

28 No 147

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

"ZARAGOZA"

"MANEJO DEL NIÑO EN LA ODONTOLOGIA"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

C I R U J A N O   D E N T I S T A

PRESENTAN

- VASCONCELOS SOBERANES SUSANA
- MANZO CALDERON SERGIO



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.

## INDICE

	HOJA
- INTRODUCCION.....	1 - 2
- FUNDAMENTACION DEL TEMA.....	3
- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
- OBJETIVO GENERAL.....	5
- HIPOTESIS.....	6
UNIDAD I. ASPECTOS PSICOLOGICOS.....	7 - 8
1.1 Desarrollo de la personalidad.....	8 - 10
1.2 Teorías psicoanalíticas del desarrollo de la personalidad.....	10 - 11
1.3 Desarrollo psicosexual.....	11 - 12
1.4 Edad preescolar.....	12 - 19
1.5 Edad escolar.....	19 - 26
1.6 Características por edad.....	26 - 31
Bibliografía.....	32 - 33
UNIDAD II. ANSIEDAD Y MIEDO.....	34 - 35
2.1 Miedo.....	35 - 36
2.2 Ansiedad.....	36 - 39
2.3 Mecanismos de defensa.....	39 - 43
2.4 Hostilidad hacia los padres.....	43
2.5 Fobia dental.....	43 - 44
2.6 Ansiedad de los padres.....	44 - 45
2.7 Factores socio-culturales.....	45
Bibliografía.....	46 - 47
UNIDAD III. AMBIENTE EN EL CONSULTORIO DENTAL... 48	
3.1 Planificación.....	48 - 49
3.2 División del espacio.....	49 - 50
3.3 Iluminación.....	50 - 53
3.4 Decoración.....	54 - 56
3.5 Material audiovisual.....	57
Bibliografía.....	58 - 59

UNIDAD IV. RELACION ODONTOLOGO PACIENTE.....	60
4.1 Transferencia y contratransferencia.....	60 - 61
4.2 Introducción del niño a la odontología....	61 - 62
4.3 Actitud del niño hacia la odontología.....	63 - 64
4.4 Llanto en el consultorio dental.....	64 - 66
4.5 Papel del odontólogo.....	66 - 67
4.6 Historia clínica.....	68 - 79
Bibliografía.....	80 - 81
UNIDAD V. LA VISITA AL CONSULTORIO.....	82
5.1 Papel de los padres.....	83 - 84
5.2 Presencia de los padres en el cuarto operatorio.....	84 - 86
5.3 Efecto de las actitudes maternas.....	86 - 88
5.4 Factores que determinan la actitud del niño hacia la visita al consultorio...	88 - 89
5.5 Tipos de paciente infantil que asisten a la consulta.....	90 - 96
5.6 Información previa a la visita dental....	96 - 99
5.7 Recepción del niño.....	99 - 102
5.8 Momento y duración de la visita.....	102 - 104
Bibliografía.....	105 - 106
UNIDAD VI. TECNICAS DE MANEJO.....	107 - 108
6.1 Aplicación frecuente del estímulo.....	108 - 109
6.2 Decir, Mostrar, Realizar.....	109 - 111
6.3 Persuasión.....	111 - 112
6.4 Control de voz.....	112 - 113
6.5 Modelamiento.....	113 - 115
6.6 Imitación social.....	115
6.7 Mano sobre boca.....	115 - 116
6.8 Mano sobre boca y nariz.....	116 - 118
6.9 Desensitización.....	118 - 120
6.10 Distracción y relajación.....	120 - 121
6.11 Modificación de la conducta.....	121 - 123
6.12 Manejo por contingencia.....	123 - 125
6.13 Técnica del ridículo.....	125
Bibliografía.....	126 - 129

HOJA

UNIDAD VII.   PREMEDICACION.....	130 - 132
7.1 Diazepam.....	132 - 133
7.2 Meprobamato.....	133 - 135
7.3 Fenotiacina.....	135 - 137
7.4 Prometacina.....	137 - 138
7.5 Hidroxicina.....	138 - 141
7.6 Secobarbital.....	141 - 142
7.7 Hidrato de cloral.....	142 - 145
7.8 Meperidina.....	145 - 146
7.9 Alfaprodina.....	146 - 147
Bibliografía.....	148
UNIDAD VIII.   OXIDO NITROSO.....	149
8.1 Generalidades.....	149 - 150
Bibliografía.....	151
UNIDAD IX.    ANESTESIA GENERAL.....	152 - 154
9.1 Indicaciones para anestesia general.....	153 - 154
9.2 Procedimientos Preoperatorios.....	154
9.3 Procedimientos en el quirófano.....	154 - 156
9.4 Medicación preliminar.....	156 - 157
9.5 Selección e inducción del anestésico.....	157
Bibliografía.....	158
- CONCLUSIONES.....	159
- PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES.....	160
- BIBLIOGRAFIA.....	162 - 169

## INTRODUCCION

Los últimos tiempos han traído un desarrollo técnico y científico sin par en la Historia de la Humanidad, que por consiguiente ha obligado a las profesiones a re-  
visar sus conceptos, tendencias, conocimientos, etc. Este avance que obligó al estudio y a la investigación ha-  
magnificado los campos profesionales en forma tan extensa que ha sido imperativo separar los diversos aspectos de-  
una misma profesión.

La Odontología tradicional, hoy está distribuida y abarca a campos tan amplios como son la Endodoncia, Pro-  
todoncia, Cirugía Buco-Maxilar, Ortodoncia, Periodoncia, -  
Rehabilitación, Prevención y la que abarcaremos en nues-  
tra tesis, Odontopediatría.

El cirujano dentista tiene tanto la obligación como la necesidad de estar al tanto de la interrelación de-  
estos variadísimos temas así como de los últimos avances-  
que se han realizado en cada campo; a fin de estar capa-  
citado para brindar un servicio eficiente a sus pacientes.

Resulta pues imperativo además de crear conciencia, presentar al profesionista de práctica general o al estu-  
diente, la información científica de los logros en deter-  
minadas especialidades.

Con este fin nos hemos propuesto presentar un in-  
forme general sobre las actividades odontopediátricas en-  
caminadas al manejo de los pequeños pacientes, divididos-  
éstos entre los que cooperan en su tratamiento, los que--  
presentan problemas de conducta, así como para los que --  
por no haber tenido experiencias dentales anteriores re-  
quieran un tratamiento integral adecuado. .

Este trabajo es el resultado de una investigación-  
bibliográfica sobre los aspectos psicológicos y técnicos-  
que rigen la presencia y control del manejo de conductas.

Es importante señalar que el objetivo de esta te-  
sis es dar una información general sobre los aspectos psi-  
cológicos que intervienen en el paciente pediátrico, el--  
medio ambiente que debe rodear al niño, antes y durante--

el tratamiento, la relación del cirujano dentista con --- los padres y el niño, así como la actitud que deben guardar los familiares con respecto a nuestra intervención.

Todo lo anterior nos dará como objetivo final, determinar los métodos y técnicas que el odontólogo debe -- llevar para lograr éxito en su práctica profesional con-- los niños.

## FUNDAMENTACION DEL TEMA

Con mayor regularidad de la que se desearía, al Cirujano Dentista se le presentan dificultades en el consultorio dental para la atención de niños que no aceptan o temen al tratamiento odontológico; ya sea porque en tratamientos pasados sufrió daño físico o bien psicológico por parte del odontólogo o de sus padres, o porque haya acumulado información desvirtuada adquirida en el medio social en el cual se desenvuelve.

Consideramos que en México, hay una gran cantidad de Odontólogos de práctica general, que no cuentan con conocimientos amplios y precisos de psicología infantil; de lo cual se desprende, que sea inadecuada la manera de preparar psicológicamente al niño para que acepte la Odontología; que los diagnósticos de ansiedad y miedo sean imprecisos y que no se cuente con la capacidad necesaria para tratarlos.

El Cirujano Dentista, debe comprender la gran responsabilidad que implica tratar niños y tomar conciencia sobre los traumas que pueden ser ocasionados a los pequeños pacientes a causa de malas técnicas de manejo. El brindar un tratamiento adecuado a los niños, dará como resultado beneficios a largo plazo.

Es indudable que el grado de cultura de los padres se ve reflejado en el niño y lo que escucha o vé en su hogar se manifiesta en su patrón de conducta; una cultura limitada, falta de criterio o ignorancia en la educación del niño, particularmente en los aspectos relacionados con la atención y cuidado de su boca pueden malograr el éxito del Odontólogo al atender a su pequeño paciente, por ello se debe buscar que los mejores colaboradores del Dentista sean los padres.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Independientemente de que la maduración del niño-- está determinada por factores internos propios de él. El medio ambiente sirve para modificar o conservar el grado de desarrollo; cada ser tiene una personalidad propia y - sus experiencias en la infancia son de capital importan-- cia para su futura conducta.

Cada día aumenta la necesidad de implementar una-- perfecta Odontología dedicada a los niños; sin que ésto-- sea privativo de las clínicas escolares de Odontología,-- consultorios de Odontopediatras e instituciones de salud, sino para todos los pacientes infantiles que acuden al -- consultorio de práctica general, con el fin de que se pue-- dan utilizar todos los medios disponibles y conseguir el-- mayor beneficio en favor de los jóvenes pacientes.

En cada paciente que se presenta en el consultorio no sólo se ha de procurar una mejoría temporal, sino ase-- gurar en lo futuro dentaduras lo más sanas posible y un-- buen estado general de salud.

