DE ACUDIR A LA CONSULTA DENTAL Y ESTO HA SIDO PROVOCADO EN GRAN PARTE POR LOS DENTISTAS AL NO DARLES UN TRATO APROPIADO AL PACIENTE.

POR LO TANTO, ES CONVENIENTE QUE CADA DENTISTA TENGA UN CONOCIMIENTO PRÁCTICO DE LA PSICOLOGÍA Y EN ESTE CASO DE LA PSICOLOGÍA INFANTIL YA QUE EL NIÑO ESCOLAR Y PREESCOLAR COMIENZA EN ESTA ETAPA A ASISTIR A LA CONSULTA DENTAL.

ES ESTE PRIMER CONTACTO EL MOMENTO TRASCENDENTAL PARA INICIAR UN TRATO ADECUADO AL NIÑO, LO QUE POSTERIORMENTE REPERCUTIRÁ EN LA PREVENCIÓN DE LAS POSIBLES FOBIAS QUE ATENTARÁN CONTRA SU SALUD Y COMPORTAMIENTO FUTURO EN TRATAMIENTOS POSTERIORES.

LOS DENTISTAS DEBEMOS RECONOCER QUE LA CAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE NUESTRA PROFESIÓN ES INSUFICIENTE, Y QUE SE DEBE CONJUNTAR CON LA RELACIÓN, COMUNICACIÓN, ENTENDIMIENTO Y CONFIANZA QUE DEBEMOS MANTENER HACIA EL PACIENTE Y MÁS AÚN DE NUESTRO PEQUEÑO PACIENTE.

CAPITULO I

DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO

PARA COMPRENDER LA INDIVIDUALIDAD Y LA MADUREZ RELATIVA DE LOS NIÑOS, ES NECESARIO ESTUDIAR LOS PROCESOS SUBYACENTES DE DESARROLLO, EN QUE ESTÁN ACTUANDO.

CADA NIÑO TIENE UN LÍMITE FISIOLÓGICO PARA SU CONDICIONALIDAD, RASGOS CONSTITUCIONALES Y TENDENCIAS QUE DETERMINAN CÓMO, QUÉ, Y, HASTA CIERTO PUNTO CUÁNDO APRENDERÁ.

ES IMPORTANTE PARA EL ODONTÓLOGO QUE TRATA AL NIÑO CONOCER ESTOS LÍMITES RELATIVOS A LOS DIFERENTES NIVELES DE EDAD, PARA QUE SU ACERCAMIENTO AL MANEJO DEL NIÑO, SEA COMPATIBLE CON LAS EXPERIENCIAS DEL INDIVIDUO.

EL NIÑO PREESCOLAR O TEMPRANA NINEZ.

ESTE PERÍODO DE LA VIDA DEL NIÑO ES DE LOS DOS AÑOS -- HASTA QUE EL NIÑO EMPIEZA A IR A LA ESCUELA, GENERALMENTE ENTRE LOS 5 Y 6 AÑOS. UN BUEN MANEJO DEL PACIENTE PREESCOLAR -- NO SE REFIERE ÚNICAMENTE A UNA CORRECTA ATENCIÓN DENTAL, SINO TAMBIÉN ES EL MOMENTO OPORTUNO PARA CIMENTAR LAS BASES DE --

ACEPTACIÓN PARA LA OPERATORIA DENTAL.

SI SE LOGRA QUE EL NIÑO PEQUEÑO SE SIENTA CÓMODO EN EL AMBIENTE DENTAL, ESTO AYUDARÁ A QUE POR LO REGULAR SEA UN BUEN PACIENTE DURANTE SU EDAD ESCOLAR Y TAMBIÉN CUANDO SEA ADOLESCENTE.

LA ANSIEDAD Y EL MIEDO SON QUIZÁS LOS PROBLEMAS EMOCIONALES MÁS IMPORTANTES CON LOS QUE TENDRÁ QUE LUCHAR EL ODONTOPEDIATRA, POR LO QUE LAS PRIMERAS VISITAS SE DEBERÁN ESTRUCTURAR DE MANERA QUE EL NIÑO TENGA UNA EXPERIENCIA INTERESANTE Y AGRADABLE.

A LA EDAD DE DOS AÑOS EL NIÑO ENTRA A LA ETAPA EN QUE TRATA DE TENER CIERTO SENTIDO DE INDEPENDENCIA.

ESTE NIÑO ES EXTREMADAMENTE MIEDOSO A LOS RUIDOS, MOVIMIENTOS REPENTINOS Y POCA PROTECCIÓN, ESTÁ TODAVÍA EN EL NIVEL DE MADUREZ EN EL QUE DESEA JUGAR SOLO Y AÚN NO PUEDE SOSTENER UN TIEMPO PROLONGADO LAS RELACIONES INTERPERSONALES. SUS INTERESES NO PERMANECEN EN UN SOLO ASUNTO POR LARGOS PERÍODOS.

COMO SU COMPRESIÓN ESTÁ TODAVÍA EN UN NIVEL BAJO, NO SE PUEDE ESPERAR UNA RESPUESTA CONSISTENTE A PREGUNTAS DIRECTAS.

A LOS DOS AÑOS HAY MUCHA DIFERENCIA EN LA CAPACIDAD DE COMUNICACIÓN DE LOS NIÑOS EN CUANTO AL DESARROLLO DE SU VO

CABULARIO.

GESELL, REFIERE QUE EN ESTA EDAD EL VOCABULARIO OSCILA ENTRE 12 Y 100 PALABRAS; SI EL VOCABULARIO DEL NIÑO ES POBRE, LA COMUNICACIÓN SERÁ DIFÍCIL.

EL NIÑO NECESITA PALPAR Y SENTIR LOS OBJETOS PARA PODER CAPTAR SU SIGNIFICADO, POR LO QUE EL DENTISTA DEBERÁ DEJAR QUE EL NIÑO TOQUE EL ESPEJO, SIENTA EL CEPILLO, ABRA EL BOTÓN DEL AGUA PARA QUE SE FAMILIARICE CON TODOS ESTOS OBJETOS EXTRAÑOS A ÉL Y A LA VEZ SE FORME UNA MEJOR IDEA DE LO QUE EL DENTISTA TRATA DE HACER.

POR LO GENERAL, EL NIÑO DE DOS AÑOS SE LLEVA BIEN CON TODOS LOS FAMILIARES PERO ENTRE DESCONOCIDOS SE SIENTE EXTRAÑO Y SE VUELVE TÍMIDO Y MUCHAS VECES ES MUY DIFÍCIL QUE SE SE PARE DE SUS PADRES.

A LOS TRES AÑOS EL NIÑO TRATA A SU MANERA DE ALEJARSE DE LA DOMINACIÓN DE LA MADRE PARA AUMENTAR SU INDEPENDENCIA.

ENTRA A LA ÉPOCA DE EXTREMA CURIOSIDAD, ESTÁ EMPEZANDO A IDENTIFICARSE CON UNO O AMBOS PADRES Y ESTO TOMARÁ MÁS FUERZA DURANTE TODA LA ETAPA PREESCOLAR.

ESTÁ SEGURO DE SÍ, SUS RELACIONES PERSONALES SON MÁS FLEXIBLES, EL NIÑO HA APRENDIDO EL USO DE SUFICIENTES PALABRAS PARA QUE SE PUEDA TRATAR CON ÉL Y SI SE LE DAN LAS RAZONES NECESARIAS, ÉL HASTA PUEDE HACER COSAS QUE NORMALMENTE NO

ACOSTUMBRA, LEJOS DE CONTRADECIR EL NIÑO TRATA DE COMPRENDER Y SATISFACER TODAS LAS EXIGENCIAS, INCLUSO PREGUNTA: ¿SE HACE ASÍ?. EL NIÑO TIENE GRANDES DESEOS DE CONVERSAR Y EN OCASIONES DISFRUTA CONTANDO HISTORIETAS AL DENTISTA Y SUS AYUDANTES; PUDIENDO APROVECHARSE ESTO PARA LOGRAR UN ACERCAMIENTO POSITIVO, EL NIÑO DE 3 AÑOS EMPIEZA A TRATAR DE AGRADAR A LA GENTE Y A SOMETERSE A REGLAS SOCIALES.

EL NIÑO DE 4 AÑOS DE EDAD, ES EXTREMADAMENTE EGOCÉNTRICO Y HARÁ CUALQUIER COSA PARA ATRAER HACIA SÍ MISMO TODA ATENCIÓN.

LOS NIÑOS DE ESTA EDAD SUELEN TENER MENTES VIVACES Y SER GRANDES CONVERSADORES, AUNQUE A VECES TIENDEN A EXAGERAR EN SUS CONVERSACIONES.

GENERALMENTE ESCUCHAN CON INTERÉS LAS EXPLICACIONES RESPONDIENDO ADECUADAMENTE A LAS INDICACIONES VERBALES. ES EL ESTADO EN QUE EL NIÑO YA NO PREGUNTA "QUÉ ES", SINO QUE ESTÁ MÁS INTERESADO EN EL "CÓMO" Y EL "POR QUÉ" DE LAS COSAS. EN CIERTAS SITUACIONES PUEDE VOLVERSE DESAFIANTE Y A VECES RECURRE AL USO DE MALAS PALABRAS, SIN EMBARGO, SI HA TENIDO UNA VIDA FAMILIAR FELIZ Y CON UNA DISCIPLINA Y EDUCACIÓN NORMALES, SERÁ UN PACIENTE BASTANTE COOPERATIVO.

A LOS 5 AÑOS EL NIÑO ENTRA A LA ESCUELA Y EMPIEZA A MOSTRAR INTERÉS EN LAS ACTIVIDADES DE GRUPO, ES DUEÑO DE SÍ MISMO, RESERVADO Y SU RELACIÓN CON EL AMBIENTE SE PLANTEA EN-

TÉRMINOS AMISTOSOS Y FAMILIARES. SU MUNDO ES UNO CUYO CENTRO PRINCIPAL ES DEFINITIVAMENTE LA MADRE.

A ESTA EDAD LOS NIÑOS SE ENORGULLECEN DE SUS POSICIONES DE SUS ROPAS, RESPONDIENDO POSITIVAMENTE A LOS COMENTARIOS DE SU ASPECTO PERSONAL; HALAGÁNDOLOS SOBRE SU VESTIMENTA SE PUEDE ESTABLECER UNA COMUNICACIÓN FAVORABLE GANÁNDOSE DE ESTA FORMA SU CONFIANZA.

SI EL NIÑO DE CINCO AÑOS HA SIDO BIEN PREPARADO POR SUS PADRES NO TEMERÁ A LAS NUEVAS EXPERIENCIAS COMO LAS RELACIONES DE IR AL KINDER O AL CONSULTORIO DENTAL.

EL NIÑO ESCOLAR.

EN LOS PRIMEROS PROGRESOS HACIA LA NIÑEZ EL CENTRO DE ACTIVIDAD SOCIAL ES SU CASA, DEPUÉS SE AMPLÍA HASTA EL VECINDARIO, DESPUÉS TIENE QUE ABARCAR UN ÁREA SOCIAL MÁS EXTENSA, LA ESCUELA Y LOS GRUPOS ASOCIADOS.

ES AQUÍ DONDE EL NIÑO TIENE QUE APRENDER QUE HAY MUCHAS OTRAS REGLAS QUE LAS IMPUESTAS POR LOS PADRES EN CASA.

EL SEXTO AÑO DE VIDA APROXIMADAMENTE TRAE CONSIGO CAMBIOS FUNDAMENTALES PSICOLÓGICOS Y SOMÁTICOS.

ES ESTA LA EDAD EN LA CUAL DESAPARECEN LOS DIENTES PRIMARIOS, Y APARECEN LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES.

EL NIÑO DE ESTA EDAD SE ENCUENTRA EN UNA ETAPA DE -- TRANSICIÓN QUE VA DESDE EL CICLO FAMILIAR HASTA LA SOCIEDAD - ABIERTA ESTANDO EXPUESTO A UNA TENSION ANGUSTIOSA, POR LO QUE A VECES REACCIONA MUY SENSIBLEMENTE A CUALQUIER AGRESIÓN HACIA SU INTEGRIDAD FÍSICA.

LAS TENSIONES PSÍQUICAS Y EMOCIONALES DEL NIÑO LLEGAN A ALCANZAR UN ALTO GRADO EN ESTA EDAD DESCARGANDO SUS TENSIONES POR MEDIO DE RABIETAS, GOLPEANDO A SUS HERMANOS Y AÚN A SUS PADRES.

EN ESTA ETAPA CUANDO EL NIÑO SE DA CUENTA DE LO QUE ES ÉL, EL CONCEPTO DE SÍ MISMO EMPIEZA A EMERGER Y AUNADO CON ESTO UNA CONCIENCIA. A ESTA EDAD EL NIÑO TIENDE A LOS EXTREMOS, LE RESULTA DIFÍCIL ELEGIR ENTRE DOS OPUESTOS QUE COMPITEN, VUELA RAUDO DE UNO A OTRO EXTREMO, LLORA, SU LLANTO SE CONVIERTE FÁCILMENTE EN RISA Y SU RISA EN LLANTO, ADORA LOS PREMIOS Y ESTÁ ANSIOSO DE HACER CUALQUIER COSA PARA OBTENER ESE PREMIO, ESTO ES BUENO PARA SU DESARROLLO PERSONAL Y SOCIAL.

SI ESTE NIÑO ES PREPARADO EN FORMA EDUCADA AUNQUE SE ENCUENTRE EN LA LLAMADA EDAD DE ANGUSTIA, PUEDE LLEGAR A HACER UN BUEN PACIENTE Y RESPONDER DE UNA MANERA SATISFACTORIA EN EL CONSULTORIO DENTAL.

A LOS 7 AÑOS SE PRODUCE UNA ESPECIE DE AQUIETAMIENTO. EL NIÑO DE ESTA EDAD ATRAVIESA POR PROLONGADOS PERÍODOS DE -- CALMA Y DE CONCENTRACIÓN DURANTE LOS CUALES ELABORA INTERIOR-

MENTE SUS IMPRESIONES, ABSTRÁIDO DEL MUNDO EXTERIOR.

ES UNA EDAD DE ASIMILACIÓN, SU ACTIVIDAD MENTAL ES MUCHO MÁS INTENSA Y ACTIVA DE LO QUE PUDIERA PARECER SUPERFICIALMENTE.

NO SOLO ESTÁ ADQUIRIENDO CONCIENCIA DE SÍ MISMO, SINO TAMBIÉN DE LOS DEMÁS. SU SENSIBILIDAD FRENTE A LAS ACTITUDES DE LOS DEMÁS AUMENTA CONSTANTEMENTE. COMIENZA A VER A SU MADRE DESDE UN NUEVO PUNTO DE VISTA, CONQUISTA CIERTO GRADO DE SEPARACIÓN RESPECTO A ELLA, DESARROLLANDO NUEVAS ADHESIONES A OTRAS PERSONAS.

A ESTA EDAD EL NIÑO ES TAMBIÉN MÁS REFLEXIVO, LE INTERESAN LAS CONCLUSIONES Y LOS DESARROLLOS LÓGICOS.

UTILIZA EL LENGUAJE CON MAYOR LIBERTAD Y ADAPTACIÓN. - ESTE NIÑO NECESITA SOBRE TODO, UNA ORIENTACIÓN SELECTIVA QUE HAGA JUSTICIA A LAS SUTILEZAS DE SU CAVILOSA VIDA INTERIOR. - ES DEMASIADO FÁCIL COMPRENDERLE MAL. ES MUY FÁCIL OBLIGARLE HACER LAS COSAS. NO OBSTANTE ELLO, EL NIÑO HACE MÁS CONCESIONES QUE NOSOTROS, ES SUCEPTIBLE AL ELOGIO, ES SENSIBLE A LA DESAPROBACIÓN, HASTA LLEGAR AL LLANTO.

A LOS 8 AÑOS EL NIÑO ES UNA AVERSIÓN ELABORADA DEL NIÑO DE 4 AÑOS. ES MENOS CAVILOSO Y MENOS RETRAÍDO QUE A LOS 7 AÑOS. ES MÁS RÁPIDO EN SUS PROPIAS REACCIONES Y COMPRENDE MEJOR LAS REACCIONES DE LOS DEMÁS. COMIENZA A PARECER MÁS MADURO, INCLUSO EN SU ASPECTO FÍSICO, SUTILES CAMBIOS EN LAS PRO-

PORCIONES CORPORALES PRESAGIAN YA LOS CAMBIOS MÁ S MARCADOS --
QUE ADVENDRÁN CON LA PUBERTAD.

ES MÁ S AFECTO A LOS JUEGOS BRUSCOS Y DESORDENADOS,

RECONOCE EL ABISMO EXISTENTE ENTRE EL MUNDO DEL ADUL-
TO Y SU PROPIO MUNDO Y SE ADAPTA A É L, SU SENSIBILIDAD SE AGU-
DIZA Y NO LE AGRADA QUE SE LE DIGA DIRECTAMENTE LO QUE DEBE -
HACER, PREFERE UNA SUGESTIÓN A UNA INDIRECTA.

EL NIÑO SE SIENTE FÁCILMENTE OFENDIDO, EN ESPECIAL EN
TODO AQUELLO QUE ATAÑE A SUS RELACIONES EMOCIONALES CON LA MA-
DRE. ES SENSIBLE A LA CRÍTICA SEA ABIERTA O IMPLÍCITA.

EL NIÑO DE 8 AÑOS SE RAMIFICA EN TANTAS DIRECCIONES -
DIFERENTES, QUE ES IMPOSIBLE COMPENDIAR SU DIVERSIDAD EN UNA-
SOLA FRASE.

GRANDES SON LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES, COMIENZAN A
ADQUIRIR SIGNIFICACIÓN LAS DIFERENCIAS SEXUALES. EN LOS SUTI-
LES CAMBIOS DE FISONOMÍA, EN EL ALARGAMIENTO DE LOS BRAZOS Y-
EN EL AUMENTO DE TAMAÑO DE LAS MANOS, EL NIÑO DE OCHO AÑOS --
ANUNCIA VAGAMENTE LA ADOLESCENCIA. AÚ N POSEE EN GRAN MEDIDA-
LA ATRACTIVA INGENUIDAD Y EL ABANDONO DE LA NIÑEZ, PERO YA NO
ES UN NIÑO.

EL NIÑO DE 9 AÑOS YA NO ES SIMPLEMENTE UN NIÑO, TAMPO-
CO ES UN ADOLESCENTE, 9 AÑOS ES UNA EDAD INTERMEDIA. EL NIÑO
ADQUIERE MAYOR DOMINIO DE SÍ MISMO, ASÍ COMO NUEVAS FORMAS DE

AUTOSUFICIENCIA QUE MODIFICAN PROFUNDAMENTE SUS RELACIONES -
CON LA FAMILIA, CON LA ESCUELA, CON SUS COMPAÑEROS Y CON LA -
CULTURA EN GENERAL.

LOS CAMBIOS SE PRODUCEN EN FORMA TAN SUTIL QUE, A ME-
NUDO LOS PADRES Y LOS MAESTROS NO PERCIBEN SUFICIENTEMENTE SU
IMPORTANCIA.

PERO SE TRATA DE TRANSFORMACIONES PSICOLÓGICAS TAN -
LLENAS DE CONSECUENCIAS, TANTO PARA EL NIÑO COMO PARA SU CUL-
TURA QUE MERECE MÁS ATENCIÓN.

EL NIÑO POSEE UNA CRECIENTE CAPACIDAD DE APLICAR SU -
MENTE A LAS COSAS, POR PROPIA INICIATIVA O CON SOLO LIGERAS -
SUGESTIONES POR PARTE DEL AMBIENTE Y SE MUESTRA INTERESADO EN
PERFECCIONAR SUS HABILIDADES QUE REPITE LAS COSAS UNA Y OTRA-
VEZ. EN CONSECUENCIA, EL NIÑO DE 9 AÑOS BIEN CONSTITUIDO, --
TIENDE A SER UNA PERSONA RELATIVAMENTE BIEN ORGANIZADA, POR -
LO GENERAL NO ES MUY AGRESIVO.

SU VOZ SE HA SUAVIZADO, SUS DESCARGAS TENSIONALES SON
MÁS DELICADAS Y SUS FASTIDIOS MÁS MELINDROSOS. EL NIÑO ESTÁ-
EN UN PROCESO DE INTEGRAR SU LARGO PASADO, NO EN UNA FORMA FI-
NAL SINO EN UNA FORMA INTERMEDIA. EL NIÑO TIENDE A LA ADOLES-
CENCIA.

EL NIÑO DE 10 AÑOS, GOZA DE BUEN EQUILIBRIO; PERO ES-
TÁ EN CONTACTO CON EL AMBIENTE ADULTO MEDIANTE TANTAS ADAPTA-

CIONES Y EN FORMAS DIVERSAS QUE PARECE UN ADULTO EN FORMACIÓN. EN VERDAD SU INDIVIDUALIDAD ESTÁ BIEN DEFINIDA, QUE FÁCILMENTE PUEDE CONSIDERÁRSELE COMO UN PRE-ADULTO O, AL MENOS, COMO UN PRE-ADOLESCENTE.

EL NIÑO ES DESPREOCUPADO, AUNQUE ALERTA. ES DUEÑO DE SÍ MISMO Y DE SUS HABILIDADES; HACE LAS COSAS SIN ESFUERZO; A MENUDO MUESTRA VERDADERA CAPACIDAD PARA ORGANIZAR SU TIEMPO Y SUS ENERGÍAS, SU COMPORTAMIENTO GENERAL, SUS ACTOS, SU ORIENTACIÓN RESPECTO A LA CASA ESTÁN MÁ S MODULADOS.

EL ADOLESCENTE

LAS CONSOLIDACIONES DE LOS PRIMEROS 10 AÑOS, NO SE PERDERÁN FÁCILMENTE. PERMANECERÁN COMO PARTE INTEGRAL DEL SISTEMA DE ACCIÓN DEL JOVEN EN MADURACIÓN, LA ADOLESCENCIA NO TRANSFORMA AL NIÑO SINO QUE ES UNA CONTINUACIÓN. EN ELLO RADICA LA SIGNIFICACIÓN PREVENTIVA E HIGIÉNICA DE LA INFANCIA - DE LOS AÑOS PREESCOLARES Y DEL PERÍODO DE LOS 5 A LOS 10 AÑOS.

LOS 11 AÑOS SEÑALAN INDUDABLEMENTE EL COMIENZO DE LA ADOLESCENCIA, PUES TRAEN CONSIGO UNA CANTIDAD DE SÍNTOMAS DEL PROCESO DEL CRECIMIENTO QUE EN EL CURSO DE OTRA DÉCADA HABRÁ- DE COLOCAR AL NIÑO EN LAS FRONTERAS DE LA MADUREZ.

EL ANTES COMPLACIENTE NIÑO DE 10 AÑOS, COMIENZA A MANIFESTAR FORMAS DESUSADAS DE AFIRMACIÓN DE SU PERSONALIDAD, -

DE CURIOSIDAD Y DE SOCIABILIDAD. ES INQUIETO, INVESTIGADOR, - CHARLATÁN, SE MUEVE Y RETUERCE PERMANENTEMENTE. NO LE MOLESTA EL REPOSO, PERO LE GUSTA ANDAR SIEMPRE DE UN LADO A OTRO.

CADA VEZ FORMULA MÁS PREGUNTAS SOBRE LOS ADULTOS, PUES DE DÍA EN DÍA SE LES VA PARECIENDO MÁS Y MÁS Y NO ESTÁ LEJANO EL TIEMPO EN QUE ÉL MISMO HABRÁ DE SER UNO DE ELLOS. NO LE GUSTA ESTAR SOLO Y ACUDE A TODA SUERTE DE RECURSOS Y ARTIFICIOS PARA EXPLORAR LAS RELACIONES INTERPERSONALES CON SUS PADRES Y CAMARADAS.