En México existe el pensamiento erróneo de que pa-- ra tratar niños en Odontología, se requiere de poca expe-- riencia, por lo que los Odontólogos recién graduados ---- atienden gran cantidad de niños en sus primeros años de-- práctica profesional y son los que deben ampliar sus cono-- cimientos en el campo odontopediátrico, con el fin de no-- provocar traumas físicos o psicológicos en los niños.

Desde el punto de vista demográfico, nuestro paí-- es de los clasificados como jóvenes, es decir, que un --- gran núcleo de la población está constituida por menores-- de 15 años.

El Cirujano Dentista que está en contacto con ni-- ños, se encuentra con seres en pleno desarrollo, muchas-- veces inmaduro y otras con personalidad propia y bien de-- finida, por lo que es importante conocer sus patrones de-- conducta, así como sus capacidades mentales y emocionales para encauzarlas y canalizarlas, logrando que la relación que idealmente debe existir entre el niño y su dentista-- sea altamente positiva.

## OBJETIVO GENERAL

Crear conciencia en el Cirujano Dentista sobre lo importante que es para el futuro dental del niño lograr, durante y después del tratamiento, una relación exitosa-- entre Odontólogo y paciente.

Proporcionar los medios para lograr el control del paciente infantil en el consultorio dental.

## HIPOTESIS

Cuanto mejor sea la preparación del Cirujano Dentista en el enfoque psicológico y odontológico para brindar atención dental a niños, mayores serán los beneficios dentales futuros para el paciente pediátrico.

## I. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Cada día resulta más necesario incorporar la psicología clínica en la práctica de la odontopediatría, para así interpretar mejor algunas de las actitudes que adoptan los niños en el consultorio dental. El cuidado de estos pequeños pacientes requiere de nuestro interés, así como de la comprensión de sus emociones y necesidades.

En los siguientes capítulos explicaremos los diferentes aspectos psicológicos que tienen influencia sobre las conductas del niño. En cuanto a desarrollo psicológico, se delimitan las respuestas más notables asociadas a cada etapa en la vida del niño, así como los sucesos ambientales que parecen tener más influencia en la forma final de la respuesta social.

Mencionaremos puntos importantes respecto al desarrollo de la personalidad, desarrollo psicosexual, características de acuerdo a la edad de cada niño, tipos de ansiedad, deseos, normas y defensas que presentan los niños en cada etapa de su vida.

En la práctica de la odontología infantil, es importante comprender que durante su desarrollo, el niño sufre cambios tanto en su apariencia física, como en la organización básica de su organismo. De igual manera, la conducta social del niño sufre una transformación sorprendente, especialmente desde su nacimiento hasta los diez años.

El Dr. Frank Falkner menciona, que el patrón de conducta que presente un niño de diez años permite predecir su conducta futura, por lo menos en los siguientes diez años.

El momento en que se reciben premios o castigos por parte de su medio ambiente, junto con las acciones y atributos que posean los modelos que tiene el niño durante sus primeros diez años de vida, posee una influencia crítica sobre su conducta en la adolescencia.

Consideramos que estos cambios en la conducta del niño, van unidos a cambios básicos en los conceptos que

el niño tiene de sí mismo y del mundo que lo rodea, puesto que lo que rige la conducta es la organización cognostiva de sus deseos, ansiedades, normas y creencias; tanto la estructura como el contenido de esa organización cambian de manera radical durante los diez primeros años de la vida.

Organización cognostiva, se refiere a dos conceptos: los conocimientos y habilidades de una persona, su organización jerárquica desde hechos concretos a conceptos abstractos y ordenados que constituyen la estructura de la comprensión. El otro se refiere a los conocimientos mediante los cuales, conceptos abstractos se seleccionan, son recordados y aplicados a la solución de un problema específico o a la toma de una decisión. Estos mecanismos con los que el niño organiza su percepción, aprendizaje, memoria y pensamiento, son tan importantes como la estructura de sus capacidades intelectuales.

En cuanto a las etapas de vida de los niños, sólo profundizamos en la edad preescolar y la edad escolar por considerar que la afluencia de pacientes en el consultorio se encuentra entre los dos y doce años.

### 1.1 Desarrollo de la personalidad.

El hombre debe considerarse como una entidad u organismo indivisible, que forma parte de un todo y cuyas partes no funcionan de manera independiente o aislada. Los cambios que se presentan en una zona del organismo no sólo afectan a éste, sino que éste a su vez responde de manera recíproca y dinámica sobre todas las partes que lo constituyen. De manera que los efectos de una enfermedad o su tratamiento no pueden quedar limitados al área afectada, sino que alteran al paciente en su totalidad.

El término "todo" que utilizamos anteriormente se refiere a la personalidad del hombre. La palabra personalidad deriva de "personae" y significa identidad individual de una persona; es decir, el conjunto de todas las características que permiten diferenciarlo de los otros millones de individuos que habitan la tierra. Gracias a la personalidad, se enlazan los acontecimientos diarios, se encausa la actividad del hombre, se integra su calidad, comportamiento, estructura orgánica y modo de ser,

Sin personalidad el individuo no puede constituirse como un ente humano, se transforma por lo tanto en un cuerpo con funciones y reflejos únicamente. Cuando nos referimos a que la enfermedad afecta al hombre, nos referimos a la personalidad de éste, pues es ella quien determina la respuesta hacia la enfermedad o su tratamiento.

Según Gamboa de Bernarde, "toda personalidad es influida tanto genética como ambientalmente: si bien la herencia predispone, no condiciona de una manera obligatoria la conducta de los individuos".

El proceso de formación de la personalidad comienza con el nacimiento, a partir de la herencia biológica recibida por el niño de sus progenitores, las tendencias heredadas son las materias primas que se irán modificando y moldeando a lo largo de toda la vida y su futuro porvenir dependerá en gran medida de la calidad de este patrimonio.

Es importante hacer hincapié en que el comportamiento y el condicionamiento de los hombres es consecuencia directa de las influencias que sobre él han ejercido tanto fenómenos psicológicos, como ambientales, biológicos y sociales durante las primeras etapas de su vida, desde el nacimiento hasta la pubertad.

En cada etapa de la existencia del hombre surgen necesidades especiales y definidas, que al no ser satisfechas ocasionan graves perturbaciones durante el crecimiento y desarrollo de su organismo.

Desde su nacimiento el hombre requiere una estrecha relación con personas adultas, responsables y protectoras que puedan ayudarlo a alcanzar la madurez de su personalidad, así se considera a la madre como un factor ambiental predominante.

El desarrollo emocional del niño, depende de la facilidad que tenga para establecer lazos afectivos con personas tales como educadores, padres, médicos, dentistas, etc. Todas estas personas deben conjugar sus esfuerzos para satisfacer las necesidades fundamentales del niño. Básicamente las necesidades pueden ser afectivas, nutri-

cionales, sociales y educativas.

Los impulsos agresivos de la vida emocional, son algunos de los aspectos que el niño debe resolver por sí mismo; muchos niños muestran su inadaptación de esta manera, ya que se inquietan seriamente limitando su forma de vida. Una característica que presenta el niño con desajuste en su personalidad, se presenta cuando sus esfuerzos por resolver las dificultades del presente se ven anulados por los efectos emocionales de los problemas que no pudo resolver en el pasado.

## 1.2 Teorías psicoanalíticas del desarrollo de la personalidad.

La teoría psicoanalítica formulada por Freud, establece una distinción fundamental entre los aspectos inconscientes y conscientes de la personalidad y afirma que su estructura consta de tres partes y son:

a) Ello (Id). Existe desde el nacimiento; éste es el depósito inconsciente de los instintos que tienden a la satisfacción de los impulsos, los cuales son generalmente de naturaleza agresiva o sexual y de cuya existencia casi nunca se da cuenta.

El recién nacido no se diferencia a sí mismo de su madre, ni de los objetos que lo rodean, conforme crece y se desenvuelve, constituye un núcleo primario o puro de un yo (Ego) en torno al cual sus experiencias son integradas y que va creciendo, extendiéndose y ganando mayor conciencia sobre el Ello.

b) Yo. Es un elemento racional y práctico de la personalidad que trata de controlar (no siempre con éxito) los poderosos impulsos de Ello, garantizando el buen ajuste del individuo a la realidad que le toca vivir.

El Yo, unifica nuestros actos, memorias y proyectos, es el receptor de los cinco sentidos, controla los movimientos voluntarios y se ocupa de la memoria y la reflexión. Una de sus principales funciones, es la formación de los mecanismos de defensa y sólo gracias a él es posible tratar o lograr alcanzar metas definidas o vencer obstáculos que se opongan a nuestros propósitos.

Entre el Ello y el Yo, se encuentran los límites-- de lo inconsciente y lo consciente. La división entre ambas no está bien definida en el niño, pero a medida que-- éste crece, el Yo se desarrolla más estableciéndose una-- separación con el Ello.

c) Por último está el Superyó o la conciencia moral, constituido por las restricciones o valores éticos-- aceptados por la sociedad, que el individuo asimila de -- sus padres y de otras personas. El Superyó, establece -- además la correcta distribución de Ello y el Yo, actuando como sensor de la aceptación de sentimientos, pensamien-- tos y conductas. Esta parte de la personalidad sirve a-- los padres para normar el comportamiento en los primeros-- años de la vida del niño. La estructura del Superyó no-- principia sino hasta la edad de tres a cuatro años.

Estos tres aspectos de la personalidad están ínti-- mamente ligados y en un individuo mentalmente sano, deben mantener relaciones armoniosas. Los impulsos sexuales y-- agresivos del Ello deben pasar por la censura del Superyó para que puedan presentarse en una forma socialmente acep-- table; este equilibrio es bastante delicado e implica una supremacía del Superyó en las personas normales; pero si-- el control ejercido por éste fuera exagerado, se produci-- rá una mutilación de la personalidad y se generarán sen-- timientos de culpa e inhibiciones. El Yo, también debe-- tener la suficiente influencia sobre el comportamiento -- para que el individuo pueda enfrentar en forma realista-- las experiencias que se le van presentando.