CON SU RUIDOSA ESPONTANEIDAD REALIZA MÚLTIPLES PROYECCIONES EN SU MEDIO PERSONAL, ALEGREMENTE INCONSCIENTE DE LO DIFÍCIL Y GROSERO QUE SE MUESTRA. EXPERIMENTA IMPULSOS Y ESTADOS DE ÁNIMO QUE NUNCA HABÍA SENTIDO ANTES. ESTÁ SUJETO A ESTALLIDOS DE RISA Y A ESTADOS DE ÁNIMO VARIABLE.

ES VERDAD QUE EL ORGANISMO SE HAYA EN PLENO PROCESO DE TRANSFORMACIÓN, Y ÉSTA NO SE LIMITA AL AUMENTO DE LA ALTURA Y PESO, SINO QUE TAMBIÉN INVOLUCRA EL SISTEMA DE ACCIÓN TOTAL DEL NIÑO.

AÚN LAS FUNCIONES FISIOLÓGICAS COMO EL CONTROL TÉRMICO, PIERDEN REGULARIDAD; LOS NIÑOS PUEDEN SENTIR DEMASIADO CALOR O DEMASIADO FRÍO, FLUCTUANDO SIEMPRE EN LOS EXTREMOS. ADEMÁS, SE FATIGA CON FACILIDAD, ESTOS NO SON SIGNOS DE SIMPLE DEBILIDAD FÍSICA, SINO QUE FORMAN PARTE DEL PROCESO DE REORGANIZACIÓN EVOLUTIVA QUE ABARCA SU CONDUCTA TOTAL.

A LOS 12 AÑOS TRAEN CONSIGO MUCHOS CAMBIOS FAVORABLES, YA QUE EN ESTA EDAD EL NIÑO ES MÁS RAZONABLE, MÁS COMPAÑERO - DE LOS SUYOS.

LA VIDA SE DESENVUELVE CON MAYOR PLACIDEZ, TANTO COMO PARA LOS NIÑOS COMO PARA LOS ADULTOS. ADQUIERE UNA NUEVA VISIÓN DE SÍ MISMO Y DE SUS COMPAÑEROS, YA SEAN O NO DE SU MISMA EDAD.

EN CIRCUNSTANCIAS FAVORABLES, UN NIÑO DE 12 AÑOS RESULTA UNA EXCELENTE COMPAÑÍA PARA CONVERSAR. ES MENOS VOLUBLE, MÁS CONTROLADO Y TIENE UN MAYOR SENTIDO DE LA AUTOCRÍTICA.

CON LA POSIBLE EXCEPCIÓN DE CIERTOS TEMORES, SU CONDUCTA EMOCIONAL COMIENZA A TENER UN CONTROL MÁS COMPLETO. POR LO GENERAL LOGRA REPRIMIR LAS LÁGRIMAS Y LA VIOLENCIA. LE ENORGULLECE SOPORTAR EL DOLOR FÍSICO SIN QUEJARSE.

ACEPTA LA DISCIPLINA JUSTA Y A VECES BUSCA INCLUSO LA AUTODISCIPLINA.

EL NIÑO DE 12 AÑOS NO ES UN ADULTO EN MINIATURA, TAMPOCO ES UNA COPIA. PERO ENCIERRA EN SÍ DIVERSAS MANERAS DE PENSAR, SENTIR, Y ACTUAR QUE PREFIGURAN NÍTIDAMENTE LA MENTALIDAD MADURA.

C A P I T U L O I I

ESTADOS EMOCIONALES

LAS EMOCIONES SON LAS VIVENCIAS AFECTIVAS RELACIONADAS CON LA SATISFACCIÓN O LA INSATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DEL HOMBRE Y LAS EXIGENCIAS DE LA SOCIEDAD.

AL CONOCER LA REALIDAD Y TRANSFORMARLA CON SU TRABAJO, EL HOMBRE REACCIONA DE UNA FORMA O DE OTRA ANTE LOS OBJETOS Y FENÓMENOS REALES, ANTE LAS COSAS, LOS ACONTECIMIENTOS, LAS OTRAS PERSONAS, Y ANTE SUS PROPIOS ACTOS Y PERSONALIDAD.

UNOS FENÓMENOS REALES LO ALEGRAN, OTROS LO ENTRISTECEN; UNOS LE MOTIVAN ADMIRACIÓN, OTROS INDIGNACIÓN; EXISTEN ALGUNOS QUE LE PRODUCEN ENOJO, OTROS LE PROVOCAN MIEDO.

LA ALEGRÍA, LA TRISTEZA, LA ADMIRACIÓN, LA INDIGNACIÓN, LA CÓLERA, EL MIEDO, ETC. SON DISTINTOS TIPOS DE VIVENCIAS EMOCIONALES, DISTINTOS TIPOS DE ACTITUD SUBJETIVA HACIA LA REALIDAD, DISTINTAS MANERAS DE SENTIR.

LA REALIDAD OBJETIVA ES EL ORIGEN DE LAS EMOCIONES.

EXISTEN DIFERENTES TIPOS DE FUNCIONAMIENTO EMOCIONAL:

REACCIONES EMOCIONALES NORMALES Y NATURALES

ESTAMOS CONSTITUIDOS EN TAL FORMA QUE DETERMINADAS SITUACIONES PROVOCAN EN LA MAYORÍA DE NOSOTROS UNA PARTICULAR REACCIÓN.

POR EJEMPLO AL DARNOS CUENTA QUE ESTAMOS ANTE UNA SITUACIÓN DE PELIGRO, INVARIABLEMENTE, EN PRIMER LUGAR TRATAMOS DE EVITARLA, Y TENEMOS MIEDO, LA FORMA ESPECÍFICA QUE ADOPTA LA REACCIÓN BAJO CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES DEPENDE DEL GRADO DE CERCANÍA E INTENSIDAD DE LA SITUACIÓN, DE LA PERSONALIDAD INDIVIDUAL, DE LA EXPERIENCIA O FALTA DE LA MISMA EN SITUACIONES SIMILARES Y UN GRAN NÚMERO DE OTROS FACTORES.

EL MIEDO FRENTE AL PELIGRO, ES NORMAL, ES UN FENÓMENO NATURAL.

LA EDUCACIÓN DE LOS NIÑOS, AYUDA A ADAPTARLOS A LA COMPLEJIDAD DEL MEDIO AMBIENTE.

REACCIONES EMOCIONALES FUERTES QUE VAN DE ACUERDO CON LA SITUACION.

EXISTEN SITUACIONES DENTRO DE LAS CUALES CIERTAS REACCIONES POR PARTE DEL NIÑO SON COMPENSIBLES Y MÁS O MENOS NORMALES.

POR EJEMPLO, QUE NO PUEDA DORMIR O NO QUIERA COMER O HABLAR CON NADIE, DESPUÉS DE LA PÉRDIDA DE UNO DE SUS PADRES-

O POR LO CONTRARIO QUE ESTÉ ACTUANDO DE UNA MANERA ANORMAL Y EXCITADO EN LA PROXIMIDAD DE SU CUMPLEAÑOS.

FUERTES TRASTORNOS EMOCIONALES QUE NO ESTAN RAZONABLEMENTE DE ACUERDO CON LA SITUACION.

PODEMOS OBSERVAR UNA FALTA DE MADUREZ EMOCIONAL E - - INESTABILIDAD EN EXPLORACIONES DRAMÁTICAS Y SIN CONTROL COM-- PLETAMENTE DESPROPORCIONADAS A LA SITUACIÓN EXISTENTE.

UNA ESCENA TORMENTOSA CON GRITOS, PATADAS Y REACCIO-- NES DESTRUCTIVAS, PUEDE SER SIMPLEMENTE PRODUCTO DE QUE LA MA DRE SE HAYA NEGADO A DARLE DIEZ CENTAVOS.

LAS RESPUESTAS EMOCIONALES SON CORRESPONDIENTES A LAS CLASES PARTICULARES DE ESTIMULACIÓN EVOCADA; COMÚNMENTE A ES-- TIMULACIÓN CONSTITUIDA POR ESTÍMULOS REFORZANTES, POSITIVOS O NEGATIVOS, QUE SON PRESENTADOS O ELIMINADOS.

M I E D O.

EL MIEDO ES EL PROBLEMA PRINCIPAL AL QUE SE ENFRENTA-- EL CIRUJANO DENTISTA PARA MANEJAR AL NIÑO, Y ES UNA DE LAS - PRINCIPALES RAZONES POR LAS QUE LAS PERSONAS DESCUIDAN SUS -- DIENTES.

AL PRINCIPIO DE LA VIDA EL NIÑO NO SE DA CUENTA DE LA NATURALEZA DEL ESTÍMULO QUE PRODUCE EL MIEDO.

AL IR CRECIENDO AUMENTA SU CAPACIDAD INTELECTUAL Y EMPIEZA A DARSE CUENTA DEL ESTÍMULO QUE LE PRODUCE EL MIEDO Y - QUE PUEDE IDENTIFICARLO.

EL NIÑO TRATA DE AJUSTARSE A ESTAS EXPERIENCIAS PERO TRATA DE HUIR SI NO PUEDE RESOLVER EL PROBLEMA DE OTRA MANERA.

SI EL NIÑO SE SIENTE INCAPACITADO PARA ENFRENTARSE A LA SITUACIÓN, EL MIEDO SE INTENSIFICA FUERA DE TODA PROPORCIÓN AL ESTÍMULO QUE LO PRODUCE.

LA NATURALEZA DE ESTA EMOCIÓN PUEDE SER UTILIZADA PARA MANTENER AL NIÑO ALEJADO DE SITUACIONES PELIGROSAS TANTO FÍSICAS COMO SOCIALES. POR LO TANTO, LA EDUCACIÓN ADECUADA DEL NIÑO NO DEBERÁ ERRADICAR EL MIEDO SINO DEBERÁ DIRIGIRLO HACIA SITUACIONES QUE EXISTEN EN LA REALIDAD Y NO EN LAS SITUACIONES EN LAS QUE EL PELIGRO NO EXISTE. DE ESTA MANERA SERVIRÁ COMO MECANISMO PROTECTOR.

MIEDO SUBJETIVO: SE ENCUENTRA BASADO EN SENTIMIENTOS Y ACTITUDES QUE HAN SIDO SUGERIDAS AL NIÑO POR OTRAS PERSONAS, SIN QUE EL NIÑO HAYA TENIDO EXPERIENCIA PERSONAL EN EL INCIDENTE.

LOS NIÑOS PEQUEÑOS SON MUY SUSCEPTIBLES A INFLUENCIAS.

EL MIEDO, TAMBIÉN PUEDE SER ADQUIRIDO POR IMITACIÓN. - ESTO ES ESENCIALMENTE CIERTO CUANDO EL NIÑO OBSERVA REACCIONES DE MIEDO EN SUS PADRES O EN ALGUIEN A QUIEN QUIERE O RES-

PETE. ESTE TIPO DE MIEDO PUEDE SER INTRODUCIDO POR LOS PADRES EN UNA FORMA INTENCIONAL.

POR LO GENERAL ES RECURRENTE Y DIFÍCIL DE ERRADICAR.

EL MIEDO CONTINÚA AUMENTANDO TODO EL TIEMPO QUE PERMANECE EN LA MENTE Y POR LO TANTO SE VUELVE MÁS INTENSO Y FUERA DE PROPORCIÓN EN RELACIÓN AL OBJETO DEL MIEDO.

EL MIEDO AL DENTISTA, EN LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS ES SUBJETIVO EN SU ORIGEN Y NO TIENE RELACIÓN DIRECTA CON EXPERIENCIAS DENTALES PREVIAS.

MIEDO OBJETIVO.- ES AQUEL PRODUCIDO POR LA ESTIMULACIÓN DIRECTA DE LOS ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS POR CONTACTO FÍSICO CON LA EXPERIENCIA Y GENERALMENTE NO SON DE ORIGEN PARENTAL.

ESTE TIPO DE MIEDO, SE MANIFIESTA COMO RESPUESTA A ESTÍMULOS QUE SE SIENTEN, VEN, OYEN, SABEN, HUELEN Y QUE SON DE NATURALEZA DESAGRADABLE.

UN NIÑO QUE HA SIDO TRATADO POR UN DENTISTA EN FORMA MUY BRUSCA Y AL QUE SE LE HA PROVOCADO DOLOR INNECESARIAMENTE, PUEDE DESARROLLAR MIEDO HACIA CUALQUIER FUTURO TRATAMIENTO. TAMBIÉN UN NIÑO QUE NO HA SIDO MANEJADO ADECUADAMENTE EN UN HOSPITAL, PUEDE TENER MIEDO HACIA LAS PERSONAS UNIFORMADAS, TAMBIÉN EL OLORES CARACTERÍSTICO DE DETERMINADO MEDICAMENTO O UN DOLOR DENTAL PUEDE SER ASOCIADO CON EL DENTISTA Y CAUSAR

TEMOR DE ESTA MANERA.

LOS PATRONES DE CONDUCTA DE MIEDO NO SON LOS MISMOS A TODAS LAS EDADES, SINO QUE VARÍAN CON EL DESARROLLO FÍSICO Y MENTAL DEL NIÑO. POR LO TANTO, LA EDAD ES UN BUEN LINEAMIENTO PARA SABER QUÉ ES LO QUE LE PRODUCE MIEDO A UN NIÑO.

DE LOS DOS A LOS TRES AÑOS DE EDAD, EL NIÑO TEME PRINCIPALMENTE A LO DESCONOCIDO Y A LO INESPERADO.

CUALQUIER ESTÍMULO INTENSO O REPENTINO LO PRODUCE EL MIEDO.

POR EJEMPLO, EL RUIDO Y LA VIBRACIÓN DEL AIR-ROTOR, - TAMBIÉN TIENE TEMOR A CAERSE Y A LOS MOVIMIENTOS INESPERADOS, POR LO TANTO SI SE LE SUBE O BAJA REPENTINAMENTE, SE ASUSTA.- ASÍ MISMO LE ASUSTAN LOS MOVIMIENTOS RÁPIDOS Y BRUSCOS DE LAS MANOS ASÍ COMO LAS LUCES BRILLANTES.

EL NIÑO EN EDAD PREESCOLAR TEME A LOS EXTRAÑOS, A LOS OBJETOS Y A LAS SITUACIONES EXTRAÑAS TAMBIÉN LO ASUSTAN.

TEME ESTAR LEJOS DE SUS PADRES Y SER ABANDONADO POR - ELLOS.

PARA UN NIÑO ACOSTUMBRADO AL RUIDO Y A LA ACTIVIDAD - DE SU CASA, LA QUIETUD DE LA SALA DE ESPERA LO PODRÁ ASUSTAR.

DE LOS CUATRO A LOS SEIS AÑOS EXISTE UNA DECLINACIÓN GRADUAL DE LOS PRIMEROS TEMORES YA QUE EL NIÑO VA ADQUIRIENDO LA HABILIDAD DE EVALUAR LAS SITUACIONES PRODUCTORAS DE MIEDO.

SE HA OBSERVADO QUE LOS NIÑOS INTELIGENTES DESPLIEGAN MÁS MIEDO QUE LOS OTROS, DEBIDO A SU CAPACIDAD DE RECONOCER - EL PELIGRO Y SU RESISTENCIA A ACEPTAR ASEVERACIONES VERBALES - SIN PRUEBAS.

DE LOS CINCO A LOS SEIS AÑOS, EL MAYOR MIEDO CONSISTE EN EL TEMOR A LA INJURIA CORPORAL. EL DOLOR TAMBIÉN PUEDE -- SER ASOCIADO CON EL CASTIGO Y POR LO TANTO SU VISITA AL DEN-- TISTA COMO UN CASTIGO POR HABERSE PORTADO MAL.

ACTITUDES EMOCIONALES TRANSITORIAS

HEMOS ESTADO REFIRIÉndonos A RESPUESTAS ADECUADAS O - INADECUADAS, RAZONABLES O IRRAZONABLES, QUE ESTÁN LIMITADAS - EN TIEMPO Y OBIAMENTE RELACIONADAS CON LA SITUACIÓN CONCRETA. SIN EMBARGO, EXISTEN REACCIONES EMOCIONALES QUE SE PRODUCEN - EN UN PERÍODO MÁS LARGO DE TIEMPO, POR LO GENERAL, NO SON DRA MÁTICAS Y NO DEPENDEN DE LA INFLUENCIA DE UNA SITUACIÓN ESPE CÍFICA; TALES REACCIONES SON ESTADOS DE MAL HUMOR, IRRITABILI DAD, BERRINCHES, ASÍ MISMO COMO TIMIDEZ Y EXTREMADA SENSIBILI DAD.

LA RELACIÓN DE ESTAS ACTITUDES TRANSITORIAS A LAS SI TUACIONES DE LA VIDA, NO SON CON FRECUENCIA, EVIDENTES A PRI MERA VISTA.

RASGOS EMOCIONALES CON MAYOR PERMANENCIA.

LAS PERSONAS DIFIEREN EN SU RECEPTIVIDAD A LOS DIFERENTES TIPOS DE SITUACIONES, EN LA FORMA E INTENSIDAD DE SU ELABORACIÓN EMOCIONAL, Y EN SU EXPRESIÓN EN LA CALIDAD Y DURACIÓN DE SUS ESTADOS DE ÁNIMO, EN OTRAS PALABRAS EN SU TEMPERAMENTO.

ENTRE LOS NIÑOS ENCONTRAMOS AL JOVEN TRANQUILO CUYAS REACCIONES SON GENERALMENTE COMPATIBLES CON SUS EXPERIENCIAS; ENCONTRAMOS A LA PERSONA EXCITABLE CUYA ÚLTIMA ACTIVIDAD O EVENTO AUMENTE SU FORMA DE RESPONDER; EL NIÑO FLEMÁTICO QUE PARECE NO INTERESARSE EN LOS SUCESOS DENTRO DE LOS QUE SE ENCUENTRA INCLUIDO; EL CHICO COMPRENSIVO QUE RESPONDE CON SIMPATÍA FRENTE AL SUFRIMIENTO DE LOS DEMÁS, QUE ES MUY CONSIDERADO CON LOS SENTIMIENTOS DE SUS PADRES Y AMIGOS O COMPAÑEROS DE JUEGO; EL CHICO FRÍO QUE NO PARECE AFECTARLE EN ABSOLUTO LO QUE LES SUCEDE A OTROS; EL NIÑO CRUEL QUE SE REGOCIJA DE LOS SUFRIMIENTOS AJENOS.

LAS REACCIONES EMOCIONALES, SON PROBABLEMENTE LAS FORMAS MEJOR ESTUDIADAS DEL FUNCIONAMIENTO HUMANO COMO UNA DEMOSTRACIÓN DE LA INTEGRACIÓN PSICO Y SOCIOBIOLÓGICA.

ES IMPOSIBLE PENSAR EN ELLAS SEPARADAS DE LA PERSONALIDAD INDIVIDUAL Y DEL CARÁCTER DE LA SITUACIÓN.

EXISTEN RESPUESTAS A LAS INFLUENCIAS DEL MEDIO AMBIENTE Y SIGNOS DE LO QUE SUCEDE EN LAS PERSONAS QUE ESTÁN RESPON

DIENDO.

EL SIGNIFICADO DE CUALQUIER TIPO DE CONDUCTA ESTÁ DE TERMINADO FUNDAMENTALMENTE POR EL MEDIO AMBIENTE EN EL QUE -- OCURRE, LA FORMA EN EL QUE EL INDIVIDUO ESTÁ INVOLUCRADO, SUS EXPERIENCIAS PREVIAS EN DICHAS SITUACIONES, LOS CONVENCIONA-- LISMOS SOCIALES, ETC.

DE LA MISMA MANERA LA RESPUESTA SE MANIFIESTA AL OB-- SERVADOR EN LA FORMA EN LA QUE ÉL DEDUCE LA NATURALEZA DE LA EXPERIENCIA DEL INDIVIDUO.

ESTO VA ACOMPAÑADO POR EL SIGNIFICADO DE LOS SUCESOS-- FISIOLÓGICOS COMPLEJOS, LOS QUE VARÍAN DE ACUERDO AL PATRÓN - EMOCIONAL Y DE ACUERDO CON SU INTENSIDAD.

POR LOS TRABAJOS DE WATSON SABEMOS QUE HASTA LOS NI-- ÑOS DE POCAS SEMANAS DE VIDA CUANDO SON AFECTADOS EN EL SENTI DO DEL MIEDO, CÓLERA O AMOR, ASUMEN CIERTAS POSTURAS CON CAM-- BIOS EN LA TONICIDAD MUSCULAR, EN LA RESPIRACIÓN Y EN LA ACTI VIDAD GENERAL.

ESTO FUE LO QUE AYUDÓ A WATSON A DESCUBRIR LAS REAC-- CIONES EMOCIONALES INFANTILES.

PUEDEN DISTINGUIRSE TRES GRADOS DE PARTICIPACIÓN SOMÁ TICA EN LAS REACCIONES EMOCIONALES.

1.- PARTICIPACIÓN FISIOLÓGICA COMO PARTE NORMAL Y NA-- TURAL DE LA REACCIÓN EMOCIONAL PSICOBIOLOGICA.

SU INTENSIDAD ES GENERALMENTE, AUNQUE NO SIEMPRE, PROPORCIONADA A LA INTENSIDAD DE LA RESPUESTA.

PUESTO QUE EL HOMBRE SE ENCUENTRA CONSTANTEMENTE FRENTE A NECESIDADES DE ADAPTACIÓN Y CON TODO TIPO DE FACTORES - QUE LO AYUDAN O INTERFIEREN EN SUS OBJETIVOS, NO ES DE ESPERARSE QUE NI AÚN DURANTE EL SUEÑO ESTÉ EMOCIONALMENTE NEUTRAL Y DE ESTA FORMA LAS TENSIONES VISCERALES ESTÁN SIEMPRE PRESENTES. EN EL CASO DE EMOCIONES MÁS PROFUNDAS ESTÁ DEMOSTRADO Y SE HA ENCONTRADO QUE MANIFIESTAN ALGÚN GRADO DE ESPECIFICIDAD DE ACUERDO CON LOS DIFERENTES PATRONES DE REACIONES EMOCIONALES.

2.- PARTICIPACIÓN FISIOLÓGICA INMEDIATA.

HASTA EN INDIVIDUOS SANOS Y ESTABLES, UNO U OTRO COMPONENTE SOMÁTICO PUEDE SALIRSE DE LA REACCIÓN TOTAL, EN UNA FORMA DESPROPORCIONADA Y GENERALMENTE DESAGRADABLE; UNA FUERTE IMPRESIÓN O DESAGRADO PUEDE IR ACOMPAÑADA DE DOLOR DE CABEZA O PÉRDIDA DEL APETITO.

UN SUSTO O MIEDO REPENTINO PUEDE TRAER CONSIGO UN DESEO DE DEFECACIÓN. LAS NÁUSEAS ACOMPAÑAN CON FRECUENCIA UN FUERTE DISGUSTO.

SIN EMBARGO ESTA PARTICIPACIÓN SOMÁTICA A LAS EMOCIONES, SE CONSIDERA NORMAL.

3.- PARTICIPACIÓN PATOLÓGICA.

UNA GRAN PARTE DE LA PSICOLOGÍA INFANTIL, COMPRENDE - UNA PARTICIPACIÓN SOMÁTICA ANORMAL, QUE LLEGA A SER DE IMPORTANCIA Y HASTA PUEDE DESEMPEÑAR UN PAPEL ESENCIAL EN LA VIDA-DEL NIÑO.

PODEMOS ENUMERAR ALGUNOS EJEMPLOS DE ESTAS MANIFESTACIONES:

PARO RESPIRATORIO, PALPITACIONES, PALIDEZ, SÍNCOPE, - ANOREXIA, CONSTIPACIÓN, DIARREA, COLAPSO, VÓMITOS Y DOLORS - DE CABEZA.

ESTAS MANIFESTACIONES DEBEN SU ORIGEN O SU REPETICIÓN A UNO O A LA COMBINACIÓN DE VARIOS DE LOS MECANISMOS QUE SE - PRESENTAN A CONTINUACIÓN.

A.- INTENSIFICACIÓN NO USUAL: ESTOS SON EL TIPO DE NIÑOS QUE DEBIDO A SU PERSONALIDAD, SU EDUCACIÓN, O EN ALGUNAS-OCASIONES AL OBSERVAR REACCIONES SIMILARES EN LOS ADULTOS, - PRODUCEN UNA REACCIÓN ORGÁNICA EXTRAORDINARIAMENTE FUERTE EN-LA PRESENCIA DE CUALQUIER AMBIENTE EMOCIONAL.

B.- INTENSIFICACIÓN HABITUAL: ES UN TIPO ESPECÍFICO - DE REACCIÓN SOMÁTICA.

EL AUMENTO CUANTITATIVO SE HACE GENERALMENTE CON LA - SUFICIENTE FRECUENCIA HASTA CONVERTIRSE EN UN HÁBITO. PUEDE-PRODUCIRSE POR LA RECURRENCIA DE SITUACIONES CONCRETAS ÚNICAS

O PUEDE SER UNA RESPUESTA REPETIDA A ALGUNA MOLESTIA MENOS -- OBVIA.

C.- UTILIZACIÓN INTENCIONAL: EL NIÑO HA APRENDIDO QUE ALGUNAS DE LAS RESPUESTAS QUE ANTERIORMENTE DESIGNAMOS SIMILARES DE ENFERMEDAD FÍSICA, PRODUCEN LA ALARMA DE SUS PADRES, O LO COLOCAN EN EL CENTRO DE ATENCIÓN DE LA CASA O EN LA ESCUELA Y LE PROPORCIONAN VENTAJAS Y PRIVILEGIOS QUE DE OTRA FORMA NO OBTENDRÍA, O HA OBSERVADO QUE CUALQUIER OTRO MIEMBRO DE LA FAMILIA HA OBTENIDO TALES BENEFICIOS DE UN SÍNTOMA, PUEDE UTILIZAR ESTA EXPERIENCIA MÁS O MENOS INTENCIONALMENTE PARA LUCHAR CON ALGO DESAGRADABLE. ÉSTE TIPO DE CONDUCTA ES GENERALMENTE UN FACTOR EN EL DESARROLLO DEL NIÑO DE TENDENCIAS HIPOCONDRIACAS.

D.- DIVERSIFICACIÓN: ALGUNAS VECES UNA REACCIÓN FISIOLÓGICA INMEDIATA QUE EN UN PRINCIPIO FUE LA EXPRESIÓN DE UN AMBIENTE DEFINITIVAMENTE EMOCIONAL, PUEDE PERDER SU ESPECIFICIDAD Y SER UTILIZADO EN SITUACIONES SIMILARES.

POR EJEMPLO, UN NIÑO SE CAE DE UNA SILLA Y CONTIENE LA RESPIRACIÓN POR MIEDO, MÁS TARDE PUEDE UTILIZAR ESTA MISMA REACCIÓN PARA DEMOSTRAR ENOJO.

E.- AUTOMATIZACIÓN: LOS CONCOMITANTES DEL CUERPO PUEDEN SER EN ALGUNOS CASOS TAN FRECUENTES, TAN DOMINANTES Y TAN SEPARADOS DE LA EMOCIÓN ORIGINAL, QUE CESAN EN FUNCIÓN DE SER SIGNOS ESPECÍFICOS DE RESPUESTA A AMBIENTES CIRCUNSTANCIALES,-

PARA EL OBSERVADOR CASUAL, LE PUEDE PARECER QUE TIENE UNA --
EXISTENCIA INDEPENDIENTE, SIN QUE TENGA NINGUNA CONEXIÓN OB--
VIA O SUGESTIVA.

ES POR ESO QUE ALGUNOS FISIÓLOGOS ENCUENTRAN DIFICUL--
TAD EN DARLE UN SIGNIFICADO PSICBIOLÓGICO A REACCIONES QUE -
SE CONSIDERAN DENTRO DE ESTA CATEGORÍA.

TEMOR

ALGUNOS TEMORES SON DE NATURALEZA IRRACIONAL, JERSA--
LID HA ESTUDIADO LAS EXPERIENCIAS DEL MIEDO, HA ENCONTRADO --
QUE NO HAY RELACIÓN ENTRE ESTOS TEMORES Y LAS PEORES EXPE--
RIENCIAS QUE SE HAN TENIDO.

AL DESARROLLARSE LAS CAPACIDADES IMAGINATIVAS, EL MIE--
DO IMAGINARIO SE HACE MÁS INTENSO.

LOS TEMORES IMAGINARIOS AUMENTAN CON LA EDAD Y EL DESA--
RROLLO MENTAL. PUEDE DECIRSE, QUE LOS TEMORES DE NATURALEZA
SUBJETIVA SON COMPLETAMENTE IMPREVISIBLES.

EN UN MOMENTO DADO UN DETERMINADO ESTÍMULO O SITUA--
CIÓN PUEDE NO PRODUCIR RESPUESTA ALGUNA, MIENTRAS QUE EN OTRO
MOMENTO SE PRESENTARÁ EL MIEDO A PESAR DE QUE NO HA INTERVENI--
DO ALGUNA EXPERIENCIA TRAUMÁTICA.

SEGURIDAD

LA SEGURIDAD ES UNO DE LOS ESTADOS EMOCIONALES MÁS -- SIGNIFICATIVOS. ESTÁ BASADA EN LA ANTICIPACIÓN DE SITUACIO-- NES QUE PODRÍAN INTERFERIR EN LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDA DES Y CON LA LIBRE EXPRESIÓN DE LAS DIFERENTES TENDENCIAS DE LA PERSONA.

SE DESEA LA SEGURIDAD ECONÓMICA, LA SEGURIDAD PARA LA FAMILIA, LA SEGURIDAD DE OCUPACIÓN; DE ACEPTACIÓN Y DE AMOR.

POR SUPUESTO QUE EL NIÑO NO ESTÁ RELACIONADO CON LOS- PROBLEMAS ECONÓMICOS Y OCUPACIONES; EL EFECTO Y LA ACEPTACIÓN SON LAS FUENTES PRINCIPALES DE SU SEGURIDAD.

EL CONCEPTO DE SEGURIDAD ES LA ESENCIA DE UNA TEORÍA- DE ACCIÓN: LA SEGURIDAD SE CONVIERTE EN ALGO IMPORTANTE SI DE CIDIMOS OBSERVAR UN ORGANISMO QUE SE ESFUERZA PARA OBTENER LA SEGURIDAD O RESISTIR PARA APACIGUAR LAS TENCIONES INHERENTES- A LA INSEGURIDAD AMBIENTAL O INTERPERSONAL.

LA TEORÍA PARECE INTEGRAL A TEORÍAS DE ESTADOS AFECTI VOS: LA FELICIDAD ESTÁ RELACIONADA CON LA SEGURIDAD Y LA INFE LICIDAD CON LA FALTA DE ELLA.

DE ACUERDO CON LAS OBSERVACIONES HECHAS EN NIÑOS PE-- QUEÑOS CUANDO LAS MADRES ESTABAN PRESENTES EL NIÑO SE SENTÍA- SEGURO, LA SEGURIDAD DISMINUYE CON LA AUSENCIA DEL ADULTO EN- PROPORCIÓN DIRECTA A LA DEPENDENCIA QUE TIENE EL NIÑO RESPEC-

TO A DICHO ADULTO.

EL REQUISITO MÁS SEGURO QUE PUEDE DARSE PARA LA SEGURIDAD DE NIÑOS JÓVENES QUE SE ENFRENTAN A MEDIOS AMBIENTES -- DESCONOCIDOS O NO FAMILIARES ES LA PRESENCIA DE UN ADULTO CON EL QUE ESTÁ FAMILIARIZADO Y CUYO PODER PROTECTOR SEA CONOCIDO.

ESTAS OBSERVACIONES FUERON FUERTEMENTE APOYADAS POR FREUD Y BURLINGHAM, LOS QUE HICIERON OBSERVACIONES EN LOS ORFANATORIOS DE HAMPSTEAD EN LONDRES TAMBIÉN OBSERVARON QUE LOS NIÑOS MOSTRABAN INSEGURIDAD AL SER APARTADOS DE SUS MADRES, AUN EN LOS CASOS QUE ELLAS ERAN MALHUMORADAS Y A VECES HASTA CRUELES, DE ESTO CONCLUYERON: "EL VÍNCULO DE LOS NIÑOS PEQUEÑOS - CON SU MADRE, PARECE SER EN ALTO GRADO, INDEPENDIEMENTE DE LAS CUALIDADES PERSONALES Y SIN DUDA DE LAS HABILIDADES EDUCACIONALES".

PODEMOS DECIR QUE LA SEGURIDAD DEL NIÑO DESCANSA EN -- TRES PILARES IMPORTANTES:

A.- AFECTO: SE TARDÓ UN TIEMPO EN ACEPTAR QUE EL GENUINO AFECTO DE LOS PADRES HACIA SUS HIJOS ES MUY IMPORTANTE PARA QUE EL DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO SEA ADECUADO, COMO UNA BUENA ALIMENTACIÓN ES NECESARIA PARA UN BUEN DESARROLLO FÍSICO.

NO EXISTE NINGUN SUBSTITUTO PARA EL AFECTO.

B.- APROBACION: EL AFECTO INCLUYE LA ACEPTACIÓN. ESTO NO DEBE INTERPRETARSE PENSANDO QUE LOS PADRES DEBERÁN CEGARSE--

Y ACEPTAR TODO LO QUE HAGA SU HIJO, SIMPLEMENTE DEBERÁ ACEPTARSE AL NIÑO.

c.- CONSISTENCIA: DENTRO DE LAS INCERTIDUMBRES QUE INTERFIEREN CON EL SENTIMIENTO DE INSEGURIDAD SE ENCUENTRAN METAS E IDEALES PROPIOS, LAS HABILIDADES, LAS RELACIONES CON -- LOS DEMÁS Y LA ACTITUD QUE NO DEBE TOMAR FRENTE A LOS DEMÁS.

LA CONSISTENCIA SE ADQUIERE DE LA RELACIÓN CON LOS PADRES, ES DECIR SE INICIA EN CASA, DONDE DÍA A DÍA SE ADQUIERE EL PATRÓN DE CONDUCTA.

C A P Í T U L O I I I

CONDUCTA DEL NIÑO HACIA EL DENTISTA Y TRATAMIENTO DENTAL

EL NIÑO EXPERIMENTA HACIA EL TRATAMIENTO DENTAL TEMORES Y ANSIEDADES QUE SON IMPORTANTES, UNO DE LOS PRINCIPALES-OBJETIVOS DE LA ODONTOPEDIATRÍA CONSISTE EN AYUDAR AL NIÑO A REDUCIR ESTOS TEMORES, DE TAL MANERA QUE ADOpte UNA ACTITUD POSITIVA HACIA LA ACEPTACIÓN Y EL MANTENIMIENTO DE SU SALUD DENTAL.

SIN EMBARGO, LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DE ESTADOS DE TENSIÓN EN EL AMBIENTE DENTAL, NO NECESARIAMENTE IMPLICA LA PRESENCIA DE ALGÚN TRAUMA PSICOLÓGICO DEL NIÑO.

DE UNA MANERA GENERAL, SE HAN OBSERVADO EN EL CONSULTORIO LOS SIGUIENTES PATRONES DE CONDUCTA:

EL NIÑO TÍMIDO, RETRAÍDO O VERGONZOSO.

ESTE CHICO ES FÁCIL DE RECONOCER, ESCONDE SU CARA EN LA FALTA DE SU MADRE O MIRA AL SUELO CUANDO SE LE HABLA.

RESPONDE CON RESPUESTAS CORTAS Y SIN COMENTARIOS Y -- PRESENTA FALTA DE COOPERACIÓN. ESTA REACCIÓN ES COMÚN EN CHI

COS DE EDAD PREESCOLAR SOBRE TODO SI NO FUERON A UNA ESCUELA-MATERNAL O JARDÍN DE NIÑOS. GENERALMENTE NO SON TÍMIDOS LOS NIÑOS QUE HABITAN EN GRANDES CIUDADES.

EL NIÑO TÍMIDO PUEDE ADOPTAR ESTA ACTITUD POR GRAN NÚMERO DE RAZONES:

- FALTA DE AFECTO POR PARTE DE LOS PADRES.
- FALTA DE OPORTUNIDADES DE CONOCER A OTRAS PERSONAS FUERA DE SU MEDIO AMBIENTE FAMILIAR.
- SER HIJO ÚNICO.
- PADRES AUTORITARIOS O PERFECCIONISTAS.

ESTE GRUPO TAMBIÉN INCLUYE AL NIÑO EMOCIONAL Y PSICOLÓGICAMENTE INMADURO.

LA ASISTENTE Y EL DENTISTA DEBERÁN CANALIZAR TODOS SUS ESFUERZOS PARA LOGRAR QUE TANTO EL NIÑO COMO SUS PADRES SE SIENTAN AGUSTO EN EL CONSULTORIO.

EN ESTOS CASOS Y EN LAS PRIMERAS CITAS SE PERMITIRÁ QUE LA MADRE PERMANEZCA EN EL CONSULTORIO DENTAL.

DEBERÁ HABLARLE AL NIÑO POR SU NOMBRE Y AVERIGUAR SI TIENE ALGÚN PASATIEMPO, MASCOTA, JUGUETE O PROGRAMA DE TELEVISIÓN QUE LE AGRADE ESPECIALMENTE.

SE LE DARÁ TIEMPO PARA IR VENCRIENDO SU TIMIDEZ SI NO PRESENTA TEMOR Y NO DEBERÁ FORZÁRSELE A RESPONDER A NUESTRAS-

PREGUNTAS.

SI EL NIÑO ES TÍMIDO Y ADEMÁS TIENE MIEDO, DEBEREMOS HACER TODO LO POSIBLE POR CANALIZAR SUS TEMORES.

EL NIÑO INCORREGIBLE O DEMASIADO MIMADO.

ESTE ES EL TIPO DE NIÑOS QUE LUCHAN, PATEA, SE TIRA AL SUELO, HACE BERRINCHES, Y OTRA DOCENA DE COSAS PARA TRATAR DE CONVENCER AL DENTISTA O A SUS PADRES DE QUE LO SAQUEN DEL CONSULTORIO.

EL MANEJO DE ESTE NIÑO DESDE LA PRIMERA CITA ES MUY IMPORTANTE, SE LE DEBERÁ HACER EL TRATAMIENTO PLANEADO PARA ESA CITA O CUANDO MENOS INICIARLO, HAGA LO QUE HAGA, PUES DE OTRA MANERA REPETIRÁ SUS BERRINCHES, YA QUE SABE LE DARÁN BUEN RESULTADO.

EL NIÑO DESAFIANTE.

GENERALMENTE ESTA ACTITUD LA PRESENTAN NIÑOS QUE HAN SIDO SOBREPOTEGIDOS POR SUS PADRES Y DESAFÍAN LA AUTORIDAD DEL DENTISTA NEGÁNDOSE A ABRIR LA BOCA O DICIENDO QUE NO NECESITAN QUE SE LES HAGA NADA O QUE NO LES IMPORTA LA SALUD DE SUS DIENTES.

GENERALMENTE SU DESAFÍO ES FANFARRONERÍA Y EL ODONTÓLOGO DEBERÁ IMPONER LA DISCIPLINA PARA LOGRAR SU COOPERACIÓN.

EL NIÑO CON MIEDO.

YA EN EL CAPÍTULO II DEL PRESENTE TRABAJO SE HABLA --

DEL ORIGEN Y MANIFESTACIÓN DEL MIEDO, AQUÍ BÁSTENOS DECIR QUE ES OBLIGACIÓN DEL DENTISTA DARLE CONFIANZA AL PEQUEÑO POR MEDIO DE SU ACTITUD Y EVITAR PROVOCARLE CONFIANZA AL PEQUEÑO -- POR MEDIO DE SU ACTITUD Y EVITAR PROVOCARLE MOLESTIAS O DOLORES INNECESARIOS, HAY QUE DECIRLE AL NIÑO QUE SE LE ESTÁ AYUDANDO A OBTENER Y CONSERVAR UNA BUENA SALUD DENTAL.

FORMAS DE RESISTENCIA HACIA EL TRATAMIENTO DENTAL.

EXISTEN DOS FORMAS DE RESISTENCIA HACIA EL TRATAMIENTO DENTAL:

- FORMA ACTIVA, QUE SON TODAS LAS MANIFESTACIONES DE AGRESIVIDAD, PATALEO, BERRINCHES, LLORIQUEOS, GRITOS, ETC.

- FORMA PASIVA, ÉSTA CONSISTE EN QUE EL NIÑO DESEA ESTAR ESCUPIENDO, TOSIENDO, PIDE PERMISO PARA IR AL BAÑO, VOMITA, HABLA SIN CESAR, ETC.

EL DENTISTA DEBERÁ TRATAR DE EVITAR ESTOS SUBTERFUGIOS Y EXPLICAR AL NIÑO LA NECESIDAD DE QUE OBEDEZCA NUESTRAS ÓRDENES.

LA CONDUCTA DEL NIÑO, ES POR LO GENERAL O CUANDO MENOS AL PRINCIPIO, AGRESIVA O RETRAÍDA; ES NUESTRO DEBER CAMBIAR ESA CONDUCTA PARA QUE EN CITAS SUBSECUENTES NO TENGAMOS PROBLEMAS EN EL TRATO DE ESTE NIÑO.

EL PEQUEÑO VE AL DENTISTA COMO UN EXTRAÑO Y A VECES -

COMO ENEMIGO, YA SEA POR EXPERIENCIAS QUE LE HAN PLATICADO Y QUE POR LO GENERAL SON NOCIVAS; A ESTO SE DEBE QUE REGULARMENTE NIÑOS CON ESTOS PROBLEMAS PRESENTEN RESPUESTAS EXAGERADAS EN PROPORCIÓN AL ESTÍMULO QUE SE LE PRODUCE; ES POR ESO QUE NO SE DEBE ABORDAR A UN NIÑO ODONTOLÓGICAMENTE HABLANDO, SIN ANTES HABER GANADO SU CONFIANZA Y QUE SE PONGA EN NUESTRAS MANOS CON LA CREENCIA DE QUE NOSOTROS LE VAMOS A HACER EL TRATAMIENTO MEJOR QUE NADIE Y CON LAS MÍNIMAS MOLESTIAS, Y NO SÓLO HACERLO QUE LO CREA, SINO TRATAR DE LOGRARLO, ESTO ES POSIBLE DEPOSITANDO EN CADA NIÑO NUESTROS MEJORES CONOCIMIENTOS, CONCIENCIA PROFESIONAL Y HUMANITARIA, PENSANDO SIEMPRE QUE EL NIÑO ESTÁ PONIENDO SU SALUD EN NUESTRAS MANOS, AUNQUE ÉL ASÍ NO LO PIENSE DIRECTAMENTE.

NO SE PUEDE HABLAR DE LA CONDUCTA DEL NIÑO COMO GENERALIDAD, YA QUE CADA NIÑO TIENE SU MANERA DE SER, DEPENDIENDO DE SU SITUACIÓN GEOGRÁFICA, ANÍMICA, ECONÓMICA, ETC.

ES POR ESTO QUE UN NIÑO QUE EN UNA CITA ANTERIOR SE PORTÓ MUY BIEN, A CAUSA DE CUALQUIER PROBLEMA OCASIONADO ANTES DE LA CITA ACTUAL, PUEDE CAMBIAR SU PATRÓN DE CONDUCTA PARA CON EL DENTISTA O TRATAMIENTO DENTAL, EL DENTISTA EN EL CASO QUE DICHO CAMBIO SEA NEGATIVO DEBE LLEGAR AL FONDO DEL PROBLEMA QUE AQUEJA AL NIÑO Y TRATAR DE SOLUCIONARLO PARA LOGRAR QUE LA CITA QUE FUERA UN DESASTRE, SEA TODO UN ÉXITO.

LOS PROBLEMAS QUE PUEDEN VARIAR LA CONDUCTA DEL NIÑO,

SON INFINIDAD Y A VECES APARENTEMENTE SIN IMPORTANCIA, PORQUE AUNQUE A SUS PADRES O A NOSOTROS MISMOS ASÍ NOS LO PAREZCA, - PARA EL NIÑO ESE PROBLEMA INSIGNIFICANTE PUEDE SER TRASCENDENTAL, PORQUE SE LE HAYA ROTO UN JUGUETE FAVORITO, O A CAUSA DE LA MUERTE DE SU PERRITO O UN REGAÑO FUERTE QUE LE DIO SU PADRE POR UNA COSA QUE ÉL NO HIZO.

EN ALGUNOS NIÑOS CON PROBLEMAS EMOCIONALES DEBERÁN -- POSPONERSE TEMPORALMENTE LAS SESIONES.

POR EJEMPLO, EL NIÑO DE CUATRO O CINCO AÑOS QUE TIENE PROBLEMAS EMOCIONALES PARA ADAPTARSE ALA ESCUELA O AL JARDÍN-DE NIÑOS SE DEBE RETRASAR SU PRIMERA VISITA DENTARIA HASTA -- QUE SE HAYA ACLIMATADO AL AMBIENTE DE LA ESCUELA. LA LLEGADA DE UN HERMANITO, EL TRASLADO A OTRO AMBIENTE O LA MUERTE DE -- UN FAMILIAR PRÓXIMO PUEDEN CREAR PROBLEMAS EMOCIONALES QUE HACEN CONVENIENTE UN APLAZAMIENTO EN LA PRESENTACIÓN DEL PREESCOLAR AL DENTISTA.

LOS TRASTORNOS EMOCIONALES SON FRECUENTES EN LOS HI--JOS DE PADRES DIVORCIADOS O EN LOS NIÑOS ADOPTADOS. EN ESTOS NIÑOS SON DE PREVER PROBLEMAS DURANTE EL TRATAMIENTO.

ASÍ TAMBIÉN PODREMOS MENCIONAR A LOS NIÑOS EN EDAD -- PREESCOLAR CON ANTECEDENTES DE CUIDADOS MÉDICOS FRECUENTES, - SUELEN TRANSFERIR SUS REACCIONES FAVORABLES O DESFAVORABLES - RESPONDIENDO DE MANERA SIMILAR A LAS EXPERIENCIAS DENTALES.

POR EJEMPLO, LOS PEQUEÑOS QUE SON ALÉRGICOS O ASMÁTICOS SUELEN SER BUENOS PACIENTES DENTALES PORQUE ESTÁN ACOSTUMBRADOS A LOS MÉDICOS. SIN EMBARGO TAMBIÉN PUEDE OCURRIR LO CONTRARIO, YA QUE TALES NIÑOS PUEDEN RESULTAR PACIENTES DENTALES DIFÍCILES PRECISAMENTE PORQUE HAN SIDO TRATADOS INFINIDAD DE VECES POR ESTE TIPO DE PROFESIONALES.

LOS QUE HAN PADECIDO ENFERMEDADES LARGAS O HAN ESTADO HOSPITALIZADOS PUEDEN TENER MIEDO A LAS JERINGAS O A QUE LES HAGAN DORMIR. MUCHOS NIÑOS NO SABEN DISTINGUIR LOS DIFERENTES TIPOS DE DOCTORES Y UNA VISITA AL DENTISTA PUEDE HACERLES PENSAR QUE LES VAN A INYECTAR O ADMINISTRARLES UN ANESTÉSICO-GENERAL.