Para Alfred Adler, discípulo de Freud, los aspec-- tos más importantes de la personalidad no serían los im-- pulsos sexuales y agresivos, sino la lucha por la superio-- ridad y por la autorealización. El niño, tiene concien-- cia de su propia inferioridad y desamparo y trata de com-- pensarlo luchando por obtener independencia y poder.

### 1.3 Desarrollo psicosexual.

a) Fase oral. En el lactante, los impulsos a suc-- cionar predominan, la excitación de labios y boca le pro-- duce placer; posteriormente, al iniciarse la dentición el placer de morder puede reemplazar al de succionar.

b) Fase anal. El niño siente interés hacia sus excrementos. Si los padres exageran en sus demandas de limpieza cuando se está enseñando al niño a controlar sus esfínteres, éste desarrollará actitudes de obstinación y terquedad que representan sus esfuerzos para reafirmar su anatomía. Por ello uno de los rasgos de esta fase es la resistencia a lo que se considera una intromisión en su vida privada por parte de otras personas.

c) Fase genital. Cubre a los niños con edades entre los cuatro y seis años. El niño comienza a diferenciar la anatomía de sus sexos, en esta fase se puede presentar el complejo de Edipo, que es el encauzamiento inconsciente de posesión hacia el padre del sexo opuesto y rivalidad hacia el padre del mismo sexo.

d) Fase de latencia o preadolescencia. Es considerada como una tregua entre el Ello y el Yo, que marca el final de la niñez y el inicio de la adolescencia.

El adolescente se encuentra en una situación difícil, por un lado desligado de su pasado, inconforme con su presente y con grandes dudas sobre su futuro, por lo que necesita elaborar su nuevo concepto del mundo así como de las ideas aprendidas en la infancia ya que en adelante se someterá a un juicio personal e independiente. Los conflictos del adolescente con sus padres y con quien representa autoridad son inevitables, pero aumentan cuando éstos pretenden mantenerlo en una situación de dependencia infantil o de control excesivo.

#### 1.4 Edad preescolar.

Es considerada una etapa crítica y fundamental, abarca aproximadamente a los niños de dos a cuatro años. Para entender al niño de esta edad, debemos tener en cuenta su ignorancia casi completa del mundo que lo rodea y hasta este momento, el niño ha aprendido, reaccionado y trabajado en un mundo casi exclusivamente familiar, por lo tanto la mayoría de sus relaciones y estímulos están basados en este núcleo. Esta etapa también está caracterizada por la mayor conciencia del niño sobre sí mismo y la individualidad sobre los seres que lo rodean. Aumenta la curiosidad por conocer su organismo y también crece su capacidad motriz, por ejemplo, ya puede correr suavemente

y aumentar o disminuir su velocidad, puede subir las escaleras sin ayuda y alternando los piés. Estas necesidades de manejar su organismo lo llevan a tratar de efectuar -- una serie de movimientos para los que todavía no está capacitado neuromuscularmente y que lo lleva a obtener ganancias de desarrollo.

Trata de adaptarse al mundo que lo rodea, aumenta el interés por su familia, el mundo que lo rodea y por encontrar un orden y secuencia de las cosas. Al saberse rodeado de personas, empieza a tener nuevas actitudes; por ejemplo, es capaz de negociar transacciones recíprocas, -- muchas ocasiones sacrificando satisfacciones a corto plazo por la promesa de un beneficio mayor en el futuro. En este momento puede convertirse en un magnífico paciente dental, si el odontólogo sabe encauzarlo y comprenderlo, -- pues presenta una gran disponibilidad a ser abierto, espontáneo y confiado.

Según Gessel, en esta edad son también frecuentes los deseos de agradar y la docilidad, con lo que se adapta a la gran mayoría de las exigencias de la gente que lo rodea. Este mismo autor utiliza un término poco frecuente en el medio psicológico para definir al niño y habla -- de que éste está "domesticado"; o sea que puede lavar sus manos, secarlas, dormir toda la noche sin mojar la cama, -- comer por sí mismo con cuchara derramando muy poco contenido, empieza a mostrar interés en los hábitos domésticos, es un buen compañero y le gusta agradar. Ya utiliza las palabras para comunicarse aunque limitada a situaciones concretas, por el momento no se ocupa de las abstracciones ni de las generalizaciones. Comprende las exigencias de la sociedad en que se desenvuelve y desea mantenerse dentro de ella, claro que dentro de límites adecuados, ya que el deseo de agradar y la capacidad de adaptación puede en un momento dado, ser distorcionados o reprimidos por demandas poco racionales o excesivas de los padres.

Poco a poco se encuentra en posibilidad de elegir entre dos alternativas opuestas, es más gusta de hacer este tipo de elecciones dentro del campo de su poca experiencia y sentirse seguro de sí mismo, sus relaciones con otras personas son más flexibles. La independencia y so-

ciabilidad están bien equilibradas, por ello parece encajar más comodamente dentro de la cultura de los adultos.

Esta etapa es considerada por muchos, como una especie de mayoría de edad, aunque puede ser el momento en que surjan problemas, por lo que las posibilidades de que el niño siga abierto, libre y espontáneo dependerá en gran parte de las exigencias por parte del medio en que se desenvuelve correspondan a la realidad en que vive, tanto en las necesidades que desea satisfacer, como el nivel de desarrollo que espera lograr.

Más o menos a los cuatro años el niño sigue tan abierto como siempre, aunque adquiere nuevas características: la independencia empieza a ser el punto principal dentro de sus actividades y reunirse con grupos de niños de su edad, para jugar es cada vez más importante.

Al tratar de independizarse el niño puede tener arranques difíciles de explicar pero que son hechos con toda deliberación y no son considerados como impulsos antisociales, sino como el medio del que se vale el niño para conocer las limitaciones que le impone la sociedad en que se desarrolla, por lo tanto es una prueba constante de hasta donde pueden llegar su independencia y acciones.

A pesar de que ha crecido su capacidad de crítica y razonamiento el niño se inclina hacia lo que los psicólogos han denominado como temores irracionales tales como el miedo a la obscuridad, a los viejos, a los dentistas, al médico, a los gallos, al coco, etc. Esto puede servirnos para recordar que el niño no está tan maduro como parece. Muchos investigadores atribuyen este tipo de actitudes a esta falta de madurez, pero otros más consideran que pueden ser los resultados inconscientes por supuesto, de la presión que la cultura, la sociedad y los padres ejercen sobre el niño.

La imaginación mental del niño de cuatro años es enorme, por lo que fácilmente se desplaza de una actitud a otra con gran agilidad, en sus juegos teatrales se coloca o desecha sus papeles con la mayor facilidad. Al dibujar es decidido y en ocasiones incluso improvisa.

Otra característica a esta edad es que el niño se torna voluble por que está en constante crecimiento; cuenta historias exageradas, fanfarronea, insulta, amenaza y chismosea, aunque esto no debe tomarse muy en cuenta, ya que son mayores sus rasgos positivos, los cuales compensan estos pequeños defectos con creces.

Su interés por el mundo sigue creciendo y empieza a emplear conceptos de función; las preguntas por ejemplo no sólo serán: "que es esto", sino "como funciona", aunque la finalidad a que está destinado el objeto lo tiene sin cuidado. Conforme transcurre el tiempo la relación con otros seres humanos de su misma edad, con los que puede compartir ideas y emociones, se convierte en el principal interés; en estos juegos, las situaciones que más le agradan son las que abarquen mando y obediencia, fijan reglas para el juego aunque pueden cambiarlas si todos están de mutuo acuerdo.

Este momento corresponde a un período de socialización muy activa y los padres, así como sus escalas de valores, van a ser esenciales y definitivos en el desarrollo y estructura futuros de su personalidad. Las relaciones afectivas entre padres e hijos se encuentra relacionada con el uso de cierto tipo de disciplinas. Por ejemplo, las alabanzas por parte de los padres y el uso de razonamientos para explicar determinadas actitudes, se ha encontrado, con mucha frecuencia asociado con demostraciones de ternura y de calor; por el contrario el uso de castigo físico o demandas irracionales por parte de los padres, se encuentra asociado con actitudes de hostilidad por parte del niño.

Debemos insistir en que la edad preescolar es una etapa crítica por excelencia; en ella se encuentran en juego dos funciones que han sido consideradas fundamentales para todo ser humano y son la opción y la decisión, ya que los individuos debemos estar decidiendo constantemente, optando por una cosa u otra, comprometiéndonos con nosotros mismos o con los que nos rodean. En esta etapa el niño está preparado emocionalmente, tiene conciencia de sí mismo y de los demás y empieza a tomar decisiones, puede diferenciar entre dos posibilidades y en un momento dado optar por una de ellas; cuando efectúa esto, lo hace

con gran entusiasmo y quiere aprenderlo todo y saberlo -- todo.

Tanto la primera influencia cultural (hogar) como la segunda (escuela preescolar) ejercen una serie de presiones sobre este ser, abierto, espontáneo y activo. Se presenta así una contradicción, en este momento el niño-- está preparado emocionalmente e intelectualmente para comunicarse con los adultos neurofisiológicamente también-- está preparado para afrontar situaciones del mundo adulto y acata sus normas y reglas, está dispuesto a compartir-- y a dialogar, pero al mismo tiempo está sujeto a mayores-- restricciones y a mayor sometimiento en su comportamiento; sometiéndolo de esta manera, se establece una lucha, donde por un lado esta latente su tendencia al desarrollo y al crecimiento, con todo el interés que esto acarrea por el mundo que lo rodea y por el otro las demandas para que acate, posponga necesidades y adopte valores.