EL DENTISTA TIENE QUE COMPRENDER QUE LOS NIÑOS QUE HAN TENIDO ACCIDENTES LO SALUDEN CON TEMOR. MUCHOS TRATAMIENTOS DE NIÑOS VÍCTIMAS DE TRAUMATISMOS SE REALIZAN EN LA SALA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL, Y TALES EXPERIENCIAS SUELEN RESULTAR INTENSAMENTE TRAUMÁTICAS DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOLÓGICO.

POR LO CONTRARIO LAS EXPERIENCIAS HOSPITALARIAS LIBRES DE DOLOR, O SATISFACTORIAS DESDE EL PUNTO DE VISTA EMOTIVO PREPARAN A LOS PEQUEÑOS PACIENTES PARA QUE ACEPTEN EL TRATAMIENTO DENTAL.

EL ODONTÓLOGO DEBE CONOCER LOS MIEDOS DE UN NIÑO ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO. HA DE OBTENER ESTA INFORMA-

CIÓN PARA PODER PREDECIR LA REACCIÓN INFANTIL BASÁNDOSE EN LA HISTORIA CLÍNICA GENERAL. SI EL DENTISTA TIENE CONOCIMIENTO DE UNA EXPERIENCIA MÉDICA TRAUMÁTICA PREVIA, PUEDE ORGANIZAR SESIONES INICIALES CORTAS DURANTE LAS CUALES REALIZARÁ LAS MANIOBRAS NO TRAUMÁTICAS O DEJARÁ QUE EL NIÑO SE FAMILIARICE -- CON LOS APARATOS DENTALES.

MUCHOS NIÑOS SE DAN CUENTA DE QUE EL DENTISTA ES DIFERENTE AL MÉDICO Y SUPERAN PRONTO SUS TEMORES.

ALGUNAS VECES LOS PADRES SE DAN CUENTA DE LOS TEMORES EXCESIVOS DEL NIÑO Y, AUNQUE CONOCEN LA CAUSA, RETRASAN EL MOMENTO DE LLEVAR EL NIÑO AL CONSULTORIO PARA EL TRATAMIENTO DENTARIO CON EL FIN DE EVITAR NUEVAS SITUACIONES DESAGRADABLES.

SE DEBE ANIMAR A LOS PADRES A QUE TRAIGAN AL NIÑO TEMEROSO AL DENTISTA, PORQUE LOS MIEDOS NO DESAPARECEN ESPONTÁNEAMENTE, SINO QUE IRÁN EN AUMENTO A MEDIDA QUE EL NIÑO SE HAGA MAYOR, A MENOS QUE SEAN COMBATIDOS DIRECTA E INTELIGENTEMENTE TANTO POR LOS PADRES COMO POR EL DENTISTA.

C A P I T U L O I V

CONSIDERACIONES PRACTICAS PARA EL MANEJO DE CONDUCTA

LOGRAR LA CONFIANZA DEL NIÑO.

EXISTEN VARIAS FORMAS POR MEDIO DE LAS CUALES PODEMOS LOGRAR OBTENER LA CONFIANZA DEL NIÑO, MUCHOS ODONTOPEDIATRAS RECOMIENDAN ENSEÑARLES EL MANEJO DE ALGUNOS DE NUESTROS INSTRUMENTOS PARA OBTENER SU CONFIANZA, Y A ESTO SE LE LLAMA "JUGAR AL DENTISTA", LO CUAL CONSISTE EN DEDICAR UNOS MINUTOS A QUE EL NIÑO ASUMA EL PAPEL DE ESTOMATÓLOGO Y ACCIONE PALANCAS, UTILICE EL ESPEJITO Y EMPLEE EL INSTRUMENTAL EN GENERAL. ESTA TÉCNICA ES BUENA PUES RELACIONA AL NIÑO CON EL OBJETO DE SUS TEMORES; PERO ESTO NO ES LO ÚNICO, NI CONSTITUYE LA FÓRMULA PARA RESOLVER SUS CONFLICTOS Y ANSIEDADES, JUGAR AL DENTISTA CONSTITUYE UN PUNTO DE PARTIDA, UN ELEMENTO DE COMIENZO O APROXIMACIÓN, PERO NADA MÁS. ES PRECISO A PARTIR DE AHÍ PERCIBIR MUY SUTILMENTE LAS CARACTERÍSTICAS DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO: SI ES TÍMIDO, AGRESIVO, PENOSO, DESENVUELTO, OBE--DIENTE, DESOBEDIENTE.

TODO ELLO PERMITE AL ODONTÓLOGO SABER QUE ESPERAR DE ÉL Y MANEJAR HÁBILMENTE SUS CARACTERÍSTICAS. PERO NO DEBE--

MOS USAR ESTE PROCEDIMIENTO CON LOS NIÑOS VOLUNTARIOSOS QUE QUIERAN TOCARLO TODO.

CON ESTO PERDEMOS TIEMPO Y A LA VEZ NOS EXPONEMOS A LA ROTURA DE INSTRUMENTOS.

EL EXCESO DE CONFIANZA EN LOS NIÑOS ES UN FRACASO POR QUE CUANDO LLEGA EL MOMENTO DE TRABAJAR EL NIÑO SE SIENTE FRAUDADO, Y EN VEZ DE SER BUEN COOPERADOR RESULTA UN MAL PACIENTE.

ESTE INCIDENTE ES RESULTADO DE LOS DEFECTOS EDUCACIONALES, DEBIDO A UN HOGAR DESEQUILIBRADO, DEBEMOS POR LO TANTO DE TENER TACTO AL HACER USO DE DICHO MÉTODO PARA EVITAR EL FRACASO EN EL MANEJO DE LOS NIÑOS QUE NO SIEMPRE REACCIONAN DE IGUAL MODO, DEBEMOS CUIDARNOS DE LAS SENSIBILIDADES INFANTILES QUE CASI SIEMPRE CONDUCEN A PERDER LA BATALLA EN SU PRIMERA FASE.

SE HAN TRATADO NIÑOS A LOS CUALES LA CONFIANZA Y LAS HISTORIETAS HAN DADO BUEN RESULTADO. OTROS DESPUÉS DE GANAR LA CONFIANZA SE TORNAN EN PACIENTES NO COOPERADORES, ESTO EXPLICA POR QUÉ ALGUNOS ODONTOPEDIATRAS RECOMIENDAN HABLARLE AL NIÑO LO MENOS POSIBLE, OTROS EXAGERAN USANDO MÁS SEÑAS QUE PALABRAS Y CONSIDERAN BIEN QUE SE LES LLAME POR SU NOMBRE Y SE LES HABLE DE ALGO QUE PUEDA DESPERTAR ALGUNA CURIOSIDAD.

SE RECOMIENDA QUE EL TRATO SEA SUAVE Y AMABLE, ANTES-

DE TOMAR CUALQUIER INSTRUMENTO DENTAL, PARA EMPEZAR A HACER - EL EXAMEN PRELIMINAR ES VENTAJOSO HACER ALGUNA CLASE DE CUMPLIDO, LO QUE ROMPE LA BARRERA QUE PUEDA EXISTIR ENTRE EL PACIENTE-ODONTÓLOGO.

SE DEBE EXAMINAR LA BOCA DEL NIÑO CON SUAVIDAD Y DELICADEZA, HAY QUE USAR UN TOQUE MUY LIGERO CUANDO SE COLOQUEN - LOS DEDOS O EL ESPEJO ORAL, NO SE DEBE COMENZAR DE INMEDIATO INTRODUCIENDO EL EXPLORADOR. DEBEMOS CONSERVAR UNA VOZ MODULADA, CON ESTO SE CONSIGUE QUE EL PACIENTE SE RELAJE CON PALABRAS Y SUGESTIONES, NO DEBEMOS MOSTRARNOS IRRITABLES POR ALGO QUE VEAMOS EN LA BOCA. SE RECOMIENDA, POR LO TANTO LO SIGUIENTE:

- RECIBIR AL PACIENTE CON UNA SONRISA SINCERA.
- RECORDAR EL NOMBRE DEL PACIENTE.
- TRATAR AL PACIENTE CON DELICADEZA DURANTE LA EXPLORACIÓN DE LA BOCA.
- DECIRLE ALGÚN CUMPLIDO ANTES DE OBSERVAR LA CAVIDAD ORAL.
- USAR PALABRAS QUE LE SUGIERAN RELAJACIÓN Y CONFIANZA.
- AL DESPEDIR AL PACIENTE DEBEMOS ALENTARLO PARA QUE REGRESE POR SU FUTURO TRATAMIENTO.

PREMIOS PARA EL NIÑO

CUANDO AL NIÑO SE LE OTORGA UN PREMIO POR SU BUENA -- CONDUCTA O BIEN POR SU RENDIMIENTO ESCOLAR, DETERMINAMOS QUE SU ÉXITO SE REFUERZA CON LA GRATIFICACIÓN. LO MISMO SUCEDE - CON EL CASTIGO ANTE UNA MALA CONDUCTA.

EN LOS PROCESOS DE APRENDIZAJE EL CASTIGO Y LA RECOM- Pensa SON BÁSICOS. EXISTEN MUCHOS TIPOS DE RECOMPENSA PARA - LOS PACIENTES QUE SE PORTAN BIEN, UNA DE LAS RECOMPENSAS QUE - MÁS BUSCA EL NIÑO ES LA APROBACIÓN DEL DENTISTA, POR LO TANTO, ÉSTE DEBE DE RECONOCER LA CONDUCTA EJEMPLAR DEL NIÑO.

EL ODONTÓLOGO SABRÁ MANEJAR CONSIENTEMENTE LOS PRE- MIOS Y LOS CASTIGOS. ESTO SIGNIFICA PREMIAR SIEMPRE LA CON-- ducta FAVORABLE Y NO PREMIAR LA DESFAVORABLE. CUANDO EL NIÑO VE QUE EL MAL COMPORTAMIENTO NO CONDUCE AL PREMIO ABANDONARÁ- ESA CONDUCTA.

ES IMPORTANTE COMPRENDER QUE SI LAS RECOMPENSAS O PRE- MIOS SE DISTRIBUYEN AUTOMÁTICAMENTE, ESTO PUEDE LLEARNOS AL - ERROR DE REFORZAR EL LLANTO O EL GRITO.

LA SORPRESA DEBE OTORGARSE SOLO CUANDO EL NIÑO MUES-- TRA ALGÚN ÉXITO EN EL MANEJO DE SU ANSIEDAD. CUANDO EL NIÑO- SEA BUEN PACIENTE HAY QUE DECÍRSELO, ÉSTO IMPONDRÁ UNA META A SU COMPORTAMIENTO FUTURO.

EXISTEN MUCHAS VARIETADES DE REGALOS, ALGUNOS ODONTÓ-

LOGOS DAN PEQUEÑOS OBJETOS O JUGUETES, MUCHOS DAN CUPONES PARA COMPRAR HELADOS EN ALGUNA TIENDA CERCANA, OTROS DENTISTAS-COLOCAN UN COFRE CON REGALOS Y LOS NIÑOS QUE SE PORTAN BIEN - PASAN POR SU TESORO.

HAY GRAN VARIEDAD DE RECOMPENSAS, PERO LO QUE IMPRESIONA FAVORABLEMENTE AL NIÑO, ES EL QUE SE LE RECONOZCA SU MÉRITO DE PORTARSE MUY BIEN.

ES CONVENIENTE DISTINGUIR ENTRE SOBORNO Y RECOMPENSA-LA LÍNEA DIVISORIA EN REALIDAD ES MUY TENUE.

RECOMPENSAR ES RECONOCER QUE HUBO BUEN COMPORTAMIENTO DESPUÉS DE QUE SE TERMINE LA OPERACIÓN, SIN QUE ANTERIORMENTE SE HUBIERA PROMETIDO.

SOBORNAR ES ADMITIR QUE EL DENTISTA NO PUEDE MANEJAR-LA SITUACIÓN, Y SI EL NIÑO ES PERCEPTIVO PRONTO SE APROVECHARÁ Y SEGUIRÁ PORTÁNDOSE MAL PARA OBTENER MÁ S OBORNOS Y CONCE SIONES.

RELACION MADRE-DENTISTA-

¿QUÉ ES LO QUE FALTA EN LA RELACIÓN ENTRE DENTISTAS Y MADRES? LO QUE SUCEDE RESPECTO DE ESTA CUESTIÓN ES QUE LOS -DENTISTAS PUEDEN FALLAR EN AYUDAR A ENTENDER A LOS PADRES DE-LA IMPORTANCIA QUE SE LE DEBE DE DAR AL TRATAMIENTO DENTAL.

QUIZÁS, SI LOS DENTISTAS PUDIERAN VER QUE MUCHAS MADRES QUIEREN APRENDER, Y LAS MADRES ESTUVIERAN CONVENCIDAS DE QUE MUCHOS DENTISTAS ESTÁN DESEOSOS DE HABLAR CON ELLAS, HABRÍA UN ENTENDIMIENTO MUTUO Y SE ESTABLECERÍA LA COOPERACIÓN.

EXISTEN TRES ÁREAS QUE INTERVIENEN PRIMORDIALMENTE EN LA RELACIÓN DENTISTA-MADRE:

- COMUNICACIÓN.
- ENTENDIMIENTO.
- EDUCACIÓN.

-COMUNICACIÓN.- LA CARENCIA DE COMUNICACIÓN ENTRE DENTISTAS Y MADRES ES EL PROBLEMA BÁSICO.

ALGUNOS DENTISTAS SE CONSIDERAN MUY OCUPADOS PARA TENER TIEMPO DE CONSULTAR CON LAS MADRES EN UNA SESIÓN INFORMATIVA, DESPUÉS DEL EXAMEN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

LAS MADRES TIENEN UN CONTACTO LIMITADO CON LOS DENTISTAS, SU RELACIÓN ES CON LAS ASISTENTES.

LAS MADRES PUEDEN SENTIR ENTONCES QUE LOS DENTISTAS - ESTÁN MUY OCUPADOS PARA PODER HABLAR CON ELLAS, POR LO QUE SE SENTIRÁN CON FALTA DE CONFIANZA PARA PREGUNTARLE ALGO.

LOS DENTISTAS SON CULPABLES AL NO TOMAR LA INICIATIVA DE HABLAR CON LAS MADRES, ESTO PODRÍA DEMOSTRAR QUE LOS DENTISTAS NO ESTÁN TAN OCUPADOS, NI DESINTERESADOS.

- ENTENDIMIENTO.- AUN CON COMUNICACIÓN NO SE LOGRA UN BUEN ENTENDIMIENTO. AQUELLOS DENTISTAS QUE TOMAN SU TIEMPO PARA CONSULTAR CON LOS PADRES ACERCA DE SUS HIJOS, DEBEN HACER UN ESFUERZO DE TRASMITIR CONVENIENTEMENTE LA INFORMACIÓN, A SU VEZ LAS MADRES DEBEN ENTENDER POR QUÉ TODOS LOS PASOS DEL TRATAMIENTO SON NECESARIOS Y BENEFICIOSOS.

LAS EXPLICACIONES SE DEBEN HACER CON UNA TERMINOLOGÍA QUE COMPRENDAN LAS MADRES AYUDÁNDOSE DE ILUSTRACIONES, FOTOGRAFÍAS, ROTAFOLIOS, ETC.

SEGURO ES QUE SI LAS MADRES ENTIENDEN POR QUÉ EL TRATAMIENTO DENTAL, ES NECESARIO, SE QUEJARÁN MENOS Y NO FALTARÁN A LAS CITAS.

A SU VEZ SE LO PODRÁN EXPLICAR CLARAMENTE AL PADRE QUE CASI NUNCA TIENEN TIEMPO, NI INTERÉS.

EDUCACIÓN.- DESPUÉS QUE SE HA ESTABLECIDO LA COMUNICACIÓN, EL DENTISTA PODRÁ PRESENTAR PROGRAMAS DE EDUCACIÓN DENTAL A LAS MADRES, CUYO INTERÉS HA SIDO DESPERTADO, ESA EDUCACIÓN PUEDE REFERIRSE A:

LAS RAZONES PARA MANTENER LOS DIENTES PRIMARIOS, LA EFICACIA DE LAS APLICACIONES TÓPICAS DE FLÚOR, VENTAJAS DE LA TERAPÉUTICA ENDODÓNTICA, IMPORTANCIA DE LA UTILIZACIÓN DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO, LOS DEFECTOS DAÑINOS DE ALGUNOS HÁBITOS ORALES, SALUD DENTAL RELACIONADA CON LA SALUD GENERAL, LA DIETA PARA UNA BUENA SALUD MENTAL.

SUGESTIONES A LOS PADRES.

- NO DEBEN EXPRESAR SUS TEMORES PERSONALES ENFRENTA - DEL NIÑO, LA CAUSA PRIMARIA DEL MIEDO EN LOS NIÑOS ES OÍR A - LOS PADRES QUEJARSE DE SUS EXPERIENCIAS PERSONALES CON EL DEN - TISTA, ADEMÁS DE NO MENCIONAR SUS PROPIAS EXPERIENCIAS DESA - GRADABLES.

A LOS PADRES QUE TIENEN TEMORES HACIA LOS SERVICIOS - DENTALES, SE LES PUEDE EXPLICAR QUE CON LOS AVANCES MODERNOS - DE ANESTESIA Y TÉCNICAS OPERATORIAS MEJORADAS, NO HAY NECESI - DAD DE QUE EL NIÑO TEMA AL TRATAMIENTO ORAL.

EL PADRE QUE EDUCA Y ORIENTA A SUS HIJOS EN LAS MEDI - DAS PREVENTIVAS Y RECEPTIVAS RESPECTO AL TRATAMIENTO DENTAL, - ENCONTRARÁ QUE EL NIÑO SERÁ MÁ S COOPERADOR CON EL ODONTÓLOGO.

- NUNCA LOS PADRES DEBEN UTILIZAR LA ODONTOLOGÍA COMO AMENAZA DE CASTIGO.

EN LA MENTE DEL NIÑO SE ASOCIA CASTIGO CON DOLOR Y CO - SAS DESAGRADABLES, POR ESO NUNCA SE LE DEBE DECIR AL NIÑO QUE SI SU COMPORTAMIENTO ES MALO LO LLEVARÁN CON EL DENTISTA.

EL MIEDO NO SE DEBE USAR COMO CONTROL DE CONDUCTA, É S - TE PERJUDICA A LOS NERVIOS Y ENJENDRA NEUROSIS.

- LOS PADRES DEBEN FAMILIARIZAR A SU HIJO CON LA ODN - TOLOGÍA, LLEVÁNDOLO AL DENTISTA, NO TAN SOLO PARA PRESERVAR - LA DENTADURA, SINO TAMBIÉN PARA LA FORMACIÓN DE BUENOS PACIEN

TES DENTALES.

DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOLÓGICO, EL PEOR MOMENTO PARA LLEVAR A UN NIÑO AL CONSULTORIO, ES CUANDO PADECE UN DOLOR DE DIENTES, EL NIÑO SE VA A ENCONTRAR PREDISPUERTO EMOCIONALMENTE Y RELACIONA AL ODONTÓLOGO CON EL DOLOR.

- LOS PADRES NO DEBEN SOBORNAR A SUS HIJOS PARA QUE ÉSTOS ASISTAN A LA CONSULTA DENTAL, ESTE MÉTODO SIGNIFICA PARA EL NIÑO QUE VA A ENFRENTARSE A UN PELIGRO, HAY CIERTOS PADRES QUE OFRECEN DINERO A SUS HIJOS PARA QUE CONCIENTAN IR, AL CONSULTORIO DENTAL.

HAY QUE HACER COMPRENDER AL NIÑO QUE ESTO ES POR SU BIEN Y QUE NECESITA DEL TRATAMIENTO, POR LO TANTO DEBE DEJARSE CURAR SIN PROTESTAS.

- NO DEBEN TRATAR DE VENCER EL MIEDO DE SU HIJO POR MEDIO DE BURLAS, COMO DECIRLES QUE PARECE NIÑA CUANDO LLORA, TAMPOCO DEBERÁN LOS PADRES PROMETER AL NIÑO QUE EL ODONTÓLOGO NO LES VA A HACER DAÑO, LAS MENTIRAS SOLO LLEVAN A LA DECEPCIÓN Y A LA DESCONFIANZA.

ANTES DE LA CITA, LOS PADRES DEBERÁN COMUNICAR AL NIÑO DE MANERA NATURAL QUE HAN SIDO INVITADOS A VISITAR AL DENTISTA, AL LLEGAR AL CONSULTORIO, NO DEBERÁN ENTRAR LOS PADRES A LA SALA DEL TRATAMIENTO A MENOS QUE EL ODONTÓLOGO ASÍ LO ESPECIFIQUE.

SUGESTIONES AL ODONTOPEDIATRA

SE PUEDEN SEGUIR ALGUNAS NORMAS PRÁCTICAS CON EL FIN DE QUE EL PACIENTE SE LLEVE UNA MEJOR IMPRESIÓN DE LA PERSONALIDAD DEL DENTISTA.

- SABER ESCUCHAR AL PACIENTE DEMOSTRANDO ATENCIÓN, -- ALENTÁNDOLO A HABLAR DE SÍ MISMO, ESTO LO HALAGA MANIFESTANDO UN GENUINO INTERÉS EN ÉL, EN SU FAMILIA, SUS PENSAMIENTOS Y PASATIEMPOS.

- LLAMAR AL PACIENTE POR SU NOMBRE, HAY QUE RECORDAR QUE A LA GENTE LE GUSTA QUE SU NOMBRE SEA PRONUNCIADO CORRECTAMENTE.

- SE DEBE DE CONOCER AL PACIENTE COMO UNA PERSONA ÚNICA Y ESTAR CONSCIENTES DE LOS SENTIMIENTOS QUE ÉL EXPRESA NO VERBALMENTE, DE ESTA MANERA EL ODONTÓLOGO PUEDE REFLEJAR O EXPLORAR ESOS SENTIMIENTOS Y ALIVIAR LA TENSIÓN.

- UNA DE LAS MANERAS PARA DESARROLLAR LA CONFIANZA -- PROPIA EN EL PACIENTE ES POR LOS CUMPLIDOS, LOS CUALES TIENEN QUE SER EN BASE A ALGO REAL Y AL FINALIZAR EL TRATAMIENTO SE LE AGRADECERÁ LA AMABILIDAD Y CONFIANZA DE SU PARTE.

- LA INEXPRESIVIDAD DE PARTE DEL PROFESIONAL EN SU -- ROSTRO PODRÍA GENERAR TEMOR, PREOCUPACIÓN O INCOMODIDAD EN -- LOS PACIENTES, POR LO TANTO EL ODONTÓLOGO DEBE SER EXTREMADAMENTE CORTÉS Y ATENTO.

- HACER QUE EL NIÑO QUE SE SIENTA EN EL SILLÓN DENTAL, NO SEA UN DESCONOCIDO PARA LO CUAL SE DEBE CONOCER DE ANTEMANO LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.

- DEBE ESTABLECERSE UNA COMUNICACIÓN, SIN INTERFERENCIAS CON EL OBJETO DE QUE EL NIÑO PUEDA MANIFESTAR SUS TEMORES.

- FUERZA.- LA FUERZA ES UNA MEDIDA QUE ESTÁ CONTRAINDICADA.

HACERLE UN TRABAJO DENTAL CUANDO EL NIÑO HA SIDO FORZADO Y SE ENCUENTRA ABRUMADO POR ESA FUERZA, PUEDE GENERAR UN PÁNICO INTENSO QUE LO HARÁ PARA SIEMPRE EMOCIONALMENTE EN CONTRA DE ÉSTE, Y CUANDO ALCANCE UNA EDAD EN QUE ESA FUERZA NO SE LE PUEDA APLICAR MÁS, EVITARÁ IR AL DENTISTA AUNQUE SEA PARA SU PROPIO DAÑO.

BAJO ESTAS CIRCUNSTANCIAS EL DENTISTA PUEDE HABER SALVADO UN DIENTE, PERO SE PIERDE AL PACIENTE.

- NEGACIÓN.- NEGAR QUE EL TEMOR ESTÁ AHÍ PRESENTE O PUEDE ESTARLO, ESTÁ CONTRAINDICADO PORQUE EL NIÑO PUEDE REPRIMIRLO, PERO LA REPRESIÓN NO ELIMINA EL TEMOR. DECIR QUE EL TEMOR NO ESTÁ PRESENTE CUANDO SI LO ESTÁ, ES UNA CONTRADICCIÓN ENTRE EL TESTIMONIO VERBAL Y LA EXPERIENCIA ACTUAL.

CUALQUIER MÉTODO USADO QUE CAUSE QUE EL NIÑO REPRIMA SUS TEMORES DAN UN AUMENTO DE PROBLEMAS MÁS SERIOS QUE EL QUE SE ESTABA TRATANDO.

- SENTIMIENTO DE SEGURIDAD.- EL NIÑO SE SIENTE MÁS SEGURO JUNTO A SU MADRE O PADRE, POR LO QUE LA PRESENCIA DE ALGUNO DE ELLOS SERÁ INDICADA DE ACUERDO CON LA EDAD Y DISPOSICIÓN DEL NIÑO.

EL PRINCIPIO QUE NOS GUÍA SERÁ QUE EL NIÑO NUNCA DEBERÁ SENTIRSE ABANDONADO POR AQUELLOS A QUIENES ÉL BUSCA PARA SU SEGURIDAD Y PROTECCIÓN.

A).- UN PROCESO DE APRENDIZAJE Y DE ESTRUCTURACIÓN EMOCIONAL, EL CUAL SE LOGRA GRADUALMENTE.

B).- COMO CUALQUIER PROCESO DE REALIZACIÓN PERSONAL, ÉSTE DEBE BASARSE EN QUE EL NIÑO TENGA LA POSIBILIDAD DE TOMAR SU DECISIÓN CON AUTONOMÍA A MEDIDA QUE ÉL SE SIENTA MADURO Y LOGRE SUPERAR EL RETO, COMO CUANDO LOGRA APRENDER A NADAR, A CRUZAR SOLO LAS CALLES, ETC.

- DISTRACCIÓN.- HABLAR CON EL PACIENTE ACERCA DE COSAS QUE LE INTERESEN, ES UNA EFECTIVA DISTRACCIÓN.

- FAMILIARIZACIÓN.- SE SABE QUE EL TEMOR ES GENERADO POR LO DESCONOCIDO, LO POCO FAMILIAR, LO INESPERADO, ESTO INDICA QUE FAMILIARIZANDO AL NIÑO CON LA ODONTOLOGÍA PODEMOS AYUDAR A MANEJAR Y REDUCIR EL TEMOR DEL NIÑO.

- CONDICIONAMIENTO POSITIVO.- SE DEBE TRATAR AL NIÑO CON RESPETO Y CORDIALIDAD. EL DENTISTA TIENE QUE LOGRAR QUE EL NIÑO PARTICIPE ACTIVAMENTE DURANTE LA INTERVENCIÓN, ESTO -

LE VA A PERMITIR AL PACIENTE ADAPTARSE CON MAYOR FACILIDAD AL CONSULTORIO, AL ODONTÓLOGO, AL INSTRUMENTAL, ESTAS MEDIDAS - DAN UNA SATISFACCIÓN SIMBÓLICA, QUE PUEDE HACER QUE EL NIÑO - SE SIENTA EMOCIONADO Y ACEPTÉ SU TRATAMIENTO DENTAL POSITIVAMENTE.

PERSONALIDAD PSÍQUICA Y FÍSICA DEL DENTISTA.

LA PERSONALIDAD PSÍQUICA; EL CARÁCTER, LA SIMPATÍA - SON FACTORES FUNDAMENTALES, Y DESAFORTUNADAMENTE NO SE PUEDEN ADQUIRIR, NI SUSTITUIR CON FACILIDAD. ES UNA HUELLA CON UN - FONDO HEREDITARIO QUE SE VA MODELANDO Y REMODELANDO A MEDIDA - QUE EL INDIVIDUO SE ENFRENTA A LAS DISTINTAS SITUACIONES DE - LA VIDA EN VARIADOS AMBIENTES Y CIRCUNSTANCIAS.

EL QUE NO TENGA LA SUERTE DE POSEER UN BUEN CARÁCTER - SE ENFRENTARÁ AL PROBLEMA DE TENER QUE CREAR Y EJERCITAR UN - BUEN CARÁCTER HASTA QUE PUEDA USARLO MÁ S O MENOS CON NATURALI - DAD O AL MENOS SIN APARENTE ESFUERZO, CON ESTUDIO, OBSERVA - - CIÓN CONSTANTE, VOLUNTAD E INTELIGENCIA TIENE QUE PODER LO - - GRARLO, TENGAMOS EN CUENTA QUE SIEMPRE NOS REFERIMOS A UN IN - DIVIDUO MÉDICO, POR EL MERO HECHO DE LA ELECCIÓN DE SU CARRE - RA, SUPONEMOS UN MÍNIMO DE CUALIDADES NECESARIAS, COMO ABNEGA - CIÓN Y DESEO DE AYUDAR AL PRÓJIMO.

EL QUE PUEDA CONTAR CON UN BUEN CARÁCTER NO LE RESUL - TARÁ DIFÍCIL ESTABLECER CONTACTOS AFECTIVOS POSITIVOS CON LA -

MAYORÍA DE LA GENTE QUE LE RODEA.

ES DIFÍCIL DEFINIR CUÁLES SERÍAN LAS CUALIDADES IDEALES DE LO QUE PODRÍAMOS LLAMAR UN BUEN CARÁCTER. PERO SI PODEMOS ENUMERAR ALGUNAS DE ELLAS, Y ENTONCES NO PODREMOS OLVIDAR A LA BENEVOLENCIA, LA PACIENCIA, LA SINCERIDAD, LA ATENCIÓN, LA FIRMEZA, LA INDULGENCIA, LA ALEGRÍA INTERIOR, LA CONFORMIDAD, ETC. DECIDIDAMENTE UNA PERSONA QUE POSEE ESTAS CUALIDADES TIENE UN BUEN CARÁCTER Y PODRÁ GANARSE CON FACILIDAD A SUS SEMEJANTES.

RECORDEMOS SIEMPRE QUE EL ESFUERZO DE LLEGAR A OBTENER UN BUEN CARÁCTER HA DE SER NUESTRO, HABREMOS DE ADAPTARNOS A TODAS LAS CLASES SOCIALES, A TODAS LAS CULTURAS, A TODOS LOS ESTADOS DE ÁNIMO Y A TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS QUE SE NOS PUEDAN PRESENTAR.

SOLO CON ESTA FLEXIBILIDAD CONSEGUIREMOS EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS EL ÉXITO.

PERSONALIDAD FISICA.

ESTE PUNTO ES DE MUCHA IMPORTANCIA, PORQUE INDUDABLEMENTE ES EL PRIMER ELEMENTO PARA EL JUICIO, YA QUE ES LO PRIMERO QUE VE EL PACIENTE PERO ES LO ANTERIOR LO QUE MÁS VALORA, DE TODAS MANERAS HEMOS DE MENCIONAR QUE, COMO LA PERSONA FÍSICA NO SE PUEDE CAMBIAR, NOS CABE LA POSIBILIDAD DE ADECENTAR-

LA Y ESO SÍ TIENE GRAN INTERÉS. EL EXTREMADO ASEO PERSONAL, - EL AFEITADO Y PEINADO IMPECABLE, EL CUIDADO DE LAS MANOS Y - UÑAS, ASÍ COMO LA ROPA PULCRAMENTE LIMPIA, SON COSAS MUY DIG- NAS DE TENERSE EN CUENTA. Y AUNQUE PAREZCA MENTIRA EN LA VA- LORACIÓN DE NUESTRA PERSONA ENTRARÁN TAMBIÉN DETALLES COMO: - APARIENCIA PERSONAL Y PULCRIDAD DE LAS ASISTENTES; AMBIENTE - ACOGEDOR DE LA SALA DE ESPERA Y CONSULTORIO, TRANQUILIDAD Y - ESCASEZ DE RUIDOS; LIMPIEZA ESMERADA DE INSTRUMENTAL, EQUIPO, MUEBLES Y PISO. TAMBIÉN DEBEMOS DE TOMAR EN CUENTA EL ORDEN- Y LA ORGANIZACIÓN GENERAL DEL CONSULTORIO, ASÍ COMO TAMBIÉN - LA PUNTUALIDAD DE LAS CITAS, ETC.

MUCHA GENTE SE HACE UNA IMPRESIÓN A MENUDO DECISIVA - DE OTROS, DE LA PRIMERA APARIENCIA EN QUE LO OBSERVÓ Y DE ES- TO DEPENDERÁ LAS BUENAS O MALAS RELACIONES EN EL FUTURO, ES - DECIR, QUE SE AUSENTEN O SE PRESENTEN EN EL CONSULTORIO.

POR ESTE MOTIVO ES IMPORTANTE, EL ESTAR PRESENTABLES, YA QUE NUESTRO TRABAJO REQUIERE DE UN CONTACTO MUY DIRECTO -- CON EL PACIENTE. DEBERÁ POR LO TANTO TENER EL ODONTÓLOGO UN- BUEN ALIENTO, Y AROMA CORPORAL AGRADABLE.

ACTITUD DE LOS NIÑOS CON RESPECTO A LA VESTIMENTA DEL DENTISTA.

SE HA CREÍDO SIEMPRE QUE LOS NIÑOS ERAN AFECTADOS POR LA VESTIMENTA DEL DENTISTA, MUCHOS DENTISTAS PRIVADOS DEFEN--

DÍAN UNA VESTIMENTA INFORMAL QUE HARÍA AL PACIENTE SENTIRSE -
MÁS CONFORTABLE EN EL CONSULTORIO.

OTROS PROFESIONISTAS DEFENDÍAN EL TENER UNA APARIEN--
CIA MÁS PROFESIONAL QUE INCLUÍA ALGUNA PRENDA BLANCA.

LOS DATOS ENCONTRADOS INDICARON QUE EL VESTUARIO DEL-
DENTISTA TENÍA MÁS EFECTO EN ÉL MISMO QUE EN SUS PEQUEÑOS PA-
CIENTES.

STEPAEN D. COEN, REALIZÓ UN EXPERIMENTO AL RESPECTO -
CON 300 NIÑOS DE 2 A 15 AÑOS DE EDAD, DE EL PRIMER GRUPO, Y -
150 DEL OTRO, A LOS NIÑOS SE LE MOSTRARON UNA SERIE DE 9 FO--
TOS DE DIFERENTES TIPOS DE DENTISTAS: VESTIDO INFORMAL, CON -
TRAJE BLANCO O DE SACO BLANCO Y PANTALÓN DE COLOR.

SE LES PREGUNTÓ AL PRIMER GRUPO COMO LES GUSTARÍA QUE
VISTIERA SU DENTISTA, Y QUE ESCOGIERAN UNO DE LOS QUE ESTABA-
EN LA FOTO.

AL SEGUNDO GRUPO TAMBIÉN SE LE DIERON LAS FOTOS Y SE-
LES PREGUNTÓ, QUE QUIÉN QUERÍAN QUE ESTUVIERA AL CUIDADO DE -
SUS DIENTES Y QUE ESCOGIERAN UNO.

TODOS ESTOS NIÑOS ERAN PACIENTES DE PRIMERA VEZ, LAS-
REACCIONES FUERON MÍNIMAS PARA SER DE VALOR ESTADÍSTICO, YA -
QUE LAS RESPUESTAS FUERON DISTINTAS Y A LOS NIÑOS NO LES IM--
PORTÓ COMO ESTUVIERAN VESTIDOS.

EL PROBLEMA SE PRESENTA CUANDO EL NIÑO RELACIONA EL DOLOR CON EL COLOR BLANCO, DEBIDO A UNA EXPERIENCIA DESAGRADABLE QUE HAYA TENIDO CON ALGUNA PERSONA DE LA RAMA MÉDICA, Y AL ESTAR EN CONTACTO CON EL DENTISTA VESTIDO DE BLANCO SENTIRÁ TEMOR.

POR ESO ES RECOMENDABLE QUE LA INDUMENTARIA DEL PROFESIONAL SEA DE COLORES AGRADABLES, EVITANDO EN LO POSIBLE EL USO DEL COLOR BLANCO, SALVO A LAS INTERVENCIONES QUE REQUIERAN CAMPO OPERATORIO.

CAPITULO V

INFLUENCIA DE LOS PADRES

DEBE TENERSE EN CUENTA QUE PARA QUE EL DENTISTA TENGA UN TRATO ADECUADO CON LOS NIÑOS, DEBE NO SÓLO ENTENDER SUS ACCIONES Y REACCIONES EN LAS DISTINTAS EDADES, SINO QUE TAMBIÉN DEBE CONOCER Y ENTENDER LOS EFECTOS DE LAS ACTITUDES PATERNALES EN SUS HIJOS.

PRACTICAR LA ODONTOPEDIATRÍA SIN LA PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES O SIN SU CONFIANZA PUEDE RESULTAR UN FRACASO.

SE DEBE RECORDAR QUE EL NIÑO NO ES UN RECEPTOR PASIVO DE LAS ACCIONES DE LOS PADRES, ÉL TIENE PARTE ACTIVA EN LAS RELACIONES PADRE-HIJO, Y DEBEMOS ENTENDER AL PADRE, TANTO COMO AL HIJO.

EL ODONTÓLOGO DEBE ESTABLECER UNA RUTINA DE CONSULTORIO QUE REQUIERA LA PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES; POR LA CONVERSACIÓN, INTERROGATORIO Y OBSERVACIÓN PARA EVALUAR EL AMBIENTE HOGAREÑO, PATRÓN DE CONDUCTA Y LAS NORMAS DE COMPORTAMIENTO REQUERIDAS POR EL PADRE.

LOS PADRES DIFIEREN AMPLIAMENTE EN SUS ACTIVIDADES Y-

ACTITUDES HACIA LOS NIÑOS, Y ESTAS ACTITUDES PUEDEN SER:

SOBRE AFECTO Y SOBREPROTECCION.

EL TÉRMINO SOBRE AFECTO SE USA PARA CARACTERIZAR EL COMPORTAMIENTO DE LAS MADRES, CUYA DEVOCIÓN A SUS HIJOS ES MUY INTENSA.

ELLAS ADMITEN QUE NO EXISTEN OTROS INTERESES QUE INTERFERIRAN CON SUS DEBERES MATERNALES, Y REDUCEN SUS OTRAS RELACIONES EN LA VIDA, TANTO MARITAL COMO SOCIAL E INTELECTUAL A UN MÍNIMO.

LA MADRE AYUDA AL NIÑO A VESTIRSE Y A ALIMENTARSE, Y TOMA PARTE ACTIVA EN SUS ACTIVIDADES SOCIALES.

LOS NIÑOS DE ESTOS PADRES TIENEN DIFICULTAD EN SUS AJUSTES SOCIALES, ELLOS RESPONDEN A NEGACIONES DE SUS DESEOS O A REQUERIMIENTOS DE DISCIPLINA CON IMPACIENCIA.

A LOS NIÑOS DE ESTA CATEGORÍA USUALMENTE LES GUSTA, Y SON EXITOSOS EN LA ESCUELA; TIENEN PROBLEMAS EN HACER AMISTADES FÁCILMENTE PORQUE SON MUY SOBRESALIENTES E INSISTEN EN SER LÍDERES, ADEMÁS DE SER VANIDOSOS Y EGOISTAS.

A ESTE TIPO DE NIÑOS SE LES DIVIDE EN DOS GRUPOS: LOS DE RESISTENCIA ACTIVA Y RESISTENCIA PASIVA.

LOS DE RESISTENCIA ACTIVA, SON NIÑOS QUE EN LA PRIME-

RA CONSULTA NO PRESENTAN PROBLEMAS, PERO EN LAS SIGUIENTES --
CONSULTAS PRETEXTAN QUE ALGO LES DISGUSTA Y NO PERMITEN QUE --
SE LES ATIENDA.

LOS NIÑOS CON RESISTENCIA PASIVA, SON LOS QUE SE PRE-
SENTAN CON ACTITUD DE RETO, NO LLORAN, NO HACEN BERRINCHES, -
NO HABLAN.

ESTO GENERALMENTE LO OCASIONA LA PROTECCIÓN EXCESIVA-
DE LOS PADRES, POR LO QUE SE LES DEBE PEDIR A ÉSTOS QUE SAL--
GAN DEL CONSULTORIO; Y UNA VEZ A SOLAS CON EL NIÑO, SE TRATA-
RÁ DE TENER SU COLABORACIÓN APELANDO A SU AUTOESTIMACIÓN. EL
PROBLEMA GENERALMENTE SE RESUELVE EN FORMA FAVORABLE, SOBRE -
TODO CUANDO SON NIÑOS CON UN COEFICIENTE INTELECTUAL ALTO.

EN AMBOS CASOS LOS PROBLEMAS DENTALES SE DEBERÁN TRA-
TAR CON CUIDADO, PROCURANDO NO LASTIMAR INNECESARIAMENTE AL -
NIÑO, PARA NO AUMENTAR SU RESISTENCIA.

CON UN DENTISTA EXTRAÑO PUEDE TRATAR DE USAR PERSUA--
CIÓN, ENCANTO E INCLUSO FORZARLE PARA EVITAR EL TRATAMIENTO Y
HACER SU VOLUNTAD Y SI ESTO FALLA, HACEN ALARDE DE IRA EXTRE-
MADA Y PUEDEN RESISTIRSE INCLUSO CON LA FUERZA FÍSICA A LOS -
INTENTOS DEL MANEJO DEL DENTISTA.

SON NIÑOS MUY MIMADOS, Y AUNQUE NO INCORREGIBLES SON-
MUY DIFÍCILES DE MANEJAR EN LA CONSULTA DENTAL.

EN UN GRAN PORCENTAJE DE LOS CASOS, DEBE USARSE LA --

DISCIPLINA COMO MEDIO PARA OBTENER SU COOPERACIÓN.

CUANDO COMPRENDEN EL SIGNIFICADO DE LA DOCILIDAD, SE VUELVEN EXCELENTES PACIENTES.

SOBRE INDULGENTE

ES EL PADRE QUE RECHAZA AL NIÑO, Y POR UN SENTIMIENTO DE CULPABILIDAD LE PREOCUPA UN SOBRE AFECTO.

LOS ABUELOS SON GENERALMENTE INDULGENTES, Y ESTO EN OCASIONES PROVOCA FRICCIONES ENTRE MARIDO Y MUJER; EL COMPORTAMIENTO DE UN NIÑO EDUCADO EN UNA CASA EN DONDE VIVEN LOS ABUELOS, ES EL DE UN NIÑO MIMADO.

LOS PADRES QUE SON SOBREINDULGENTES FRECUENTEMENTE, TUVIERON UNA NIÑEZ POCO SATISFACTORIA Y QUIEREN EVITAR QUE ES TO LES SUCEDA A SUS HIJOS, PERMITIÉNDOLES HACER LO QUE ELLOS QUIEREN CASI TODO EL TIEMPO. COMO LOS PADRES SE ANTICIPAN A CUALQUIER NECESIDAD DEL NIÑO, ÉSTE PERMANECE EN UN ESTADO INFANTIL DE DESARROLLO HASTA QUE ÉL TODAVÍA PUEDA ATRAER LA ATENCIÓN, HACIENDO GESTOS Y LLORANDO. ESTÁ ACOSTUMBRADO A OBTENER TODO LO QUE QUIERE, INSISTE EN UNA RESPUESTA INMEDIATA Y SE REFUGIA EN LÁGRIMAS Y ENOJOS SI NO OBTIENE RESULTADOS CON SUFICIENTE RAPIDEZ. ESTE TIPO DE NIÑOS ES EL QUE TIENE PROBLEMAS DE TODO TIPO CUANDO SU ESFERA SOCIAL CRECE Y CUANDO ENTRA A LA ESCUELA. REQUIERE DE CONSTANTE ENTRENAMIENTO; SON NIÑOS POCO COOPERATIVOS QUE REQUIEREN ATENCIÓN CONTÍNUA.

ESTOS SON NIÑOS QUE TIENEN LA ACTITUD DE DEJARSE ATENDER HOY Y MAÑANA NO.

EN ESTOS CASOS EL DENTISTA DEBE TENER PACIENCIA Y APROVECHAR EL TIEMPO EN QUE EL NIÑO SE ENCUENTRA DISPUESTO A COOPERAR; MOSTRARLE LOS INSTRUMENTOS Y ENSEÑARLE LA FORMA EN QUE SON EMPLEADOS.

TRANQUILIZARLE CON PALABRAS ELOGIANDO SU COLABORACIÓN.

SOBRE ANSIEDAD.

ESTA ACTITUD SE CARACTERIZA POR PREOCUPACIÓN EXCESIVA POR PARTE DE LOS PADRES DEL NIÑO, SE ENCUENTRA CON MÁS FRECUENCIA CUANDO HA HABIDO UNA SERIA ENFERMEDAD O MUERTE EN OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA O AMIGOS CERCANOS.

FRECUENTEMENTE SE ASOCIA CON SOBRE AFECTO Y SOBRE INDULGENCIA, PERO PUEDE OCURRIR SIN ELLAS. COMO ESTA CONDICIÓN ES RESULTADO DE UNA PREOCUPACIÓN DE LA SALUD Y BIENESTAR, EL NIÑO ES GENERALMENTE TÍMIDO, MIEDOSO, DESCONFIADO Y COBARDE, LE FALTA LA CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES POR SÍ MISMO.

EL DEPENDE DE SUS PADRES PARA DIRIGIRLO Y ESTÁ APTO A VOLVERSE APRENSIVO Y SOBRE ANSIOSO EN LO QUE CONCIERNE A SU SALUD.

SON GENERALMENTE BUENOS PACIENTES SI SE LES INSTRUYE PARA QUE LO SEAN, SIN EMBARGO, ES POSIBLE QUE EL DENTISTA TEN

GA ALGO DE DIFICULTAD EN VENCER SUS TEMORES, PERO SI SE ALIEN
TA Y ASEGURA AL NIÑO QUE ES POR SU BIEN, ÉSTE REACCIONARÁ DE-
MANERA SATISFACTORIA.

FALTA DE AFECTO.

ESTA CONDICIÓN SE PUEDE PREDECIR EN LAS ACTITUDES DE-
LOS PADRES DURANTE EL EMBARAZO Y NO ES MÁ S QUE EL DESAGRADO -
DEL HIJO ESPERADO POR LOS PADRES.

EXISTEN VARIOS GRADOS DE RECHAZO, HASTA EL RECHAZO --
COMPLETO A CAUSA DE PROBLEMAS EMOCIONALES.

GENERALMENTE HAY COMODIDADES MATERIALES PARA EL NIÑO,
PERO TODAS SUS NECESIDADES DE AFECTO NO SON SATISFECHAS, ES -
POSIBLE QUE ESTOS NIÑOS SE LES CRITIQUE CONSTANTEMENTE Y SE -
LES MOLESTE CON DEMOSTRACIONES ABIERTAS DE DESAGRADO, ASÍ CO-
MO TAMBIÉN PUEDEN SER SEVERAMENTE CASTIGADOS Y ESTAR MUY DES-
CUIDADOS.