De esta crisis o de su posible solución o del equilibrio armónico para poder captar las normas y exigencias sociales, sin perder la espontaneidad y el estar abierto-- al mundo, dependerá en gran medida, que surja un adulto-- sano, que pueda seguir desarrollándose sin distorsiones.

Otro aspecto importante de tener en cuenta es que la agresividad o agresión se desarrolla en los primeros-- cinco años de la vida, teniendo presente que se considera como agresión, las conductas que tienen como fin el provo-- car daño físico o psicológico a alguna persona. El con-- trol, manejo y forma de expresión de la agresividad es -- una de las finalidades principales del proceso de socia-- lización.

El niño dependiente, tanto como el agresivo, están sujetos a presiones de socialización afirma Kagan. Esto implica que el niño tiene permiso de canalizar su rabia,-- cuando escoge o decide algo, principalmente cuando la --- agresión es abierta y rompe todas las presiones cultura-- les, esto provoca en el niño un gran volumen de ansiedad, Cabe hacer notar que la agresión aparece en el momento en que la socialización, empieza a funcionar asociada a la-- ansiedad; es decir, que es muy probable que en la etapa-- preescolar, las restricciones provocadas por la cultura--

zación, ejerzan una gran influencia en la formación de---  
cuadros ansiosos.

Para dirigir la propia vida y relacionarse con los demás sin dificultades y de un modo eficaz, el niño depende cada vez más del lenguaje, si escuchamos lo que dicen los niños en esta etapa cuando están sentados juntos o -- realizan alguna actividad sedentaria, como ocurre en la-- sala de espera del consultorio dental, observaremos que -- aún cuando su forma de hablar tiene signos de conversa---ción, en realidad se asemeja mucho a un monólogo entre am--bos. Uno de los niños dice algo al otro y espera la res--puesta, luego habla el otro, pero muchas veces lo que di--ce no tiene conexión con lo que ha dicho el primero y de--este modo continúan hablando, alternadamente, externando--cada uno de sus pensamientos o fantasías.

La función y origen del juego, ha sido observada--desde diferentes ángulos por los investigadores: Spencer--habla de él como una forma de canalización de la energía--remanente con la consecuente reducción de tensión. Para--Karl Groos, el juego es la preparación para la vida adul--ta. Stanley Hall, se refiere al juego como un fenómeno--de índole biológica sometido a las mismas leyes de desa--rrollo que en el resto de las especies. Según Jersild,--es una oportunidad para enfrentar el riesgo, la solución--de problemas, la expresión de las propias capacidades y--un medio para la interacción social. Para Charlotte Buh--ler, un niño que no aprende a jugar adecuadamente se topa--rá con dificultades en su desarrollo posterior, esta au--tora realizó una clasificación de los juegos según la ac--tividad desarrollada:

Juego Funcional.- Es el que predomina durante el--primer año de vida y se realiza por el simple placer de--satisfacción de un impulso funcional a través de cual----quer actividad y va desde observar sus propios movimien--tos, hasta golpear dos cubos con ambas manos.

Juego Imaginativo.- Predomina a la edad de tres o--cuatro años y hace posible al niño inventar compañeros --imaginarios u otros seres, a fin de satisfacer sus necesi--dades sociales.

Juego constructivo.- Se hace más común después de los cuatro años y medio. Cuando el niño pinta, dibuja, modela o hace construcciones técnicas con auténtica dedicación; desarrolla en estas actividades una capacidad de realización que habrá de redundar posteriormente cuando tenga que trabajar en beneficio suyo.

De acuerdo con su contenido socializador los juegos pueden clasificarse además en: solitarios, asociativos y cooperativos. En el juego surgen ciertas reglas que permiten al niño controlar, castigar, limitar y criticar a otros y ensayar su propio papel dentro de la vida adulta.

Entre los dos y los cuatro años, localiza Piaget el desarrollo de la segunda etapa del desarrollo intelectual conocida por él con el nombre de fase preconceptual o prelógica, durante la cual el pensamiento permanece con las siguientes características.

a) Es egocéntrico. Es decir, que sólo puede ver las cosas desde su limitado punto de vista y su estrecha perspectiva. No se preocupa o no se da cuenta de que otras personas vean las cosas de un modo diferente. No puede diferenciar lo objetivo de lo subjetivo; de este modo piensa por ejemplo, que el tren partió porque tenía prisa o que las nubes se mueven para ocultar el sol, etc.

b) La fantasía y la realidad están entrelazadas y cuando el niño lo desea o cuando las necesidades así lo exigen, el niño antepone la realidad a la fantasía. Si la comunicación no ayuda al niño a resolver problemas, contando con las personas que lo necesitan, si su mundo se transforma en un generador excesivo de miedo, o si las satisfacciones que le da el mundo real son insuficientes, necesita refugiarse en la fantasía y descuidará el sentido social y comunicativo del lenguaje.

Algunos de los fenómenos naturales los explica por medio de artificialismo, por ejemplo: "el cielo es un hombre que sube en un globo y hace las nubes y todo lo demás". Todas estas circunstancias confieren elementos mágicos al pensamiento del pequeño y al expresar ideas como: "el coche ha ido hacia ese lado porque yo no quería que--

viniera a mí". Emplea la misma secuencia lógica que el hombre primitivo que practica una danza para hacer que llueva.

Es gracias a este pensamiento mágico que el niño puede dar por cierto lo que imagina y dominar el mundo de los objetos; un palo es convertido en una espada y una escoba en un caballo, la muñeca está dormida con sólo ordenárselo. Este mundo del niño es donde todo es posible y se resuelve por medio de actos de fé. Como hemos visto el pensamiento del niño a esta edad es fundamentalmente simbólico y cobra expresión a través de sus juegos, fantasías y dibujos.

Durante la etapa preescolar ocurren cambios importantes en su desarrollo, que van a influir importantemente en la futura adquisición de su identidad sexual. Su atención se dirige a los genitales, se da cuenta de su pene y hace preguntas sobre él y lo explora, tiene sensaciones placenteras, preocupaciones y fantasías sobre los estímulos que ha recibido y el niño expresa verbalmente estas inquietudes, si la actitud de los padres es de comprensión o si lo permiten, el niño generalmente pregunta sobre las diferencias sexuales, origen de los niños o sus genitales. Cuando las preguntas del niño producen repudio o angustia en los padres, éste aprende que no debe hacerlos hablar sobre el tema y actuará defensivamente como si no existieran.

Freud, llamó a esta etapa del desarrollo psicosexual, período edípico o fálico, durante el cual se establece un triángulo en las relaciones del niño con sus padres, cargadas de un intenso deseo de tener estrecha intimidad con el padre del sexo opuesto y rivalidad con el padre del mismo sexo, este período culmina con la adquisición de la propia identidad sexual y la formación de una conciencia moral o Superyó.

#### 1.5 Edad escolar.

En este período se describen los cambios que existen entre los niños del kinder, que apenas diferencian los juegos y las fantasías de la realidad, hasta el muchacho de secundaria.

A la edad de 5 a 6 años, los grupos están compuestos de ambos sexos, pero en las edades de 7 a 11 años están regularmente separados; este período es el considerado el más feliz de la vida. Es un período de libertad,-- el niño es autosuficiente e independiente para guiarse así mismo, explora nuevas áreas de interés y actúa en un mundo de aventuras. La etapa recibe otras denominaciones tales como "edad de las pandillas" o "período latente",-- todas ellas relacionadas con importantes características de desarrollo, que le son propias. Así, se le llama período escolar, porque se trata de una buena época para el aprendizaje de lo que la escuela tiene que enseñar; se le designa edad de pandillas porque durante este lapso la afiliación con los compañeros de la misma edad, adquiere una importancia primordial y finalmente, se le aplica el término de latente debido a que ésta es una época de quietud sexual, entre la sexualidad infantil de los años preescolares y la sexualidad madura que se deriva de la adolescencia.

En esta época el niño aprende a guardar sus pensamientos para sí mismo y cesa de pensar en voz alta, entrando de lleno a la etapa de las sociedades secretas, -- que aunque puedan tener una duración muy breve, están protegidas por juramentos mortales.

La mayor parte del tiempo la pasan con sus padres, de quienes aprenden en primera instancia, sobre las estructuras sociales formales, ya sean democráticas o autoritarias, sobre justicia e injusticia, sobre lealtad, heroísmo e ideales y sobre innumerables tópicos más o menos elevados.

Entre los niños preescolares, escolares y adolescentes, existen marcadas diferencias; así el preescolar-- tanto como el adolescente, ansían crecer, cada uno a su manera, llegar a ser como los adultos que los rodean. El preescolar se centra alrededor de sus relaciones familiares; el niño escolar, aunque vive dentro de la sociedad-- en general, parece elegir un camino que pasa a través de ella, sólo preocupado por los intereses de la niñez.

En nuestra sociedad y en muchas otras, una de las características más llamativas de esa edad, es la de que--

forma una sub-cultura especial. La sub-cultura de los niños comparte muchos de los atributos de las culturas primitivas: es transmitida verbalmente, incluye muchos rituales cuyos significados originales se han perdido, es secreta y resiste a la influencia externa, en este caso, -- la de los adultos.

La pandilla también tiene su propio número de muertes por las que conoce al niño y por los que él se conoce a sí mismo.

La manera por la cual la pandilla identifica al niño, se expresa a menudo en su sobrenombre: "flaco", "gordo", "cuatro ojos", "dormido", etc.; la franqueza total, especialmente de los varones, asombra fácilmente a los adultos.