NO ES EXTRAÑO QUE ESTE TIPO DE NIÑOS DESARROLLE CAREN-
CIAS DE ESTIMULACIÓN PROPIA Y SENTIMIENTOS DE INCAPACIDAD QUE
LOS LLEVEN A ANSIEDADES PROFUNDAS. PUESTO QUE EL NIÑO EN SU-
CASA NO GOZA DE NINGÚN TIPO DE SEGURIDAD TIENDE A VOLVERSE --
SUSPICAZ, AGRESIVO, VENGATIVO, DESOBEDIENTE, NERVIOSO Y DEMA-
SIADO ACTIVO; RAZÓN POR LA CUAL SUS COMPAÑEROS LO ENCUENTRAN-
POCO AGRADABLE. SU GRAN PROBLEMA ES QUE NO HAN APRENDIDO A -

CONOCER EL AMOR Y EL AFECTO QUE SON TAN IMPORTANTES PARA LA -
ADAPTACIÓN PERFECTA EN LA COMUNIDAD SOCIAL.

SON INACERCABLES, DIFÍCILES DE INFLUENCIAR, INCAPACES
DE COOPERAR EN MUCHAS SITUACIONES, DESCONFIADOS, PREFIEREN ES
TAR SOLOS Y LLORAN FÁCILMENTE.

ESTOS NIÑOS GENERALMENTE MANDAN MUCHO Y DEBEN RESPE--
TARSE SUS PETICIONES LO MÁS POSIBLE, PORQUE ESTÁN NECESITADOS
DE ATENCIÓN Y BONDAD.

EN MUCHOS CASOS EL NIÑO RECHAZADO SE PORTA MAL PARA -
ATRAER LA ATENCIÓN, ESTE NIÑO DEBERÁ RECIBIR LA ATENCIÓN DE--
SEADA CUANDO SU COMPORTAMIENTO ES FAVORABLE Y CUANDO NO A ES-
TE NO SE LE DEBE PRESTAR ATENCIÓN. DEBE ENSEÑÁRSELE QUE CUANU
DO SU COMPORTAMIENTO ES BUENO, EL TRATAMIENTO DENTAL ES MUCHO
MÁS AGRADABLE.

SOBRE AUTORIDAD.

ESTOS PADRES SON EXTREMADAMENTE CRÍTICOS, NO SON CAPA
CES DE ACEPTAR AL NIÑO TAL COMO ES, USAN UNA EXCESIVA AUTORI-
DAD CAUSÁNDOLE DOLOR AL NIÑO QUERIÉNDOLE IMPONER SUS IDEAS; -
ES COMÚN ENCONTRAR QUE UNO DE LOS PADRES ES SOBRE AUTORITARIO
Y EL OTRO TIENE UNA ACTITUD MÁS PASIVA.

ESTOS PADRES EXIGEN DE SUS HIJOS GRANDES RESPONSABILI
DADES NO COMPATIBLES A SU EDAD CRONOLÓGICA.

EN ESTAS CONDICIONES ES CARACTERÍSTICO UN COMPORTA- - MIENTO EVASIVO Y CALLEJERO, EL NIÑO ESTÁ SOMETIDO, RARA VEZ - DESOBEDECE PERO ENCUENTRA MÉTODOS ACEPTABLES DE EVASIÓN Y TAR DANZA.

SI SE LES TRATA AMABLE Y CONSIDERADAMENTE, ESTE TIPO- DE NIÑOS LLEGAN A SER BUENOS PACIENTES ODONTOLÓGICOS.

IDENTIFICACION.

LOS PADRES TRATAN DE REVIVIR SU VIDA A TRAVÉS DE SUS- HIJOS Y OBTENER ASÍ CIERTAS VENTAJAS PARA ÉSTE, YA QUE ELLOS- NO PUDIERON OBTENERLAS PARA SÍ MISMOS.

EN LA VIDA TEMPRANA EL NIÑO ES CONSIDERADO CASI PER-- FECTO POR LOS PADRES, DESPUÉS CUANDO EL NIÑO FALLA EN DEMOS-- TRAR SU INTERÉS EN LO QUE LOS PADRES QUIEREN, EL PADRE MUES-- TRA DESACUERDO Y ÉSTE ES CAPTADO POR EL NIÑO, CUANDO ESTO OCU RRE EL NIÑO SE VUELVE QUIETO, RETRAÍDO, LLORA FÁCILMENTE Y NO INTENTA LA MÁS SIMPLE TAREA POR MIEDO A FALLAR.

ESTOS NIÑOS AL IGUAL QUE LOS HIJOS DE LOS PADRES DOMI NANTES, REACCIONAN DEL MISMO MODO EN EL CONSULTORIO DENTAL - POR LO QUE SE LES DEBERÁ TRATAR ANÁLOGAMENTE. ESTÁN MÁS IM-- PRESIONADOS POR LA PARTE SOCIAL DE LA VISITA, QUE POR EL TE-- MOR AL DOLOR, POR LO QUE DEBEMOS EXTREMAR LA JOVIALIDAD Y NO- EXIGIRLES DEMASIADO.

HIJO UNICO.

CON UN SOLO HIJO, LOS PADRES SE INCLINAN A SER DEMASIADO INDULGENTES, CARIÑOSOS, ANSIOSOS Y PROTECTORES.

EL NIÑO PUEDE RESPONDER SIENDO MIEDOSO, TÍMIDO Y RETRAÍDO, O BIEN, AL RECIBIR TANTA INDULGENCIA DE SUS PADRES, TIENDE A SER ANTAGONISTA, DESOBEDIENTE, EGOISTA Y PUEDE PRESENTAR ATAQUES DE MAL GENIO.

SI BIEN LAS POSIBILIDADES RECIÉN MENCIONADAS RESPECTO AL HIJO ÚNICO SON BASTANTE COMUNES, HAY MUCHAS FAMILIAS QUE TIENEN UN NIÑO QUE NO MUESTRA CIERTAS CARACTERÍSTICAS. PUEDE SER QUE LAS ACTITUDES DE LOS PADRES HACIA ÉL SON BIEN MODERADAS, EL NIÑO PUEDE ESTAR BIEN CENTRADO.

CUANDO SE TRATA DEL PRIMER CASO LOS NIÑOS ESPERAN QUE TODO EL MUNDO ESTÉ A SU SERVICIO PARA HACERLE SUS CAPRICHOS, EN LA MISMA FORMA QUE SUS PADRES LO HACEN.

LOS PEQUEÑOS NO ESTÁN PREPARADOS PARA TOMAR UN LUGAR EN LA ESCUELA Y SON MUY COBARDES EN EL CONSULTORIO DENTAL Y COMPLETAMENTE INADAPTADOS YA QUE SUS PADRES CUMPLEN TODOS SUS GUSTOS SIN JAMÁS HACERLES ENTENDER QUE EN ALGUNAS OCASIONES ES NECESARIO ENFRENTARSE A UNA SITUACIÓN AUNQUE ESTA NOS DISGUSTE O CAUSE MOLESTIAS.

EL DENTISTA DEBERÁ ACTUAR DEMOSTRANDO QUE QUIERE SER AMIGO, PERO AL MISMO TIEMPO QUE EXISTE UNA DISCIPLINA A LA --

QUE HAY QUE SOMETERSE.

CON ESTA ACTITUD, EL NIÑO IRÁ ENTENDIENDO QUE DEBERÁ-
COMPORTARSE COMO ES DEBIDO.

CAPITULO VI

PRIMERA VISITA

DE ESTA PRIMERA VISITA DEPENDERÁ EL FUTURO DE LAS RELACIONES Y EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO.

SI EL NIÑO ES LLEVADO AL ODONTÓLOGO ANTES DE QUE HAYA EXPERIMENTADO DOLOR O QUE HAYA SIDO CONDICIONADO PARA EL TEMOR DENTAL POR OTROS NIÑOS O ADULTOS CON MALAS EXPERIENCIAS,-- ESTA VISITA SERÁ INVARIABLEMENTE PROVECHOSA.

EN LA PRIMERA VISITA HAY QUE DEJAR AL CHICO QUE SE VA YA FAMILIARIZANDO CON EL AMBIENTE DEL CONSULTORIO, PARA LO -- CUAL ES CONVENIENTE QUE SE ENCUENTRE DENTRO DE ÉSTE UN PACIENTE AL QUE SE LE EFECTÚE UN TRATAMIENTO NO TRAUMÁTICO NI DOLOROSO.

SE LE DEBEN MOSTRAR ALGUNOS INSTRUMENTOS COMO SON: -- INSTRUMENTOS NO CORTANTES, NI PUNZANTES Y EXPLICARLE SU UTILIDAD.

EN ESTA VISITA DEBEMOS PREGUNTARLE AL NIÑO CÓMO LE DICEN DE CARIÑO, Y CON QUÉ NOMBRE LE GUSTARÍA QUE SE LE LLAMARA.

NUNCA HAY QUE PROMETER NADA QUE NO SE PUEDA CUMPLIR,--

PUES LA FE Y LA CONFIANZA DE UN NIÑO SE GANA FÁCILMENTE CON SINCERIDAD Y BUENA VOLUNTAD, LA CONFIANZA SE PUEDE PERDER POR UN ENGAÑO.

REGLAS PARA QUE LA PRIMERA VISITA SEA SATISFACTORIA.

- NO SE DEBE HACER ESPERAR AL NIÑO EN NINGUNA VISITA, Y MENOS EN LA PRIMERA.

- SE DEBE SALUDAR AL NIÑO AMISTOSAMENTE. AGÁCHESE -- HASTA ESTAR A SU MISMA ALTURA PARA QUE EL NIÑO TENGA MÁS CONFIANZA.

- EL AMBIENTE DEL CONSULTORIO DEBE INDICAR QUE TODO EL TIEMPO ES PARA EL NIÑO Y CUANDO SU TRATAMIENTO SE TERMINA SE LE DEBERÁ DESPEDIR LO MÁS CORTESMENTE POSIBLE.

- SE DEBE ADOPTAR UNA ACTITUD TRANQUILA, PERO RESUELTA QUE INSPIRE SEGURIDAD.

- EL NIÑO DEBE SENTIRSE EN CONFIANZA CON CADA PERSONA CON QUIEN ENTRA EN CONTACTO, DE LO CONTRARIO PUEDE SENTIRSE ASUSTADO.

EL DENTISTA Y CADA AUXILIAR DEBE CONOCER EL LÍMITE DE SU AUTORIDAD Y EL LUGAR QUE OCUPA DENTRO DEL CONSULTORIO.

- SE DEBEN EVITAR LOS MOVIMIENTOS BRUSCOS Y EL HABLAR CON VOZ FUERTE, PARA QUE EL NIÑO POCO A POCO SE VAYA ACOSTUMBRANDO A ESE MEDIO EXTRAÑO PARA ÉL.

- NO SE DEBERÁ UTILIZAR UN LENGUAJE DE BEBÉ, SINO EXPRESIONES CLARAMENTE COMPENSIBLES Y ADECUADAS A CADA EDAD.

- TODO LO QUE EL NIÑO PREGUNTE DEBERÁ CONTESTARSE CON LA VERDAD, EVITANDO PALABRAS AGRESIVAS PARA ÉL COMO DOLOR, INYECCIÓN, PICAR, EXTRAER, PINZA, EN ESTE ASPECTO SE DEBERÁ INSTRUIR TANTO A LOS AYUDANTES COMO A LOS PADRES.

- EL LUGAR DE TRABAJO DEBERÁ ESTAR LIBRE DE INSTRUMENTAL IMPRESIONANTE, EN EL PRIMER EXAMEN SOLO SE USARÁN ESPEJOS Y AIRE.

CUALQUIER OTRO INSTRUMENTO SE LE ENSEÑARÁ COMO SE USA, PARA QUÉ SIRVE Y SE LE DEBE PERMITIR QUE LOS TOQUE.

- ES MUY IMPORTANTE EVITAR CUALQUIER TIPO DE DOLOR Y MALESTAR DURANTE LA PRIMERA VISITA Y EN LO POSIBLE TAMBIÉN EN LA SIGUIENTE.

- LA PRIMERA SESIÓN Y LAS SUBSECUENTES NO DEBERÁN EXCEDERSE DE LOS 30 MINUTOS YA QUE EL NIÑO PEQUEÑO TIENE UN TIEMPO RESTRINGIDO DE ATENCIÓN.

INSTRUCCIONES A LOS PADRES PARA LA PRIMERA VISITA.

SE DEBEN DAR INSTRUCCIONES A LOS PADRES PARA PREPARAR AL NIÑO PARA LA PRIMERA VISITA.

1.- EXPLICAR A LOS PADRES QUE LOS NIÑOS SE PORTAN GENERALMENTE BIEN EN LAS PRIMERAS VISITAS, PARA QUE SU BUEN COMPORTAMIENTO PUEDA CONTINUAR NO SE LE DEBE ENGAÑAR AL NIÑO.

2.- PREVENIR A LOS PADRES DE QUE NO SOBREPAREN AL NIÑO PARA SU PRIMERA VISITA CONTÁNDOLE SUS PROPIAS EXPERIENCIAS DENTALES.

3.- SE LES DEBE INSTRUIR PARA QUE NUNCA UTILICEN LA ODONTOLOGÍA COMO AMENAZA DE CASTIGO.

4.- PEDIR A LOS PADRES QUE NO SOBORNEN AL NIÑO PARA QUE VAYA AL DENTISTA. ESTE MÉTODO SIGNIFICA PARA EL NIÑO QUE DEBERÁ ENFRENTARSE A ALGÚN PELIGRO.

5.- LOS PADRES NUNCA DEBERÁN TRATAR DE VENCER EL MIEDO DE SU HIJO POR MEDIO DE BURLAS, O RIDICULIZANDO LOS SERVICIOS DENTALES.

6.- EL PADRE NO DEBE PROMETER AL NIÑO LO QUE VA A HACER O NO EL ODONTÓLOGO. TAMPOCO DEBERÁ PROMETER QUE EL ODONTÓLOGO NO LES HACE DAÑO.

7.- VARIOS DÍAS ANTES DE LA CITA LOS PADRES DEBERÁN INFORMAR AL NIÑO QUE HAN SIDO INVITADOS A VISITAR AL DENTISTA.

8.- LOS PADRES NO DEBERÁN ENTRAR A LA SALA DE TRATAMIENTO A MENOS QUE EL DENTISTA ASÍ LO ESPECIFIQUE.

EXPLICACION DEL PROCEDIMIENTO A SEGUIR EN LA PRIMERA VISITA.

- INFORMAR AL PADRE QUE SE REALIZARÁN PROCESOS DE DIAGNÓSTICO Y OTROS RELATIVAMENTE INOCUOS PARA QUE EL NIÑO SE FAMILIARICE CON EL DENTISTA.

LIARICE GRADUALMENTE CON EL DENTISTA Y CON SU TRATAMIENTO DENTAL.

- SE LIMPIARÁN LOS DIENTES Y SE DARÁN INSTRUCCIONES - ACERCA DEL CEPILLADO TANTO AL NIÑO COMO A LOS PADRES.

- SE HARÁ UN CUIDADOSO Y COMPLETO EXAMEN DE LA BOCA, - SE LE TOMARÁN RADIOGRAFÍAS DENTALES. SI EL PADRE PREGUNTA, - HAY QUE EXPLICARLE LAS PRECAUCIONES TOMADAS POR EL DENTISTA - PARA PROTEGER AL NIÑO DE LA RADIACIÓN.

- SI SE APRECIAN MALPOSICIONES DENTARIAS, EL DENTISTA PODRÁ TOMAR MODELOS DE SUS DIENTES PARA UN ESTUDIO MÁS COMPLETO.

- ANTES DE HACER NINGÚN TRATAMIENTO DENTAL, SE INFORMARÁ A LOS PADRES DEL TRATAMIENTO ESPECÍFICO QUE HA DE HACERSE, EL NÚMERO APROXIMADO DE CITAS PARA COMPLEMENTAR EL TRATAMIENTO Y EL PRESUPUESTO TOTAL.

CAPITULO VII

HIPNOSIS EN ODONTOPEDIATRIA

EL HIPNOTISMO SE PRACTICA DESDE LOS TIEMPOS MÁS REMOTOS, PRINCIPALMENTE EN EL ORIENTE, NO FUE SINO HASTA CON FRANCISCO ANTONIO MESMER, CUANDO LA HISTORIA MODERNA DE ESTA CIENCIA REGISTRA SU PRINCIPIO. MESMER DEDUJO QUE EL CUERPO HUMANO COMO EL MAGNETO TENÍA DOS POLOS, Y EMANABA UN FLUIDO INVISIBLE QUE SOLO CIERTAS PERSONAS ERAN CAPACES DE CONTROLAR, SE FORMÓ UNA COMISIÓN QUE CONSIDERABA COMO ANTICIENTÍFICAS LAS PRÁCTICAS MESMERIANAS, FORMADA POR EMINENTES SABIOS COMO BENJAMÍN FRANKLIN, ENTONCES EMBAJADOR DE ESTADOS UNIDOS Y EN FRANCIA LAVOISIER, POR LO QUE MESMER PERDIÓ SU PRESTIGIO, AUNQUE MUCHOS CREYERON EN L, Y AÚN EL ERRÓNEO CRITERIO MESMERIANO (MAGNETISMO) DE QUE SÓLO PERSONAS ESPECIALMENTE DOTADAS PUEDEN OPERAR, PREVALECE AÚN ACTUALMENTE Y HACE QUE HASTA AHORA SEAN POCOS LOS PRACTICANTES DE ESTA SENCILLA CIENCIA, CUYA TÉCNICA EN VERDAD ESTÁ AL ALCANCE DE TODOS, YA QUE LA SUGESTIBILIDAD ES UNA FUNCIÓN NORMAL EN EL INDIVIDUO Y POR LO TANTO TODOS PODEMOS SUGESTIONAR Y SER SUGESTIONADOS.

JAMES BRAID, MÉDICO ESCOSS RADICADO EN MANCHESTER EN 1840 CONCLUYÓ QUE ES MEDIANTE LA SUGESTIÓN COMO SE OBTIENE EL

FENÓMENO Y FUE ÉL QUIEN CREÓ EL VOCABLO HIPNOSIS DEL GRIEGO - "HIPNOS" QUE SIGNIFICA SUEÑO; SIN EMBARGO, ÚLTIMAS INVESTIGACIONES HAN COMPROBADO QUE ESTE TÉRMINO ES VACÍO DE SENTIDO EN RELACIÓN CON EL ESTADO RECEPTIVO ASI LLAMADO, YA QUE POR -- EJEMPLO; EL REFLEJO ROTULIANO QUE NO SE OBTIENE CUANDO LA PERSONA ESTÁ DORMIDA, SÍ SE EFECTÚA ESTANDO HIPNOTIZADA O DES-PIERTA.

UNA DE LAS TEORÍAS MÁS POPULARES, ES LA DE LA SUGES--TIÓN QUE AFIRMA QUE EL SUJETO CAE EN EL TRANCE DEBIDO A QUE - EL HIPNOTISTA LE PRESENTA PROGRESIVAMENTE LA IDEA DEL ADORMECIMIENTO Y ÉL ACEPTA SIN OFRECER RESISTENCIA. ESTA AFIRMA---CIÓN PUEDE CONSIDERARSE DESDE DOS ÁNGULOS; EL DEL HIPNOTISTA- Y EL DEL SUJETO.

SI SE TOMA EN CUENTA EL HIPNOTIZADOR, ÉSTE AL PRODU--CIR EL TRANCE CON SUS PALABRAS EJERCE DOMINIO SOBRE EL SUJETO PERO MUY RELATIVAMENTE, YA QUE ES SABIDO QUE NADIE PODRÁ SER- HIPNOTIZADO EN CONTRA DE SU VOLUNTAD, POR LO QUE SE REFIERE - AL SUJETO, ES PROBABLE QUE AL CAER EN EL TRANCE SÓLO SEA EFEC- TO DE UNA AUTOSUGESTIÓN QUE ÉL MISMO CONCENTRA EN EL HIPNOTIS- TA.

EL ANTIGUO CRITERIO MÉDICO, QUE ENFOCA SU ATENCIÓN EX- CLUSIVAMENTE A LO ORGÁNICO DESCUIDADO EL ASPECTO MENTAL DEL - ENFERMO, VA DESAPARECIENDO AL COMPROBARSE LA ESTRECHA CORRELA- CIÓN QUE EXISTE ENTRE LA MENTE Y EL CUERPO.

EL VALOR DEL HIPNOTISMO EN LA CORRELACIÓN DE DESÓRDENES FUNCIONALES ESTÁ PLENAMENTE RECONOCIDO POR HOMBRES DE CIENCIA, QUIENES ACEPTAN QUE MUCHOS TRASTORNOS PUEDEN SER ELIMINADOS CON EL AUXILIO DE LA HIPNO-SUGESTIÓN.

LOS GRANDES BENEFICIOS QUE PUEDEN DERIVARSE DE SU APLICACIÓN SON INCALCULABLES, YA QUE PUEDEN LIBERAR A MUCHAS-VÍCTIMAS DE DESEQUILIBRIOS EMOCIONALES.

EL EFECTO DE LAS EMOCIONES SOBRE EL ORGANISMO PUEDE SER ESTUDIADO UTILIZANDO LA TÉCNICA HIPNÓTICA, PUDIENDO CORRIGIRSE DETERMINADAS DESINTEGRACIONES MENTALES, ASÍ COMO OBTENER FISIOLÓGICAMENTE CAMBIOS DIFERENTES A LOS NORMALES EXPERIMENTADOS Y ALIVIA ALGUNOS DESÓRDENES FÍSICOS DE CARACTER FUNCIONAL.

FALSOS CONCEPTOS SOBRE HIPNOSIS.

ENTRE LOS PERJUICIOS MÁS POPULARIZADOS SE ENCUENTRA EL DE QUE CON LA HIPNOSIS SE ATROFIA EL CEREBRO ENTORPECIÉNDOSE LA INTELIGENCIA, SE SUPONE IGUALMENTE QUE PUEDE OBLIGARSE A UNA PERSONA HIPNOTIZADA A EJECUTAR ACTOS AJENOS A SU VOLUNTAD Y AÚN ACTOS CRIMINALES, PERO EN REALIDAD ESTO ES PRODUCTO DE LA IMAGINACIÓN; EL PACIENTE TIENE COMPLETO CONTROL DE CUALQUIER COSA QUE HAGA O DECIDE NO HACER DURANTE TODO EL PROCESO, SI SE EFECTÚA ALGO EN LO QUE ORDINARIAMENTE NO ESTARÍA DE ACUERDO, RÁPIDAMENTE SALDRÍA DEL ESTADO DE TRANCE.

ALGUNAS PERSONAS EVITAN LA HIPNOSIS POR MIEDO A REVELAR HECHOS PERSONALES, ESTO SERÍA POSIBLE CUANDO UNA PERSONA ES EXPERTA EN HIPNOSIS PERO DEBE TENERSE EN CUENTA QUE EL PACIENTE TIENE CONTROL DE SUS PATRONES DE COMPORTAMIENTO DURANTE LA HIPNOSIS, Y POR LO TANTO REVELA SOLO LO QUE A SU JUICIO LE SERÍA DE AYUDA DIRECTAMENTE A ÉL O A LA SITUACIÓN Y NO REVELARÍA NADA QUE ESTUVIERA EN SU CONTRA.

EL HIPNOTISMO NO SIGNIFICA ESTAR DORMIDO, AL CONTRARIO, CUANDO SE ESTÁ HIPNOTIZADO AUMENTA LA PERCEPCIÓN; SI EL SUJETO SE DUERME ELLO OBEDECE SOLO A QUE ESTABA EN UN ESTADO DE RELAJACIÓN COMPLETA Y QUERÍA DORMIR, AL DESPERTAR SE SENTIRÁ DESCANSADO.

AÚN CUANDO SE TRATA DE UN ESTADO DE HIPNOSIS PROFUNDA, NO SE CAERÍA EN LA INCONCIENCIA. CUANDO UNA PERSONA ESTÁ HIPNOTIZADA SE DÁ PERFECTA CUENTA DE LO QUE SUCEDE A SU ALREDEDOR.