La visión que ahora tiene el niño de sí mismo, no sólo proviene del sentimiento de que se le ama y acepta en su familia, sino también del sentimiento de suficiencia y competencia de que puede hacer las cosas que se le demanden y de que tiene un papel para llevar a cabo.

La sociedad de los niños es donde éste aprende a vivir con gente ajena a su familia, esto también implica peligro, ya que la declaración de independencia del niño no es un simple alejamiento de los adultos, sino que es, en parte, una manera de tornarse contra ellos y puede llevarlos a esclavizarse al grupo de amigos como un reaseguro contra el reto que presenta a los adultos.

Ahora bien, el niño no sólo asimila la subcultura de la niñez, sino que también en el hogar y en la escuela está expuesto y asimila la cultura adulta. En esta edad, el niño debe hacer propia una idea antes de aceptarla y no la incorporará simplemente porque el adulto así lo diga.

Los juegos infantiles parecen mantenerse del mismo tipo a través de los siglos, a pesar del lenguaje y nacionalidades diferentes; aliadas de los cuentos son las rimas de contar, las adivinanzas rimadas, encantamientos e incluso insultos.

A pesar de que todos estos dichos tienen fijadas-- sus ocasiones y significados, las palabras de muchos de-- ellos carecen de sentido para la comprensión del niño. -- Empero existe la necesidad de decir las tal como son. Es-- to puede deberse a que el niño siente que participa o que conoce la clave.

Piaget, en su investigación de los conceptos infan-- tiles sobre reglas y moral, encontró cambios definidos -- con la edad y de como son concebidas las reglas. Al co-- mienzo de los años escolares son aceptadas como son dadas "eternas e inmutables". Al final de los años escolares,-- los niños pueden captar el hecho de que se llega a las re-- glas por un consenso y que meramente sirven para marcar-- el propósito del juego de una manera ordenada.

Existen otro tipo de actitudes que el niño no prac-- tica en grupo, éstos son los ritos como: no caminar deba-- jo de una escalera, mantener la respiración mientras se-- cruza un puente, contar números obsesivamente, tocar to-- dos los postes de la luz, etc.

El aprendizaje de artimañas corporales se acompaña del de habilidades físicas, ya que durante los años inter-- medios, los niños aprenden a utilizar sus cuerpos efecti-- vamente, a pararse sobre una pierna, dar saltos y hasta-- saltos mortales. Por supuesto que el desarrollo de estas capacidades está estrechamente relacionado con la nueva-- sensación de identidad del niño.

Otro aspecto importante en esta edad lo constitu-- yen las colecciones formadas por objetos extraños y de di-- ferente naturaleza, más tarde estas colecciones se harán-- más ordenadas y homogéneas; a menudo los objetos que el-- niño colecciona de acuerdo a sus hábitos, adquieren cuali-- dades mágicas o talismánicas.

El niño escolar llega a un punto de su desarrollo-- en el que se da cuenta de lo que es la soledad humana y-- como individuo debe dominar y controlar la realidad por-- un lado y por otro, encontrará fuerza emocional en la com-- pañía de sus amigos. Su cultura le ayuda a lograr ambos-- objetivos. Mediante sus habilidades, rituales y coleccio-- nes, obtiene un control mágico de la realidad. Sus ritua--

les son para él como el elixir mágico de "saber como". -- Sus habilidades lo reaseguran con respecto a su propia -- fuerza. Y sus colecciones son como si redujera el mundo -- a escala, donde él puede poseer, manejar y ordenar. Al -- mismo tiempo al asimilar la cultura infantil, demuestr -- a sus padres y amigos así como a sí mismo, que es uno de -- ellos y por lo tanto merece respeto, seguridad y lealtad -- de los demás.

Los niños designan generalmente al grupo con el -- que se reúnen como la pandilla, que puede ser desde una -- simple reunión de niños para jugar, hasta clubes debida -- mente establecidos y organizados. A la pandilla se le -- considera como un mundo aparte. Existe una línea divisoria -- claramente definida entre la pandilla y el mundo adul -- to. Es interesante observar cada una de estas sociedades -- llevando a cabo sus actividades, una alrededor de la otra -- pero mutuamente indiferentes, excepción de que se produz -- ca interferencia por parte de alguna de ellas.

El papel y actitud del niño respecto a la pandilla -- varía según la edad. El niño de seis años se pasa mayor -- mente en el hogar y se orienta hacia los padres. A menu -- do en esta edad los niños sólo se acercan a las fronteras -- de la pandilla y consideran a los niños mayores investi -- dos de gran autoridad y prestigio.

A los ocho o nueve años, hay un marcado cambio en -- la actitud del niño, que en un tiempo antes fuera cariño -- so y confidente con sus padres, se vuelve casi un extraño -- en el núcleo familiar. Se torna inconsciente, insolente, -- se niega a bañarse, no cumple sus deberes y sólo espera -- el momento para poder salir de la casa para unirse al gru -- po.

En este punto, el niño está dando un paso más ha -- cia el camino de la madurez, porque está declarando su in -- dependencia. El niño declara su independencia, no sólo -- de los padres, sino de la autoridad adulta en general. -- Este desafío combinado con una intensa unión al grupo, es -- más fácil de observar en la escuela. La pandilla propor -- ciona la fortaleza y seguridad para medir la resistencia -- a la autoridad adulta.

A la mitad del período escolar, la separación de --

sexos se hace evidente y consciente. Por lo menos en presencia de la pandilla, los niños y las niñas se esquivan unos a otros y hablan del sexo opuesto con desprecio.

Para el niño, la pandilla será el lugar donde adquiera su saber sexual y a diferencia del grupo de niñas, los varones ponen más énfasis en ser capaces de hacer lo que el más valiente puede hacer, tanto en habilidades físicas, intelectuales como en coraje y decisión.

El niño necesita a sus padres sobre todo en los momentos en que se vuelve vulnerable; por ejemplo, cuando está enfermo o cuando ha tenido problemas con la pandilla o simplemente cuando desea ser miembro de la familia intercambiando noticias, chistes y confidencias.

El niño continúa alabando los triunfos de la pandilla, en parte porque ésto le da prestigio, pero también porque está identificándose con sus padres, identificación que generalmente es inconsciente.

Durante estos años los niños y las niñas siguen intereses separados y líneas opuestas de desarrollo. Independientemente de que existen diferencias en los sexos en cuanto al aspecto genital, las hay en lo que se refiere a las medidas corporales, fuerza, composición orgánica y -- complejión.

Ninguno de los dos sexos es más inteligente que el otro. Sin embargo, se ha comprobado que al comienzo de los años escolares, los varones y las niñas manifiestan diferentes tipos de inteligencia. Las niñas por ejemplo, se desenvuelven mejor en el área verbal y los varones en el dominio de los números. Los varones y las niñas muestran diferencias en gustos e intereses. A los primeros les atraen herramientas, bicicletas, armas, deportes, etc. Mientras que las niñas gustan de jugar a las muñecas, cocinar, jugar a la casita, etc.

Tan pronto como aprenden a leer por sí mismos, los gustos también son diferentes en ambos sexos. Los niños gustan de cuentos de aventuras y las niñas cuentos sobre la casa y la escuela y bastante tempranamente, de amor romántico. Aquí podemos notar la continuidad de la niña en

mujer, en contraste con la falta de continuidad entre el varón y el hombre.

Las niñas son mucho más sociables que los niños,-- demuestran mayor interés por las relaciones sociales, más cooperación y mayor generosidad. Por otra parte tienen-- mayor facilidad para mentir y engañar siempre y cuando se sientan seguras de no ser descubiertas.

Cuando el niño asiste a la escuela, se estimula su curiosidad en lugar de apagarse y es notable su interés-- por el aprendizaje. El niño ingresa a la escuela a los-- seis años aproximadamente, pero entra en el período de -- operaciones concretas hasta los siete u ocho años; el lograr pensar de manera lógica se produce lentamente, un -- ejemplo son los niños de segundo y tercer grado de primaria que todavía confunden sus fantasías con la realidad.-- Aunque el egocentrismo se halla en vías de desaparición,-- todavía presenta notables dificultades; por ejemplo, a un niño de 10 años le puede resultar difícil comprender que si viaja a otro país será un extranjero.

Entra entonces el llamado pensamiento intuitivo -- (sin razonamiento) caracterizado por una habilidad para-- formar conceptos con una coordinación lógica y basada en la observación, para ejemplificar ésto se llenan dos va-- sos con agua hasta el mismo nivel, los vasos son de la -- misma altura, pero uno de ellos es más ancho. Se pregunta al niño cuál es el vaso que tiene más agua y él respon-- derá que tienen la misma cantidad de agua; por lo tanto-- es incapaz de utilizar dos factores simultáneos. Si considera la altura del vaso, no toma en cuenta su anchura y viceversa, gradualmente irá resolviendo los problemas a-- este nivel.

A una edad algo mayor, el niño puede ya clasificar objetos según tamaño y forma simultáneamente. Hacia el-- fin de la edad escolar el niño atraviesa por una fase de operaciones formales, que pueden alcanzar el principio de la adolescencia. Para efectuar estas operaciones el niño debe ser capaz de pensar mediante proposiciones utilizando hipótesis y realizando operaciones tomadas de ejemplos concretos, lo cual podrá clasificarse como raciocinio pu-- ro.

El niño de edad escolar se defiende a veces contra la ansiedad con la regresión como lo mencionaremos más -- adelante. Es también esta edad una época de fantasía que ayuda a compensar los sentimientos de insuficiencia e imperfección. También la identificación es útil y se une a la fantasía; el niño se identifica con el héroe o con una persona admirada, pudiendo ser el médico o el dentista, se siente tan fuerte como él y por consiguiente más seguro -- ante el futuro y con armas para subsanar las deficiencias presentes.

### 1.6 Características por edad.

2 Años.- El niño deja de ser un bebé y pasa a ser un niño en edad preescolar y empieza a caminar una de las etapas más decisivas de su vida, ya que a esta edad su -- atención y energía empieza a dirigirse hacia lo que es ex -- terior a su familia y empiezan a disolverse los lazos tan fuertemente establecidos entre él y su madre. Empieza a -- aprender más palabras.

3 Años.- Las actitudes de rebeldía y negativismo -- son poco a poco substituídas por deseos de cooperación, -- que se reflejan en el uso frecuente que hace el niño de -- "nosotros". Su conducta motora es mucho más segura, pue -- de bajar y subir las escaleras sin que tenga que descan -- zar con ambos pies en los peldaños, adquiere habilidad -- para controlar sus movimientos en cuanto a velocidad. En sus dibujos, las líneas son más definidas y variadas, nor -- malmente, sin embargo, no puede dibujar a un hombre.

Su lenguaje se caracteriza por una comprensión más profunda de las palabras. El niño ahora puede clasificar, identificar y comparar. Las preguntas acerca del nombre -- y razón de las cosas son la prueba de su deseo de introdu -- dir orden y sistema en el mundo que lo rodea. Así como -- el niño de 2 años aprende palabras, el de 3 las utiliza. -- El niño empieza a utilizar reglas en sus juegos, inicial -- mente son ligeras y cambiantes, adquieren luego un tono -- adhesivo e inmodificable, poco realista. A la edad de -- tres años se originan las fobias. El efecto desagradable que produce al pequeño la hostilidad de sus padres, es -- transferido a objetos o situaciones concretas del exte -- rior; perros, gatos, insectos, la noche y la obscuridad, --

los ladrones, dentistas, etc. Lo cual permite al niño limitar su angustia y manejarla más fácilmente; utilizando para ello un mecanismo controfóbico por medio del cual,-- el niño busca la exposición constante a la situación que genera miedo.

De esta forma procura en sus juegos ocultarse en-- la obscuridad, leer cuentos de brujas o ver programas de monstruos en la televisión. El contacto del niño con su familia ya no es tan cercano a la simbiosis que antes --- existía, la relación con su madre llamada relación madre-hijo, el padre interviene en esa simbiosis formando un -- triángulo y los hermanos introducen características especiales a las nuevas relaciones del niño. En esta edad--- predomina el juego imaginativo.

4 Años.- La edad de cuatro tiene otro período de-- inestabilidad y falta de confianza. La conducta parece-- menos armónica y la eficiencia en la regulación de su apa-- rato motor es variable. Sin embargo, los movimientos son más finos. Así un niño de 4 años puede balancearse en -- una pierna mucho más tiempo que antes. Puede abotonarse sus ropas y ponerse sus zapatos, sin poder todavía atar-- las cintas de los mismos. Sus dibujos de seres humanos-- consisten en una cabeza y dos líneas que representan a -- sus piernas, ocasionalmente puede agregarles dos ojos y-- no es sino hasta uno o dos años más tarde que añada un--- cuerpo.

Su lenguaje se hace extraordinariamente activo y-- las preguntas de "como" y "porqué" se hacen más insistentes, el pronombre "yo" juega una parte importante en su-- lenguaje.

El niño ha adquirido ya, en este momento, el domi-- nio de las funciones de evacuación y son raras las infrac-- ciones. No obstante, aunque la micción está bien contro-- lada de día, es posible que el niño se moje en la cama--- por la noche o que se levante para orinar, sin que llegue realmente a despertarse.

Preocupado por el juego, puede ser que el niño se-- moje y sienta por ello mucha vergüenza de sí mismo. El-- padre o la persona que cuida al niño puede darse cuenta--

de ello porque el niño coge el pene con la mano, o la niña se revuelve y encoje, y con todo no darse cuenta de su malestar.

Los niños de uno y otro sexo empiezan a separarse y esto se observa más claramente en el vecindario, que en la escuela. Sus intereses y su conducta se diferencian-- de forma progresiva en los juegos, en los que se presen-- tan papeles familiares, el niño se resiste a actuar como-- madre aunque pertenezcan a una familia en la que la madre sea el personaje más importante y poderoso. Son los ni-- ños los que tienden a excluir de sus juegos a las niñas,-- lo que forma parte de su orientación a superar la depen-- dencia en que se encuentran respecto a las mujeres. Esta tendencia será más marcada en la siguiente fase del desa-- rrollo. La niña pasa más tiempo en casa y en compañía de la madre y cuando está con sus amiguitas, se dedica más-- al lenguaje que a la acción. Los tipos de actividades y-- juegos son ya diferentes en los dos sexos. El juego cons-- tructivo se hace más común en este período.

5 a 6 Años.- Ya tiene equilibrio y control motor,-- mira las cosas de frente, se ubica en el espacio perfecta-- mente hacia adelante, atrás, derecha, izquierda. Baja--- una escalera en forma normal, pone en práctica su mecanis-- mo de alteración, puede trepar con seguridad de un lado a otro. Le gusta escribir números, letras y toma el lápiz-- con la mano que domina.

A esta edad no acostumbra aún jugar con sus genita-- les, es poderoso con propios y extraños. Aunque sabe di-- ferenciar el sexo en los genitales, diferencia el sexo -- por el pelo y la ropa. Existe perplejidad del niño por-- la falta de pene en su hermanita o la falta de senos en-- el padre. Gusta de cepillar, poner la mesa, limpiar las-- cosas y mover los muebles aunque es un poco torpe todavía.

Específicamente a los seis años, el niño es muy--- activo, le agradan las luchas, el box y no se controla en el momento adecuado, examina toda clase de herramientas y se pregunta para que sirven, le gusta armar y desarmar ju-- guetes.

Ya cuenta con un vocabulario de aproximadamente ---

2500 palabras, puede identificar objetos simples, contar del 20 al 30, conoce la diferencia entre izquierdo y derecho en su cuerpo, tiene agresividad verbal, usa el teléfono, y habla correctamente.

7 Años.- La actividad ha disminuído, es más prudente al subir y trepar; pasa de las carreras a los brincos o de el intercambio de tarjetas a la plática indistintamente. Dibuja la figura humana con más proporción que a los seis años. Además en esta edad demuestra gran pudor con respecto a su cuerpo desnudo, se cubre en presencia de familiares y extraños, y sobre todo con el sexo opuesto.

Sabe del embarazo, de donde vienen los niños, pero no se interesa sobre el contacto sexual de los padres. -- Es común el idilio en las escuelas y a veces se hace formal ya que habla del matrimonio, pero con la condición--- que después del matrimonio se tiene que ir a casa.

Ya en esta edad, puede contar de dos en dos y de cinco en cinco, asimila la idea básica de la suma y la resta, puede decir la hora, sabe cuales son y cuantos los meses de que consta el año, repite números en serie. Tiene un interés en el significado conceptual e interés por la deducción absoluta.

8 Años.- El niño puede moverse con plena capacidad de su cuerpo, es atrevido y valiente, sus movimientos son suaves, elegantes y rápidos. Su dibujo de un ser humano es más proporcional y menor detallado, el interés por el embarazo tiene mayor importancia para las niñas que para los varones, y tratan de informarse tanto en la casa como en la escuela.

El complejo de Edipo, por lo general ha desaparecido y empiezan a fijarse en el sexo opuesto, pero sobre todo los varones son reservados por temor a que se mofen de ellos.

Su lectura favorita pueden ser las historietas, pero empieza a extender su interés como lector hacia otras áreas, le gusta la escuela y siente aversión a quedarse en casa. Es escéptico acerca de la realidad de los per---

sonajes en las historias y programas de radio y televi---sión; su lenguaje es fluído y se asemeja al del adulto.

9 Años.- Su actividad motora es más excesiva y hace todo hasta caer rendido, el dibujo a esta edad es simple al principio, para detallarlo después. A esta edad, es mayor el interés sexual por sus genitales y por el sexo opuesto. Los sexos están definidos y tratan de no mezclarse, siente gran turbación al estar ambos sexos opuestos cerca.

Es patente su adoración por los héroes, es autosuficiente, y sus lecturas son más realistas, en su pensamiento y acciones tiene combinaciones de infancia y juventud, describe objetos con detalle, dice la hora con exactitud, puede hacer algunas operaciones sencillas de multiplicar y dividir, comprende también la relación entre causa y efecto.

Usa números más allá del 100 y los comprende. Copia un dibujo después de examinarlo durante 10 segundos.- Repite una frase que tenga 20 sílabas, lee fábulas y saca conclusiones; la relación madre-hijo, la familia, la moral y los valores éticos del niño experimentan un cambio en este período. La escuela influye en él introduciéndolo en patrones de evaluación diferentes y más imparciales a los que le inculcaron en el hogar.

10 Años en adelante.- Cuando el niño ha rebasado esta edad comienza a alcanzar un alto sentido de cooperación, comienza a superar el concepto de castigo expiatorio, en el cual, la magnitud del castigo varía en proporción del daño causado; por ejemplo, cuando se priva de golosinas al niño, en proporción al plato roto o a la mala calificación obtenida.

Podemos concluir, que el período escolar es considerado como el más feliz de la vida, porque es un período de libertad, el niño empieza a ser autosuficiente e independiente y puede guiarse a sí mismo, explora nuevas áreas de interés y actúa en un mundo de aventuras.

Termina con el estirón que procede al inicio de la pubertad, cuando el niño empieza a ser adolescente. Las---

relaciones en el seno de la familia y la integración de la personalidad, así como la terminación del período adípico, han tenido tiempo de consolidarse y se han reforzado las defensas, capacitando al niño para que esté más -- preparado frente a la conmoción emocional que acompaña a la pubertad y amenaza perturbar el equilibrio establecido.