EL ESTADO HIPNÓTICO VIENE A SER UNA ATENCIÓN RECONCENTRADA, NADIE HA PERMANECIDO POR TIEMPO INDEFINIDO EN ESTADO DE HIPNOSIS, EL HIPNOTISTA O EL SUJETO DAN FIN A DICHA CONDICIÓN CUANDO LO DESEAN; ES ALGO TAN SIMPLE COMO ABRIR LOS OJOS, FORZADAMENTE TENDRÁ QUE DESPERTAR DE LO QUE SE CONOCE COMO SUEÑO HIPNÓTICO. NO TIENE BASE EL TEMOR DE NO DESPERTAR, NO SE SABE DE UN SOLO CASO EN QUE EL SUJETO NO RETORNE AL ESTADO DE VIGILIA.

UNA RAZÓN QUE LOS DENTISTAS FRECUENTEMENTE DAN PARA NO USAR LA HIPNOSIS, ES QUE AUMENTAN EL TIEMPO DE LAS VISITAS DENTALES.

LOS QUE NO ESTÁN FAMILIARIZADOS CON LA TÉCNICA CREEN QUE SE NECESITA MUCHO TIEMPO, PERO MUCHO TIEMPO ES EL QUE PUEDE AHORRARSE AL TRATAR CON PACIENTES RELAJADOS Y COOPERATIVOS QUE SERÍAN INICIALMENTE HIPNOTIZADOS Y DEJADOS CON UNA SUGESTIÓN HIPNÓTICA.

EN PALABRAS DEL DR. ROY M. CORCUS, PROFESOR DE PSICOLOGÍA DE LA UNVIERSIDAD DE CALIFORNIA; "UN PACIENTE HIPNOTIZADO, POR NINGÚN MOTIVO SE ENCUENTRA A MERCED DE OTRA PERSONA.- NO CAERÁ EN TRANCE A MENOS QUE LO DESEE. NO HARÁ NADA A MENOS QUE ESTÉ DE ACUERDO. NO PERMANECERÁ EN ESTADO DE HIPNOSIS SI QUIERE SALIR DEL MISMO".

ESTADOS HIPNOTICOS.

HAY VARIOS ESTADOS DE TRANCE HIPNÓTICOS QUE SE PUEDEN OBTENER:

ANALGESIA.- MEDIANTE LA SUGESTIÓN PUEDE ELIMINARSE LA SENSIBILIDAD EN CUALQUIER REGIÓN DEL CUERPO. UNA DE LAS FORMAS CLÁSICAS PARA COMPROBAR LA ANALGESIA, ES LA DE PINCHAR UN BRAZO O LOS CARRILLOS DEL SUJETO SIN QUE EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS SE PRODUZCA DOLOR.

AUNQUE NO ES POSIBLE OBTENER LA ANALGESIA TOTAL EN TODAS LAS PERSONAS, EL DOLOR LLEGA A SER TOLERABLE POR LA MAYORÍA. AUNQUE LA NEUROLOGÍA ACTUAL NO HA PRECISADO DE MANERA ABSOLUTA EL PROCESO DE LA ANALGESIA HIPNÓTICA, EXISTE LA TEORÍA DE QUE AL DESCONECTARSE LAS DISTINTAS NEURONAS DE LOS CENTROS CEREBRALES NO LLEGAN A ÉSTOS LOS IMPULSOS PROMINENTES DE LA REGIÓN AFECTADA.

CATALEPSIA. - EL ESTADO CATALÉPTICO SE CARACTERIZA POR LA EXTRAORDINARIA RIGIDEZ QUE ADQUIEREN LOS MÚSCULOS, ALGUNAS PERSONAS MANTIENEN ESTA RIGIDEZ HASTA 48 HORAS. MIENTRAS QUE OTRAS SOPORTAN APENAS 5 MINUTOS. POR LO QUE SE DEBE TENER -- CUIDADO.

LA INDUCCIÓN DE LA CATALEPSIA ES SENCILLA HIPNOTIZANDO AL SUJETO POR CUALQUIER MÉTODO, SIMPLEMENTE SE LES DICE -- QUE CONFORME VAYA PASANDO LA MANO TOCÁNDOLE CON SUAVIDAD LOS DISTINTOS GRUPOS MUSCULARES, LA FLEXIBILIDAD DE ÉSTOS IRÁ DES APARECIENDO.

ANOSMIA. (SUPRESIÓN DEL OLFATO).- LA ELIMINACIÓN -- DEL SENTIDO DEL OLFATO PERMITE AL SUJETO LLEGAR A TOLERAR SIN APARENTE DIFICULTAD EL OLOR DEL AMONIACO QUE ES INSOPORTABLE EN ESTADO NORMAL.

SE RECOMIENDA NO PROLONGAR LA PRUEBA MÁS ALLÁ DEL LAPSO QUE ABARQUE 2 Ó 3 ASPIRACIONES NORMALES POR EL RIESGO QUE IMPLICA DE CAUSAR HEMORRAGIA.

ESTIGMATISMO.- (CIERTAS ALTERACIONES DE LA PIEL).- -
 EXISTEN AMPLIAS REFERENCIAS ACERCA DE EXPERIMENTOS CONSISTENTES EN EFECTUAR ALTERACIONES DE LA PIEL, TALES COMO PROVOCAR LA APARICIÓN DE UNA MANCHA BAJO EL ESTADO HIPNÓTICO ES POSIBLE EJERCER INFLUENCIA SOBRE LOS TEJIDOS DE LA MISMA MANERA - SE PUEDE TENER UN CONTROL SOBRE LOS MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS DE LOS MÚSCULOS.

ALUCINACIONES.- EN DETERMINADOS SUJETOS PUEDEN PROVOCARSE ALUCINACIONES CON ABSOLUTO REALISMO EN SUS ACTITUDES Y EMOCIONES.

INGERIR UN SUPUESTO VASO DE VINO POR EJEMPLO, PUEDE PRODUCIR UN ESTADO EUFÓRICO.

SE ACONSEJA PRESCINDIR DE SUGESTIONES QUE IMPLIQUEN DESAGRADO O TEMOR, O QUE EN ALGUNA FORMA PUEDAN LASTIMAR LA DIGNIDAD DEL SUJETO.

ALTERACIONES DE LOS SENTIDOS.- HABLANDO DE MODO GENERAL LAS FUNCIONES DE LOS SENTIDOS PUEDEN EFECTUARSE MEDIANTE LA SUGESTIÓN HIPNÓTICA, ASÍ COMO ES POSIBLE ANULAR LA SENSIBILIDAD, PUEDE PRODUCIRSE UNA HIPERESTESIA, ES DECIR, AGUDIZAR LA SENSIBILIDAD.

EL SENTIDO DEL OÍDO PUEDE ALTERARSE, YA SEA PARA QUE EL SUJETO NO PERCIBA LA DETONACIÓN DE UN REVOLVER DISPARADO A POCOS CENTÍMETROS DE SU OÍDO, O PARA QUE ESCUCHE LA CAÍDA DE-

UN ALFILER A UNA DISTANCIA DE 5 METROS.

SELECCION DEL PACIENTE.

ALGUNOS NIÑOS SON MEJORES CANDIDATOS QUE OTROS, DESAFORTUNADAMENTE NO EXISTE UNA FÓRMULA PARA HACER LA SELECCIÓN DE PACIENTES, PERO HAY MUCHOS FACTORES QUE DEBEN SER CONSIDERADOS:

EDAD.- ES IMPOSIBLE DETERMINAR LA EDAD ADECUADA PARA SER HIPNOTIZADO, PORQUE EL FACTOR EDAD SE RELACIONA CON LA NECESIDAD PARA LA HIPNOSIS, LA SITUACIÓN Y LA HABILIDAD DEL DOCTOR PARA USAR LA TÉCNICA. CON UN ADECUADO ENTENDIMIENTO Y CONOCIMIENTO DE MOTIVACIÓN Y COMUNICACIÓN, LOS DENTISTAS PUEDEN HIPNOTIZAR EFECTIVAMENTE AL NIÑO DE 3 Y 4 AÑOS.

INTELIGENCIA.- LOS PACIENTES INTELIGENTES CON BUENA CONCENTRACIÓN SON MEJORES SUJETOS.

ES IMPORTANTE SABER SI EL NIÑO TIENE UN NIVEL DE INTELIGENCIA BAJO, NORMAL O AVANZADO, YA QUE CONOCER SU EDAD MENTAL ES IMPORTANTE PARA VER QUÉ TIPO DE TÉCNICA USAR. EN PACIENTES POCO COMPRENSIVOS Y CON FALTA DE IMAGINACIÓN SE HAN ENCONTRADO ALGUNAS DIFICULTADES EN LAS TÉCNICAS HIPNÓTICAS.

PERSONALIDAD.- COMO SE TRATA CON DISTINTAS PERSONAS ES EXTREMADAMENTE DIFÍCIL DESCRIBIR UNA PERSONALIDAD TÍPICA QUE SEA FÁCILMENTE HIPNOTIZABLE, SIN EMBARGO CIERTOS RASGOS -

EN BUENOS SUJETOS PARA HIPNOSIS PUEDEN SER NOTADOS.

LOS NIÑOS QUE PARECEN TENER CONFIANZA Y CREEN EN EL DENTISTA SON LOS SUJETOS PREFERIDOS.

UN NIÑO CURIOSO E IMAGINATIVO GENERALMENTE ES RECEPTIVO A LAS SUGESTIONES. NIÑOS CON ESTOS RASGOS SORPRENDENTEMENTE SON BUENOS SUJETOS CUANDO SON TRATADOS CON UNA REPENTINA, CONFUSA Y FIRME TÉCNICA INDUCTIVA.

SITUACION.- CUANDO LOS PACIENTES PIDEN LA AYUDA O RECONOCEN QUE LA NECESITAN, LAS PROBABILIDADES DE TENER ÉXITO CON LA HIPNOSIS AUMENTA. UN PACIENTE QUE QUIERE LA HIPNOSIS ES UN SUJETO IDEAL Y ESTO COMO CONSECUENCIA NOS DARÁ UNA SITUACIÓN IDEAL.

PRINCIPIOS GENERALES DE LA TECNICA DE INDUCCION.

EXISTEN OCHO PRINCIPIOS BÁSICOS RELACIONADOS CON LA INDUCCIÓN HIPNÓTICA.

1.- CAPTURAR LA ATENCION DEL PACIENTE. ES EL PRIMER PASO Y ES ESENCIAL. CUANDO LA ATENCIÓN ES CONCENTRADA ES UNA IDEA, LA IDEA TIENDE A SER REALIZADA.

2.- MOTIVAR AL PACIENTE. SON INCONTABLES LOS MEDIOS PARA MOTIVAR AL PACIENTE A COOPERAR. LOS PADRES PUEDEN AYUDAR ANTES QUE EL NIÑO CONOZCA AL DENTISTA, SI NO ES ASÍ SERÁ COMPLETAMENTE LA RESPONSABILIDAD DEL ODONTÓLOGO.

ESTABLECER LA CONFIANZA DEL PACIENTE.- EL PACIENTE INFORMADO ES EL MEJOR SUJETO, SE USARÁ LO QUE EL PACIENTE ESTÉ HACIENDO O PENSANDO, SI DECIMOS ALGO QUE EL PACIENTE RECONOCE COMO VERDADERO CONFIARÁ EN NOSOTROS, SE EMPEZARÁ CON PEQUEÑAS SUGESTIONES PARA LOGRAR SU CONFIANZA Y LUEGO AUMENTARÁ LA DIFICULTAD DE LA SUGESTIÓN CUANDO LA CONFIANZA YA ESTÁ ESTABLECIDA.

USAR SUGESTIONES INDIRECTAS.- CUANDO SEA POSIBLE DEBEMOS EVITAR LA GUÍA DIRECTA DE SUGESTIONES. SE LE PUEDE DAR AL PACIENTE A ELEGIR VARIAS ALTERNATIVAS, PERO CUALQUIERA QUE ESCOJA NOS LLEVA AL RESULTADO DESEADO. ESTA TÉCNICA TIENE EL ASPECTO DE PERMISIVO A LOS PACIENTES A VECES ENCUENTRAN DIFICULTAD EN HACER UNA ELECCIÓN, PERO AL FINAL LOGRAN HACERLO.

USAR REPETICION.- LAS INSTRUCCIONES SON REPETIDAS FRECUENTEMENTE, POR LO QUE SE LE DICE AL NIÑO QUE ES LO QUE SE VA HACER, QUE ES LO QUE EL DENTISTA VA A HACER, Y QUÉ ES LO QUE SE ESPERA DE ÉL.

USAR LA IMAGINACION DEL PACIENTE.- EL PACIENTE DEBE SER CAPAZ DE IMAGINAR LO QUE SE LE ESTÁ INSTRUYENDO HACER O PENSAR.

CUANDO LA IMAGINACIÓN Y LA VOLUNTAD ESTÁN EN CONFLICTO, GENERALMENTE LA IMAGINACIÓN GANA, SIN EMBARGO, ES MEJOR DIRIGIR LA IMAGINACIÓN DE LA PERSONA HACIA ÁREAS EN QUE ÉSTA Y LA VOLUNTAD SEAN CAPACES DE COOPERAR.

LIGAR UNA EMOCION A UNA SUGESTION CUANDO SEA POSIBLE.

EMOCIONES COMO ALGUNAS REACCIONES A FELICIDAD, SENTIRSE BIEN, PROBAR ALGO, ALGÚN SENTIMIENTO. ESTAS AUMENTAN EL DESEO DEL PACIENTE Y LA HABILIDAD PARA COOPERAR EFECTIVAMENTE.

TENER UNA ACTITUD POSITIVA.- EN MUCHOS CASOS LOS PATRONES DEL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE SON CAMBIADOS MÁS EFECTIVAMENTE CUANDO A LOS PACIENTES SE LES DA PERMISO DE MOVERSE DE UN PATRÓN DE COMPORTAMIENTO O UNA ACTITUD HACIA OTRA. AUNQUE ALGUNOS RESPONDEN MEJOR A UNA SUAVE, PERO DOMINANTE PERSONALIDAD. EL TERAPISTA DEBE USAR SU JUICIO, PERO SIEMPRE LA ACTITUD DEL DENTISTA DEBE SER POSITIVA.

PREPARACION DEL NIÑO PARA LA INDUCCION.

PARA QUE SE LE HIPNOTICE:

- 1.- USTED DEBE DESEARLO.
- 2.- ES NECESARIO QUE SE LE TENGA CONFIANZA A EL HIPNOTISTA.
- 3.- DEBE ADIESTRAR SU MENTE PARA ACEPTAR LA SUGESTIÓN.
- 4.- BORRE EL MIEDO YA QUE ÉSTE ES UN BLOQUEO.

ANTES DE HIPNOTIZAR AL PACIENTE, DEBE ESTABLECERSE UN ESTADO PREOPERATIVO. HAY UNA PEQUEÑA DIFERENCIA ENTRE HIPNOTIZAR A UN NIÑO Y A UN ADULTO, LAS TÉCNICAS BÁSICAS Y LOS PRINCIPIOS SON LOS MISMOS, LA PRINCIPAL DIFERENCIA CLÍNICA ES LA COMUNICACIÓN, LA HABILIDAD COMUNICATIVA PREPARA AL PACIENTE.

TE PARA LA HIPNOSIS Y ES LO MÁS IMPORTANTE PARA LA INDUCCIÓN.

EL PRIMER PASO PARA LA PREPARACIÓN HIPNÓTICA, ES ELIMINAR LOS FALSOS CONCEPTOS.

EL SEGUNDO PASO ES ESTABLECER UNA GUÍA DE COMPORTAMIENTO, EXPLICARLE AL PACIENTE QUÉ ES LO QUE SE ESPERA Y QUÉ TIENE QUE HACER ÉL.

EL ÚLTIMO ESTADO DE PREPARACIÓN ESTÁ DESIGNADO A ESTABLECER LA CONFIANZA DEL PACIENTE. EL PACIENTE HACE EL TRABAJO, TODO LO QUE OCURRE ES PORQUE ÉL LO HACE.

EL DENTISTA QUE USA LA HIPNOSIS ES ANÁLOGO AL MAESTRO.

LOS MAESTROS MOTIVAN, ESTABLECEN OBJETIVOS Y AYUDAN A LOS ESTUDIANTES A ALCANZARLOS. ES EL ESTUDIANTE EL QUE APRENDE, NO EL MAESTRO. ASÍ EL CASO DE LA HIPNOSIS.

LAS CONSIDERACIONES PARA ORIENTAR AL PACIENTE Y ESCOGER EL MÉTODO DE INDUCCIÓN TAMBIÉN DEPENDE DEL CONOCIMIENTO, HABILIDADES Y ACTITUD DEL DENTISTA. LOS DENTISTAS SON DISTINTOS POR EJEMPLO; ELLOS PUEDEN SER AMABLES O FIRMES, INSEGUROS O EXTERIORIZAR CONFIANZA. EL DENTISTA DEBE ELEGIR LA TÉCNICA DE INDUCCIÓN QUE SE ADAPTE A SU PERSONALIDAD. SI ES REQUERIDA UNA TÉCNICA QUE LE SEA DIFÍCIL AL OPERADOR, ENTONCES SE DEBERÁ APRENDER A SER ACTOR. ESTUDIO Y PRÁCTICA DESARROLLAN LA HABILIDAD DE EFECTUAR CUALQUIER TÉCNICA REQUERIDA.

ALGUNOS DENTISTAS EMPIEZAN CON OBJETIVOS SIMPLES PARA

EL PACIENTE, COMO CERRAR SUS OJOS, LEVANTAR UN DEDO, DESCANSAR SUS MANOS EN SU REGAZO, RESPIRAR PROFUNDAMENTE O LEVANTAR UNA MANO.

CUANDO EL PACIENTE LOGRA EL OBJETIVO, O PASA LA PRUEBA PRESENTADA POR EL OBJETIVO ES ÉL QUIEN TIENE UN CAMBIO EN SU PATRÓN DE COMPORTAMIENTO.

HABLAR (VERBALIZACIÓN).- UNA DE LAS TÉCNICAS MÁS COMUNES Y EFECTIVAS, ES SIMPLEMENTE HABLARLE AL PACIENTE PRINCIPALMENTE CON LOS NIÑOS. LOS OJOS DEL PACIENTE PUEDEN ESTAR ABIERTOS O CERRADOS. SE DEBE DETENER UN CONTROL DEL TONO, DE LA VOZ, ASÍ COMO TAMBIÉN LA VELOCIDAD DE HABLAR.

LA INDUCCIÓN NOS LLEVA A UN PREDETERMINADO OBJETO DE COMPORTAMIENTO, USANDO UNA SECUENCIA DE SUGESTIONES, PARA QUE SEA EFECTIVA, LA NECESIDAD DEL PACIENTE DEBE SER CONSIDERADA ANTES DE EMPEZAR LA INDUCCIÓN, DE AHÍ LA IMPORTANCIA DEL ESTADO PREPARATORIO EN EL NIVEL CONCIENTE.

SUGESTION.- UNA SEGUNDA TÉCNICA DE INDUCCIÓN, ES LA DE SUGESTIONAR AL PACIENTE A QUE CIERRE SUS OJOS CUANDO EL DENTISTA HAGA O DIGA ALGO. EL ESTÍMULO PUEDE SER; DECIR SU NOMBRE, TOCAR SU MUÑECA, O TOCAR LOS LADOS EXTERNOS DE LOS OJOS. DESPUÉS DE CERRAR LOS OJOS EL PACIENTE ESCUCHA CUIDADOSAMENTE LAS PALABRAS DEL DENTISTA. EL CIERRE DE LOS OJOS VIENE A SER UN OBJETIVO LOGRADO, DESPUÉS SE LE HACEN SUGESTIONES, PERO DEBEN SER ESCOGIDAS CUIDADOSAMENTE LAS SUGESTIONES QUE

EL PACIENTE PUEDA O DEBA EFECTUAR.

LOS OBJETIVOS SUGESTIVOS DEBEN PROGRESAR EN DIFICULTAD, CADA SUGESTIÓN CORRECTAMENTE SEGUIDA DÁ AL SUJETO NUEVA CONFIANZA DE SEGUIR CON OTRAS.

IMAGINACION.- OTRA BUENA TÉCNICA DE INDUCCIÓN SE REFIERE A LA IMAGINACIÓN DEL NIÑO. SIN EMBARGO, COMO SUPUESTAMENTE LA IMAGINACIÓN ES AÑADIDA A LA PERSONALIDAD COMO DE LOS TRES Y MEDIO A LOS CUATRO AÑOS, ESTA MEDIDA NO ES MUY ADECUADA EN MENORES.

TECNICAS DE CONFUSION.- ESTA TÉCNICA DE INDUCCIÓN SE USA CON PACIENTES DIFÍCILES Y POCO COOPERATIVOS.

AQUÍ NO HAY PERÍODO DE PREPARACIÓN, LA LLAVE DE LA DISTRACCIÓN O CONFUSIÓN.

DESPUÉS DE UN BREVE PERÍODO DE ESTAR CALMADO Y AMIGABLE CON EL NIÑO INCOOPERATIVO DE REPENTE EL DENTISTA CAMBIA TODA SU PERSONALIDAD Y MANERA DE ACTUAR. EL MÉTODO DE CONFUSIÓN SE VOLVERÁ PERSONAL Y DISTINTO AL DE CUALQUIER TERAPEUTA. UN EJEMPLO DE ESTE MÉTODO ES: USANDO UNA REPENTINA Y FUERTE VOZ DE ORDEN DIGA AL PACIENTE; ABRE BIEN TUS OJOS, PON LAS MANOS ABAJO, ABRE LOS OJOS, CRUZA LAS MANOS, (MIENTRAS SE DICE ESTO, MUY RÁPIDO SE ESTÁ TOCANDO AL PACIENTE Y FORZÁNDOLO A MOVER LAS PARTES DE SU CUERPO QUE SE LE INDICA) CIERRA LOS OJOS, CUÁL ES TU NOMBRE, ABRE LOS OJOS.

EN ESTE MOMENTO HÁBLELE RÁPIDO; EMPIECE A DARLE INSTRUCCIONES PERO SIN TERMINAR LAS OTRAS INSTRUCCIONES: LEVANTA EL BRAZO, CUAL ES TU NOMBRE, DE REPENTE SE ESTÁ TOCANDO AL PACIENTE Y SE LE DICE "CIERTA TUS OJOS Y ESCÚCHAME CUIDADOSAMENTE Y YO TE AYUDARÉ".

DESPUÉS CALMADAMENTE Y EN UNA MANERA AMIGABLE MURMÚRE LE: "TEN TUS OJOS CERRADOS COMO SI ESTUVIERAN PEGADOS, ESCUCHA CON CUIDADO Y YO TE AYUDARÉ A PASAR UN RATO AGRADABLE".

DE SUS INSTRUCCIONES REPITIENDO "VAS A PASAR UN RATO AGRADABLE TODO EL TIEMPO QUE TENGAS TUS OJOS CERRADOS Y DESCANSES TRANQUILAMENTE". YO TE VOY HABLAR Y A ARREGLAR TUS DIENTES, Y ELLOS VAN A ESTAR BIEN. CUANDO QUIERA QUE ABRAS TUS OJOS TE LO DIRÉ Y TUS DIENTES VAN A SENTIRSE BIEN Y FELICES.