También es importante hacer notar que el período-- escolar tiene gran influencia sobre el desarrollo físico y psíquico del niño, y posteriormente del adulto, ya que es donde el niño empieza a formar parte de la sociedad, -- forma su propia cultura infantil, se vuelve consciente de la división sexual, aprende a formar conceptos y adopta-- los patrones característicos de su sexo.

## BIBLIOGRAFIA

- Academia Mexicana de Pediatría; Psicología del niño.-- México. Ed. Nestle. 1968. pp. 559-563.
- Bijou Sidney, et al.; Psicología del desarrollo infantil. Ed. Trillas. 1969., pp. 33, 41, 42, 96.
- Brauer John C.; Odontología para niños. Buenos Aires.- Ed. Mundi. 1959., pp. 22-38.
- Duarte A.C.; Diccionario Odontológico. Buenos Aires.-- Ed. Mundi. 1964.
- Falkner Frank; Desarrollo Humano. España. Ed. Salvat,- 1969. pp. 38-349.
- Finn S.B.; Odontología pediátrica. México. Ed. Interamericana. 1976. pp. 1-9, 14-39.
- Fuentes Servín P.; Factores psicológicos que influyen en la odontología infantil. Rev. A.D.M. Vol. XXX. No.- 6. nov-dic.: 1972.
- Fragoso Picón M. del P.; Psychology applied to pedodontics. Rev. A.D.M. 1979. jul-ag: 36 (4)., pp. 376-394.
- Gesell A.; El niño de 1 a 4 años. Buenos Aires. Ed. -- Paidós. 1967.
- Gesell A.; El niño de 5 a 10 años. Buenos Aires. Ed.-- Paidós. 1971.
- Green R.V. et al.; Preparing the preeschool child for a visit to the dentist. J. Dent. sep 1977: 5 (3) pp.-- 231-236.
- Kenner Leo M.O.; Child psychiatry. Carlies Thomas publisher. 1966. pp. 74-81.
- Mc. Donald R.E.; Odontología para el niño y el adolescente. Buenos Aires. Ed. Mundi. 1957., pp. 1-6, 25-35.

- Massler M.; Psychology in dentistry for children. ----  
U.S.A. Dental clinics of north america, oral habits.--  
1962. pp. 22-132.
- Piaget J. Psicología de la inteligencia. Buenos Aires.  
Ed. Psique. 1964. pp. 15-35.
- Psicología J. Psicología y Pedagogía. Barcelona. Ed.--  
Ariel 1980. pp. 34-35, 157-173, 174-208.

## II.- ANSIEDAD Y MIEDO

El miedo y la ansiedad son reacciones elaboradas-- por la personalidad, basadas en el sentido y el significa-- do. Una situación puede suscitar miedo o ansiedad, por-- que significa peligro o amenaza para la persona, aunque-- en realidad no exista tal. Lo importante es saber, como-- la percibe el hombre y de que manera lo acepta. Sin em-- bargo, en la vida hay ciertas situaciones básicas que --- tienden a provocar ansiedad en la mayoría de las personas; una de estas situaciones es la visita al médico o al den-- tista.

El miedo al dentista y la ansiedad que provoca el-- visitarlo, es todavía lo que disuade a muchas personas de visitar al odontólogo para lograr una adecuada prevención. En la actualidad muchos dentistas están bien conscientes-- del miedo y la ansiedad y consecuentemente del comporta-- miento mal adaptado, visto frecuentemente en algunos ni-- ños y adultos y que interfiere con el tratamiento dental. El odontólogo que entiende estos fundamentos puede estar-- capacitado para entenderse con el niño y resolver así sus problemas bucodentales.

El miedo y la ansiedad son dos conceptos que se -- han asociado juntos y para los cuales existen muchas defi-- niciones, trataremos de dar las más simples. Estas emo-- ciones se presentan tan asociadas que una explicación so-- bre cual de ellas se presenta primero sería difícil.

El miedo se presenta generalmente por una primera-- experiencia de dolor, pocos miedos son inatos o primarios, o sea no derivados del dolor, la mayoría son secundarios-- o derivados del dolor, y la ansiedad se deriva siempre de una experiencia, algunas veces directamente como resulta-- do del dolor, en otras ocasiones derivada del miedo mismo.

La percepción del dolor se encuentra en un nivel-- mental y esta sensación de dolor es acompañada por el Ego y sin embargo, no es localizada. Su desarrollo se encuen-- tra generalmente determinado por la formación y deforma-- ción de los procesos de maduración mental y de la interac-- ción de estos procesos entre el individuo y sus experien-- cias dependerá la capacidad de éste para integrar satis--

factoriamente las experiencias del dolor. En otras palabras, estos procesos dependen de algunos tipos de procesos de desarrollo mental fijados, y que pudieron ser adquiridos en la infancia.

## 2.1 Miedo.

Miedo, es definido como aprehensión, temor o estado de alarma. El miedo es una respuesta emocional reactiva, es la reacción a una situación que constituye un peligro o una amenaza real, el miedo es algo concreto y sirve por lo general para poner al organismo en estado de alerta, contra posibles peligros que no están todavía claramente definidos. El miedo suscita una reacción de huida.

Se define también al miedo, como una emoción que ocurre en situaciones de incertidumbre, en donde la persona se resiste a aceptar una situación de dolor o destrucción. El miedo es una reacción primitiva, hipotalámica y autónoma del lóbulo frontal, que puede manifestarse en situaciones que son contrarias al testimonio intelectual.

El miedo a ir al dentista es una de las formas más comunes del miedo en la vida diaria, podría considerarse como una forma de ansiedad anticipada, cuando no es motivada por dolor. Los niños con edades entre 3 y 5 años, alcanzan la cima del miedo en este período, debido a que su balance emocional puede ser alterado especialmente si se enfrenta a una nueva y extraña situación.

Las personas que carecen de una adecuada educación en el aspecto dental, generalmente son víctimas de la promoción irracional que se ha hecho del dentista, como alguien que sólo produce daño físico.

El miedo puede manifestarse en tres formas que son:

Menor tolerancia al dolor,

Mayor frecuencia de experiencias personales traumáticas.

Mayor frecuencia de experiencias médicas traumáticas.

Mayor frecuencia de traumatismos faciales.

Mayor frecuencia de experiencias dentales familiares desfavorables.

Actitudes desfavorables hacia las experiencias dentales o médicas.

Pacientes con frecuente ansiedad.

Pacientes con dificultad para aceptar personas con autoridad.

Preocupación excesiva sobre su apariencia personal.

Preocupación patológica sobre el estado de su cavidad bucal.

Pacientes con personalidades dependientes sobre -- todo de la madre o del padre.

Los psicólogos aseguran que cuando el niño presiente que la rutina de su vida diaria, va a ser alterada por una nueva situación y si este niño es demasiado joven para comprender el por qué del cambio, responderá con miedo. Conforme va creciendo el niño y por consiguiente aumenta su raciocinio, poco a poco va descartando estos miedos--- adquiridos. De lo anterior deducimos que lo que puede -- provocar miedo a un niño de dos años, puede no hacerlo -- cuando tenga seis, en esto la edad juega un papel determinante en la producción de miedo.

## 2.2 Ansiedad.

Ansiedad, es definida como aprehensión al peligro-- acompañada de sentimientos de opresión en el epigastro.-- La ansiedad es una respuesta a una situación peligrosa -- sólo simbólicamente, por lo tanto es intangible, se caracteriza por sentimientos de incertidumbre e impotencia ante una amenaza que no es recibida del todo, o que lo es-- en forma vaga e imprecisa.

Fisiológicamente, implica cambios bioquímicos y -- pautas fisiológicas en las que participa el sistema ner-- vioso, el sistema endócrino y particularmente el sistema nervioso vegetativo.

La ansiedad es un estado difuso, envolvente, poco- preciso; en tanto que el miedo suscita la huida, la ansie- dad provoca la fijación de la conducta, la inmovilidad.-- Cuando en la ansiedad la fuente del peligro es esclareci- da, la incertidumbre y también la impotencia decrecen y-- el estado afectivo, antes difuso, se torna más preciso y-- circunscrito, la ansiedad se transforma en miedo.

La ansiedad estimula las reacciones de defensa y-- evita, por ejemplo, acudir al consultorio dental, surge-- la angustia que provoca un estado de tensión y cambios -- emocionales, aunque el dentista no haga daño ni lastime.-- La ansiedad exagera cualquier experiencia dolorosa real,-- llegando a disminuir el umbral del dolor y aumentando la- tolerancia a los medicamentos, por lo tanto es preciso sa- ber reconocer y tratar estos aspectos de la ansiedad.

La visita al dentista, definitivamente, provocará-- algún grado de aprehensión o ansiedad en casi todos los-- niños. Especialmente en los niños de edad preescolar y-- no sólo por el temor al dentista, dolor, a lo desconocido, sino a la separación de sus padres.

El profesional deberá recordar que la ansiedad es-- una respuesta normal y necesaria en muchas situaciones.-- Generalmente los niños responden a situaciones tensas por el copiado, que incluye procesos internos mentales y emo- cionales del niño, así como de sus respuestas externas o- comportamiento y que pueden estimularse por influencias-- externas o conflictos internos.

El comportamiento externo es la única respuesta -- que el odontólogo puede evaluar. El niño puede responder de tres diferentes maneras:

- a) Dominando activamente la situación,
- b) Aceptando pasivamente la situación.

c) Demostrando definitivo rechazo.