TECNICA DE LA MONEDA. - ESTA TÉCNICA TIENE ÉXITO PARA PACIENTES CON RESISTENCIA PASIVA, LOS PACIENTES SON INSTRUIDOS A MIRAR AL DENTISTA MIENTRAS LA TÉCNICA ES DEMOSTRADA A CADA PASO. SE LE DICE AL PACIENTE QUE EXTIENDA LA MANO DERECHA AL NIVEL DEL HOMBRO CON LA PALMA HACIA ARRIBA, SE LE PONE UNA MONEDA SOBRE ELLA Y SE LE DICE: POR FAVOR FIJA TUS OJOS TODO EL TIEMPO QUE ESTÉN ABIERTOS EN LA MONEDA, MANTÉN TU BRAZO EXTENDIDO. LA MONEDA SE EMPEZARÁ A SENTIR PESADA, MIENTRAS TU MIRAS LA MONEDA Y YO HABLO, TU MANO VA A ROTAR UN POCO Y PRONTO LA MONEDA VA A CAERSE DE TU MANO, TUS OJOS SE CERRARÁN CONFOR

TABLEMENTE Y TU CUERPO ENTERO SE SENTIRÁ PESADO Y RELAJADO. - TU BRAZO QUE ESTABA SOSTENIENDO LA MONEDA CAERÁ COMO SI NO HUBIERA CONTROL, ES MUY PESADO, LOS MÚSCULOS DE TU NUCA SE RELAJARÁN Y TU CABEZA CAERÁ EN UNA POSICIÓN CONFORTABLE. TE DARÁS CUENTA QUE ES MUY CONFORTABLE, UNA CONDICIÓN RELAJADA, DESPUÉS TE DARÉ MÁS INSTRUCCIONES.

SUGESTIONES POSHIPNOTICAS.

DURANTE EL TRANCE HIPNÓTICO PUEDEN SER DEJADOS MUCHOS PENSAMIENTOS EN EL PACIENTE QUE SON VENTAJOSOS, ESTOS PENSAMIENTOS SE LLAMAN SUGESTIONES HIPNÓTICAS, Y PUEDEN SER APLICADAS AL MANEJO DEL PACIENTE Y SU TERAPIA.

LA SUGESTIÓN SE DA TOCANDO UNA DETERMINADA ÁREA, COMO EL HOMBRO DERECHO QUE SE TOCARÁ CUANDO EL NIÑO REGRESE.

EL PACIENTE SE PROGRAMA DE MANERA QUE CUANDO OCUPE EL SILLÓN Y RECIBA LA SEÑAL, REGRESARÁ AL ESTADO RELAJADO, SI ESTO NO OCURRE PRONTO, SE LE GUÍA DE NUEVO AL ACUERDO. LA TÉCNICA POSHIPNÓTICA AHORRA MUCHO TIEMPO EN EL CONSULTORIO, AYUDA AL PACIENTE A RELAJARSE Y DISFRUTAR SUS VISITAS DENTALES.

APLICACION DE LA HIPNOSIS EN ODONTOPEDIATRIA.

EL APRENDIZAJE DE LA TÉCNICA DE INDUCCIÓN NO ES LA PRINCIPAL AYUDA DE LA HIPNOSIS.

HIPNOSIS ES MUCHO MÁS: ENVUELVE UN PLANEAMIENTO Y CONDUCE A UNA SITUACIÓN DE TRANCE, A UN CAMBIO DESEADO EN EL COMPORTAMIENTO.

LA HIPNOSIS TIENE MUCHAS APLICACIONES EN ODONTOPEDIATRÍA ADEMÁS DE RESOLVER PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO PUEDE SER USADA:

1.- PARA ALTERAR SITUACIONES DE ANSIEDAD; ALGUNOS NIÑOS SON NERVIOSOS O APREHENSIVOS EN SU PRIMERA VISITA.

SI EL DENTISTA POR MEDIO DE ACCIONES O PALABRAS CAMBIA EL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE PARA QUE ESTÉ MENOS NERVIOSO, LA HIPNOSIS HABRÁ SIDO USADA BENEFICIOSAMENTE.

2.- PARA AYUDAR A RELAJARSE, YA QUE USADA EFECTIVAMENTE SE OBSERVA RELAJACIÓN A LOS MÚSCULOS DE LA CARA Y A VECES EL RESTO DEL CUERPO.

3.- PARA DIAGNOSTICAR Y CORREGIR HÁBITOS. PUEDE DETERMINARSE CAUSAS DE BRUXISMO Y DE CHUPARSE EL DEDO.

4.- PARA CONTROLAR EXCESIVA SALIVACIÓN. SI SE USA APROPIADAMENTE LA HIPNOSIS PUEDE CONTROLAR EL FLUJO SALIVAL.

5.- COMO UNA ANESTESIA TÓPICA, YA QUE HACE INDOLORA LA INSERCIÓN DE LA AGUJA.

6.- PARA CONTROLAR EL DOLOR. COMO EL TEMOR Y EL DOLOR SE RELACIONAN: LA REDUCCIÓN DEL PRIMERO ELIMINA EL SEGUNDO.

DO, PUDIENDO DISMINUIR EL VOLUMEN DE ANESTESIA O ELIMINARLO - COMPLETAMENTE.

7.- PARA IMPULSAR COOPERACIÓN EN EL HOGAR, YA QUE LAS SUGESTIONES POSHIPNÓTICAS PUEDEN REFORZAR LAS TÉCNICAS DE HIGIENE ORAL.

8.- PARA CONTROLAR HEMORRAGIA. ESTO SE RELACIONA CON LA HABILIDAD DEL DENTISTA, EL RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE LA NECESIDAD DE DEJAR DE SANGRAR.

9.- PARA PROGRAMAR PACIENTES PORQUE CON LAS SUGESTIONES POSHIPNÓTICAS SE PUEDE INFLUENCIAR LA ACTITUD DEL PACIENTE HACIA LA ODONTOLOGÍA Y SUS CITAS FUTURAS PUEDEN SER MÁS -- AGRADABLES CON ESTE TÉCNICA. LA IMAGEN DE LA ODONTOLOGÍA PUEDE SER AUMENTADA EN LA MENTE DE LOS PACIENTES Y EN LA DE AQUELLAS PERSONAS QUE ESTÁN EN CONTACTO CON LOS PACIENTES.

RAZONES PARA LA FALLA DE INDUCCION.

DESDE EL COMPORTAMIENTO DE TODOS LOS NIÑOS PUEDE SER CAMBIADO POR ALGÚN ACTO O PALABRA, TODOS LOS PACIENTES SON POTENCIALMENTE CANDIDATOS PARA LA HIPNOSIS, SIN EMBARGO, A VECES NO RESULTA EFECTIVO LO QUE SUCEDE ES QUE NO TODOS LOS NIÑOS SIGUEN LAS SUGESTIONES Y LAS CIRCUNSTANCIAS VARÍAN, SE HAN ENCONTRADO ALGUNAS RAZONES PARA LAS FALLAS DE INDUCCIÓN:

1.- LOS NIÑOS USAN PATRONES DE COMPORTAMIENTO NEGATIVO PARA OBTENER EL RESULTADO DESEADO. UN CAMBIO DE COMPORTAMIENTO; COMO EL NIÑO CONTROLA SU COMPORTAMIENTO PUEDE FALLAR EN EL CAMBIO, EN ESTE CASO EL NEGATIVISMO PRIMERO DEBE SER VENCIDO Y EL PACIENTE LUEGO SERÁ MOTIVADO.

2.- LOS PACIENTES TIENEN MUCHOS TEMORES DEFINIDOS, PUEDEN NO ESTAR PREPARADOS PARA EL CAMBIO. EL TEMOR PUEDE SER REAL O IMAGINARIO, LA FALLA RESULTA SI EL TEMOR NO ESTÁ IDENTIFICADO EN EL ESTADO DE PREPARACIÓN.

3.- FALTA DE MOTIVACIÓN POSITIVA, SI EL DENTISTA NO HA TOMADO EL TIEMPO NECESARIO PARA MOTIVAR AL PACIENTE, EL PROCESO DE INDUCCIÓN PUEDE SER IMPEDIDO.

4.- SE NECESITA PRIMERO HABILIDAD COMO EN TODA TÉCNICA PARA UNA INDUCCIÓN ESPECÍFICA, ADEMÁS EL DENTISTA DEBE TENER HABILIDAD DE MANEJAR MUCHAS SITUACIONES.

5.- LA PERSONALIDAD DEL DENTISTA Y DEL PACIENTE A VECES CHOCAN ENTRE SÍ, Y COMO RESULTADO UN DENTISTA PUEDE FALLAR EN EL HIPNOTIZAR UN NIÑO Y CON OTRO TENER ÉXITO, LA FALTA DE CONFIANZA EN EL DENTISTA FRECUENTEMENTE DA UN ROMPIMIENTO DE LA RELACIÓN CON EL PACIENTE.

CAPITULO VIII

ADAPTACION DEL CONSULTORIO

ES DETERMINANTE LA PRIMERA IMPRESIÓN DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL YA QUE DE AHÍ SE PODRÁ TENER UN BUEN PACIENTE O UN MAL PACIENTE.

ES POR ESO QUE EL AMBIENTE DEL CONSULTORIO DEBE SER AGRADABLE EN TODOS LOS ASPECTOS.

MUCHOS CIRUJANOS DENTISTAS GENERALES MUY EXITOSOS, QUIENES VEN DIARIAMENTE GRAN NÚMERO DE NIÑOS NO TIENEN HABITACIONES O EQUIPOS DISEÑADOS ESPECIALMENTE. NO ES IMPRESCINDIBLE, NI REQUISITO IMPORTANTE PARA UNA GRAN PRÁCTICA ODONTOPEDIÁTRICA, TENER UN SILLÓN DENTAL PARA NIÑOS, SALA, GABINETE, Y LA SALA OPERATORIA ESPECIAL.

SE PUEDE BRINDAR UNA ASISTENCIA TAN COMPLETA Y HACER UN TRABAJO TAN BUENO, EN UN SILLÓN PARA ADULTOS Y EN UNA SALA COMÚN. NO HAY DUDA, SIN EMBARGO, QUE UN EQUIPO PARA NIÑOS Y UNA HABITACIÓN DECORADA PARA ELLOS, SIGNIFICA UNA VENTAJA PSICOLÓGICA EN APRECIABLE NÚMERO DE CASOS. ES CIERTO QUE TANTO LOS PADRES COMO LOS NIÑOS NO PUEDEN DEJAR DE IMPRESIONARSE, -

SI EL CONSULTORIO EJEMPLIFICA UN INTERÉS ESPECIAL PARA LOS NIÑOS.

EL PADRE QUE LLEVA A SU HIJO AÚN CONSULTORIO ODONTOLÓGICO ATRAYENTE, QUE REFLEJA UN INTERÉS VERDADERO EN LOS NIÑOS, COMENTARÁ SIN DUDA LA EXPERIENCIA CON OTRAS PERSONAS QUE TENGAN OPORTUNIDAD DE HACERLO.

EL ODONTÓLOGO QUE NO CONSIDERA ACONSEJABLE INSTALAR UNA HABITACIÓN OPERATORIA ESPECIAL, Y ADEMÁS FACILIDADES, PARA LOS NIÑOS, PUEDE HACERLES SU SALA DE RECUPERACIÓN MÁS ATRACTIVA, SELECCIONANDO UNA O DOS SILLITAS CON UNA MESA Y ALGUNOS LIBROS O REVISTAS ADECUADOS A LOS DISTINTOS NIVELES DE EDAD. ALGUNOS CONSULTORIOS TIENEN PINTADOS O PEGADOS PERSONAJES DE WALT DISNEY.

LA LIMPIEZA EN EL CONSULTORIO ES IMPORTANTE YA QUE MUCHOS PADRES JUZGAN LA CAPACIDAD DEL ODONTÓLOGO POR LA LIMPIEZA DE SU CONSULTORIO. LA LIMPIEZA DEBE APRECIARSE EN TODOS LOS DETALLES.

UN CONSULTORIO SUCIO REVELA EL NIVEL Y EFICIENCIA DEL DENTISTA ES CASI INNECESARIO MENCIONAR QUE ÉSTE DEBE LUCIR UN GUARDAPOLVO IMPECABLE, LIBRE DE TODA SUCIEDAD COMO MANCHAS DE SANGRE SE ESTARÁ PERFECTAMENTE AFEITADO, Y BIEN VESTIDO Y ARREGLADO. EL ALIENTO DEBE SER AGRADABLE Y LOS DEDOS NO DEBÉN OLER A TABACO; A QUIEN NO FUME EL OLOR DE TABACO LE PUEDE RESULTAR OFENSIVO LAS UÑAS ESTARÁN BIEN LIMPIAS Y RECORTADAS.

TODO EL PERSONAL AUXILIAR DEBE VESTIR CON CORRECCIÓN, DEBEN LLEVAR SUS CABELLOS BIEN PEINADOS Y LUCIR MANOS Y UÑAS- ATRACTIVAS SUS UNIFORMES DEBEN ESTAR BIEN LIMPIOS Y PLANCHA-- DOS.

UNA ASISTENCIA PULCRA, JUICIOSA Y PROGRESISTA, PUEDE- SER DE VALOR INSOSPECHADO EN LA PRESENTACIÓN DEL NIÑO EN EL - CONSULTORIO.

ES ELLA QUIEN GENERALMENTE, VE PRIMERO AL NIÑO Y ESTA IMPRESIÓN ES LA QUE DURA MÁS EN EL PEQUEÑO.

UNA VOZ Y UNA PERSONALIDAD AGRADABLE, COMBINADOS CON- EVIDENTE INTERÉS EN LOS PROBLEMAS DEL MOMENTO, HAN CONQUISTA- DO LOS TEMORES DE MUCHOS NIÑOS Y AGRADO A MUCHOS ADULTOS.

EL REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA Y LOS DATOS RELATI- VOS A LOS DIVERSOS TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS, ES UNA LABOR DE LA MAYOR IMPORTANCIA QUE PUEDE REALIZAR BIEN- EL ASISTENTE DENTAL.

PUEDE TAMBIÉN HACÉRSELE RESPONSABLE DE LOS LLAMADOS - RECORDATORIOS A LOS PACIENTES Y DE OTROS DEBERES, RELACIONA-- DOS CON LA PARTE DEL CONSULTORIO.

EL ASISTENTE DENTAL SERÁ DE PARTICULAR VALOR ALREDE-- DOR DEL SILLÓN, YA QUE PUEDE AYUDAR MATERIALMENTE A REDUCIR - EL PROMEDIO DEL TIEMPO OPERATORIO, FACTOR MUY IMPORTANTE EN - EL TRATAMIENTO DEL NIÑO.

ES EXTREMADAMENTE IMPORTANTE EN UN CONSULTORIO DE ---
ODONTOPEDIATRÍA LA UTILIZACIÓN EFICIENTE DE LAS AYUDANTES POR
QUE:

1.- DISMINUYE EL PERÍODO DE TIEMPO DE LA VISITA DEN--
TAL Y ÉSTO AYUDA AL MANEJO DEL NIÑO.

2.- ESTUDIOS DEL TIEMPO Y MOVIMIENTO MUESTRÁN QUE UN-
AYUDANTE HACE DISMINUIR EL NÚMERO NECESARIO DE MOVIMIENTOS, -
LO QUE REDUCE EL CANSANCIO DEL DENTISTA.

3.- EL DENTISTA PRÁCTICA CON MÁ S EFICIENCIA Y RAPIDEZ
CON LO QUE SE VUELVE MÁ S PRODUCTIVO.

LA CANTIDAD DE TRABAJO QUE SE LLEVA A CABO COMPENSA -
AMPLIAMENTE EL GASTO DEL SUELDO DE LA AYUDANTE.

PARA MANTENER UN MAYOR RENDIMIENTO EN LA UTILIZACIÓN-
ADECUADA DE LA AYUDANTE SE LLEVA A CABO LA ODONTOLOGÍA A CUA-
TRO MANOS, LO CUAL IMPLICA QUE CONSTANTEMENTE SE EMPLEAN LAS-
MANOS DE LA AYUDANTE EN EL TRATAMIENTO DEL NIÑO. NO ES NECE-
SARIO QUE EL ODONTÓLOGO DESVÍE SUS MANOS O SU ATENCIÓN DE LA-
TAREA QUE ESTÁ REALIZANDO, Y DE ESTA MANERA DISMINUYE LA CAN-
TIDAD DE MOVIMIENTOS INNECESARIOS, PUDIENDO REALIZAR MAYOR --
CANTIDAD DE TRABAJO.

ESTE CONCEPTO SE USA AMPLIAMENTE EN LA ACTUALIDAD EN-
PRÁCTICAS MODERNAS DE ODONTOPEDIATRÍA.

LA AYUDANTE DENTAL PUEDE EJERCER UNA GRAN INFLUENCIA- EN LA ACEPTACIÓN DEL NUEVO AMBIENTE POR PARTE DEL NIÑO. SU - PAPEL COMIENZA CON LA CONVERZACIÓN TELEFÓNICA PREVIA CON LA - MADRE Y ASUME ESPECIAL IMPORTANCIA MIENTRAS CUMPLE DEBERES DU RANTE LA PRIMERA VISITA DEL PEQUEÑO AL CONSULTORIO. FORMA -- PARTE DE SU TAREA LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN ESENCIAL ACERCA DEL NIÑO SOLICITÁNDOLA A LA MADRE, Y DEBE PONER EN CONOCIMIEN TO DE ESTÁ LAS NORMAS QUE RIGEN EN EL CONSULTORIO.

BIBLIOGRAFIA

1.- ALDER A.

INFLUENCE OF SOCIAL LEVEL AND PSYCHIATRIC SYMPTOMATOLOGY, OF CHILDHOOD DIFFCULTIES CLINIC OF TEHE WOODS, LANGHORNE, 1945.

2.- ARNOLD GESELL:

PSICOLOGÍA EVOLUTIVA DE 1 A 16 AÑOS BUENOS AIRES, PAIDOS, 1973.

3.- ARSENIAN J. M.

YOUNG CHILDREN IN AN INSECURE SITUATIÓN J. ABNORM AND SOCIAL PSYCHOL, 1943

4.- BAILEY, TABOT AND TAYLOR:

A COMPARISON OF MATERNAL ANXIETY LEVELS WITH ANXIETY-LEVELS MANIFESTAD IN THE CHILD DENTAL PATIENTS, JOURNAL OF DENTISTRY FOR CHILDREN VOL. 40:277-284, JULY-AUG, 1973.

5.- BIJOU SIDNEY AND BAER DONALD.

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO INFANTIL TEORÍA EMPÍRICA Y SISTEMÁTICA DE LA CONDUCTA.

6.- BRAVER JHON C.

DENTISTRY FOR CHILDREN GRAW-HILL-BOOK, COMPANY 1964.

- 7.- BRAVER JHON C.
ODONTOLOGÍA PARA NIÑOS
EDITORIAL MUNDI, 1959.
- 8.- CAIMI:
PREPARACIÓN OF THE PATIENT FOR DENTAL
CARE. TRIBUNA ODONTOLÓGICA,
(BUENOS AIRES) 58: (4-5-6-): 123-125,
APR-JUN, 1974. ESPAÑA.
- 9.- EDGARDO ULLOA MARTÍN:
PSICOLOGÍA APLICADA A ODONTOLOGÍA Y LA
RELACIÓN DENTISTA-PACIENTE. REV. A.D.M.
XXVI (3): 235-255, MAY-JUN, 1969.
- 10.- EGOZCUE MARÍA INÉS:
TRATAMIENTO COMBINADO ODONTOLÓGICO
PSICOLÓGICO EN NIÑOS. REV. ASOC.
ODONT. ARG. 55:183-6, MAYO, 1967.
- 11.- EICHENEBAUMY DUNN:
PROJECTIVE DRAWINGS BY CHILDREN UNDER
REPEATED DENTAL STRESS. J. DENT. CHILD
38: 164-173, MAY-JUN, 1971.
- 12.- ELIZONDO A.S.,:
¿PORQUEÉ PERDEMOS PACIENTES?
REV. A.D.K. XVI (6): 413-16,
NOV.DIC, 1959.
- 13.- ESCOBAR A. :
WAT IS CHILDRÉ'S DENTISTRY?, TEMAS
ODONT. 10:153-6, JUL-SEP, 1968 (SPA)

14.- FINN S.B.

HIPNOSIS EN PAIDODONCIA
ODONTOLOGÍA CLÍNICA NORTEAMERICANA
EDITORIAL MUNDI, 1963
SERIE V. VOLUMEN 15.

15.- FINN B. SIDNEY:

ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA
MÉXICO, INTERAMERICANA, 1977.

16.- F. DÍAZ JOSÉ:

EL FACTOR PERSONALIDAD EN EL ODONTÓLOGO
INFANTIL, REV. A.D.M.
XIX (1-6): 99-103, 1962.

17.- FIGGE M.

SOME FACTORS IN THE ETIOLOGY OF
MATERIAL REJECTION
SMITH COLLEGE STUDIES IN SOCIAL WORK. 1932.

18.- FUENTES SERVIN P.

FACTORES PSICOLÓGICOS QUE INFLUYEN
EN LA ODONTOLOGÍA INFANTIL
REVISTA A.D.M.
VOLUMEN XXX No. 2, MARZO DE 1973.

19.- GESELL ARNOLD

EL NIÑO DE 5 A 10 AÑOS
EDITORIAL PAIDOS 1971.

20.- GRESELL ARNOLD

EL ADOLESCENTE DE 10 A 16 AÑOS
EDITORIAL PAIDOS - 1972.

21.- HARNDT AND WEYERS

ODONTOLOGÍA INFANTIL
 EDITORIAL MUNDI 1967
 PSICOLOGÍA INFANTIL EN EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

22.- HOTS:

ODONTOPEDIATRÍA, ODONTOLOGÍA PARA NIÑOS
 Y ADOLESCENTES, ARGENTINA, EDIT.
 MÉDICA PANAMERICANA, 1977.

23.- KEYS, FIELD Y KORBOOT:

TREATMENT OF DENTAL PHOBIA IN CHILDREN
 DENTAL ABSTRACTS, 24 (2): 94-5,
 FEB, 1979.

24.- LAMONS:

PSYCHOLOGY AND CHILDREN'S DENTAL
 PRACTICE. J.A.D.A., 1978.

25.- LAWS G.

PARENT CHILD RELACIONSHIPS
 NEW YORK
 COLUMBIA UNIVERSITY.

26.- LENER MICHAEL H.

DIVERSOS ASPECTOS DE MOTIVACIÓN
 CLINICAS ODONTOLÓGICAS DE NORTE AMERICA
 ODONTOLOGÍA PEDIATRICA.
 EDITORIAL INTERAMERICANA - 1973 ENERO.

27.- MADRIGAL LLORENTE ALFREDO:

LOS NIÑOS SON ASÍ.
 MÉXICO, EDIT. JUS, 1956.

28.- PLAINFIELD S. AND ALDER N.

EL SIGNIFICADO DEL DOLOR.
ODONTOLOGÍA CLÍNICA DE NORTE AMERICA
SERIE VI, VOLUMEN 18.
EDITORIAL MUNDI- BUENOS AIRES 1964.

29.- RAY NER K.

CONDICIONES EMOTIONAL REACTIONS
EXPER PSYCHOL 1920.

30.- RIBES INESTA EMILIO:

TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA.
MÉXICO, TRILLAS, 1976.

31.- ROSENBERG JACK L.S.

PSYCHOLOGICAL EVALUATION OF PHYSICAL
ASPECTS OF THE DENTAL OFFICE.
DENTAL CLINIC OF NORTH AMERICA.
LONDON 1962.

32.- TEUSCHER G. W.

APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA ODONTOLÓGICA
CLÍNICAS DE NORTH AMÉRICA
PAIDODONCIA.

33.- THOMPSON LEWIS, LAW, DAVIS JOHN:

UN ATLAS DE ODONTOPEDIATRÍA

34.- TJSSEM T.D.

CONSIDERACIONES PSICOLÓGICAS EN LA ATENCIÓN DEL
PACIENTE.
ODONTOLÓGICO ADOLESCENTE
ODONTOLOGÍA CLÍNICA DE NORTH AMÉRICA
EDITORIAL MUNDI.
SERIE X VOLUMEN 20 - 1971.