Todo lo anterior nos lleva a razonar que el tipo de paciente dental que sea el niño, no estará determinado por la propia ansiedad, sino por la forma como copie los temores del medio que le rodea.

Muchos niños responden a la visita dental de acuerdo a las características de su edad o madurez emocional y generalmente su comportamiento es bueno. Otros niños responden con actitudes de abierto rechazo y poca cooperación, debido quizá a que son demasiado pequeños, falta de presencia paternal, temores por sugestión de sus amigos o hermanos, experiencias dentales previas no agradables. En estos casos debemos tener especial cuidado, ya que la madurez emocional del niño, así como su capacidad para resolver situaciones nuevas usando un comportamiento socialmente aceptable, se puede ver empeorada.

La ansiedad tiene tres formas importantes psicológicas de estudio que son las siguientes:

- a) Psicoanalítica.
- b) De comportamiento.
- c) Humanística.

La forma humanística se considera como la más apropiada para la situación dental. Para los humanistas, la ansiedad tiende a adquirir un significado positivo en vez de asumir una valoración negativa. Ellos ven la ansiedad como una reacción normal hacia el consultorio dental por parte del niño.

En el crecimiento y desarrollo de la personalidad individual, las experiencias de la temprana edad juegan un papel principal y supremo. Todas las personas adquieren la capacidad de sentir ansiedad como reacción a varias situaciones que combinan estados internos, hechos cognostivos y estímulos del ambiente externo.

Las fuentes principales de ansiedad toman su nombre de la naturaleza de los acontecimientos específicos que se anticipan y de la valoración cognostiva relaciona-

da con los mismos. Tales fuentes de ansiedad son:

- a) Frustraciones de acontecimientos esperados.
- b) Anticipación de una pérdida de cuidados o cariño.
- c) Anticipación de daño físico.
- d) Reconocimiento de falta de congruencia entre -- una norma previamente adquirida y la valoración de una creencia o conducta actual.

Se cree que las diversas combinaciones de estas--- ansiedades forman en el niño los afectos desagradables -- más elaborados, tales como abandono, culpa, vergüenza y--- ansiedad producida por un conflicto.

Las fuentes de ansiedad producen sus propias reacciones y la psicología ha dado el nombre de "defensas" a las respuestas cuya intención es reducir y controlar la--- ansiedad. Estos mecanismos de defensa son procesos de la personalidad cuyo propósito es mantener, a pesar de con--- flictos y contradicciones, un estado de integración men--- tal, de relativa congruencia interior que permita al indi--- viduo funcionar unitaria y efectivamente ante las diver--- sas situaciones que la vida plantea.

### 2.3 Mecanismos de defensa.

En su estudio Anna Freud, acentuaba mucho la impor--- tancia de los mecanismos de defensa como son, la repre--- sión, negación, proyección y sublimación, para lograr el--- control de la ansiedad que enfrenta el niño. Aunque el--- número de mecanismos de defensa es muy amplio, citaremos--- los que Anna Freud menciona en su estudio realizado en--- 1946.

a) Represión. Es un olvido automático, puede ser--- definido como la exclusión del campo de la conciencia, de impulsos, tendencias y contenidos psicológicos que, sien--- do incompatibles con otras tendencias inaceptables para--- la moralidad de la persona serían generadores de ansiedad. Este concepto es de capital importancia tanto en psicolog--- ía, como en medicina. Y permite explicar el origen de --- múltiples disturbios de la patología humana.

b) Negación. Consiste en negar una determinada situación. Todas las personas son susceptibles de renunciar a sus conocimientos objetivos y de construir imágenes del mundo de acuerdo con sus deseos. Los niños por ejemplo, tienen la capacidad de vivir simultáneamente en un mundo real e irreal. Cualquier situación traumática, tal como una enfermedad grave, un hábito o un vicio pueden ser negados. Con frecuencia una simple negación no basta y el hueco que deja puede ser cubierto con fantasías compensatorias.

c) Proyección. Por medio de este mecanismo, se atribuye a otros, sujetos o situaciones, contenidos psíquicos que en realidad no les corresponden y son propios. La tendencia a defendernos atribuyendo a otros nuestros actos o nuestras culpas es un procedimiento muy generalizado. Relacionado con este mecanismo se encuentra el fenómeno de las "manchas o puntos ciegos de la personalidad" y se refiere a aquellos aspectos de uno mismo o de nuestras relaciones con otros, para los cuales nos falta capacidad para comprenderlas y hacerlas conscientes. Así una madre critica al hijo de la vecina por sus modales, pero es incapaz de ver los destrozos que ha ocasionado el suyo.

d) Sublimación. Freud pensó, que estando el hombre sujeto a toda clase de impulsos destructivos, agresivos, sexuales o perversos, no tiene pues otra alternativa que reprimirlos o realizarlos. En este último caso, se convertiría en un perverso polifacético y en caso de reprimirlos llegaría a ser un neurótico, agobiado por la ansiedad, teniendo una vitalidad empobrecida y llena de inhibiciones. Por ello Freud pensó que existía un tercer camino en la estructura de la mente y éste sería la sublimación, por medio de la cual es modificada una tendencia inaceptable, hacia formas de expresión que además de adecuadas para aliviar la tensión emocional no sólo son inobjetables, sino socialmente valiosas como la poesía, literatura, deportes, etc. La sublimación constituye, según Freud, la base para la formación de la cultura.

Tratando de dar un sentido más amplio a los mecanismos de defensa pueden observarse las reacciones que presentan los niños ante los estímulos ansilogénicos.

La reacción manifiesta de huida de una situación-- que produce ansiedad es una defensa en el niño. El niño-- de cuatro años que esconde la cara en la falda de su ma-- dre cuando entra un extraño nos ofrece una ilustración de la defensa por huida. Un análogo cognoscitivo de la conducta de huida, es el intento de apartar el pensamiento-- productor de ansiedad mediante los mecanismos de repre-- sión y negación.

Cuando la culpabilidad o la vergüenza son las ba-- ses de la ansiedad, a menudo el mecanismo de defensa que elige es el de proyección. El grito "yo no lo hice, fue Juan" o "reprobé porque el maestro no me quiere" son ejemplos comunes de este tipo de mecanismo.

La substitución de objetos es una defensa corriente entre niños, se produce esta defensa cuando no se puede conseguir un objetivo deseado, por motivos prácticos o por inhibiciones basadas en la ansiedad y el niño escoge un substituto, por ejemplo, el niño que es inepto en los deportes y que siente diferente a sus compañeros, seleccionará una actividad substitutiva para demostrar su competencia y mantenerse en congruencia con sus normas de masculinidad.

Finalmente, la defensa del análisis intelectual,-- el intento de disminuir la ansiedad mediante la comprensión intelectual de la misma comienza a verificarse en el niño de edad escolar, pero no se convierte en hábito estable hasta la adolescencia.

Generalmente se supone que una ansiedad extrema -- por daño físico y la ansiedad a la transgresión de una -- norma pueden desencadenar algunas de las fobias y temores exagerados manifestados por los niños en la época preescolar. En muchos casos el sentimiento de culpa de un niño-- por una transgresión desencadena el pensamiento de un castigo realizado por un agente social y el niño presenta -- una fobia ante cualquier situación o persona ligada con el agente de la represalia.

Así el niño de edad preescolar puede presentar temores irracionales a ir en coche, acercarse a una persona determinada, acudir al dentista, doctor o en caso extremo, salir de casa.

Los años preescolares presencian el florecimiento de deseos y sistemas de conducta ligados con grados diferentes de ansiedad e inhibición. Puesto que la situación escolar impone al niño importantes tareas de socialización, resulta esencial que surja del período preescolar con una madurez conceptual y un mosaico de defensas contra la ansiedad, que sean capaces de hacer frente a las exigencias del ambiente extrafamiliar.

Es un hecho generalmente reconocido que en los niños se produce un cambio fundamental en la conducta externa y en la forma y calidad de sus aspectos cognoscitivos entre los seis y diez años.

Las normas primarias de conducta según el papel sexual, los juicios racionales, la autonomía de acción, así como las responsabilidades, están ejerciendo su influencia sobre la conducta. Las principales fuentes de ansiedad se han aprendido (anticipación del daño físico, anticipación de rechazo social y transgresión de las normas) y las reacciones de defensa preferidas para estas fuentes de ansiedad se han hecho automáticas y predecibles.

Los primeros años de la escuela producen síntomas psicológicos complejos que perturban al niño. Durante estos años se observan temores extremos (fobias, pesadillas), alteraciones somáticas de etiología psicológica (dolores de cabeza, vómitos, asma, alteraciones de la piel), rituales repetitivos (lavarse las manos, posturas obligadas en la cama) o tics motores (parpadeo de los ojos, muecas, movimiento de las muñecas o dedos), este tipo de alteraciones son semejantes a los síntomas que presentan los adultos con ansiedad.

#### Ansiedad por pérdida de cuidados de los padres:

La ansiedad por la posible pérdida de la aceptación paterna o materna hace al niño muy vulnerable a las exigencias de los padres y lo predispone a un sentimiento de culpabilidad cuando ha cometido una transgresión o cuando le preocupan pensamientos que tiene y van contra los deseos de sus padres.

Las pesadillas, la conducta ritualista o el hecho de incitar al castigo son signos potenciales de culpa y temor de represalia después de la violación de una norma. La intensidad y fuente exacta del sentimiento de culpa están dadas en función de las conductas o pensamientos específicos que el niño ha iniciado. Los deseos hostiles y la conducta agresiva, los pensamientos y las conductas sexuales, la intención egoísta, la falta de responsabilidad y la represión excesiva son los sistemas que más se han socializado durante los tres a diez años y constituyen las fuentes primarias de culpa en los años escolares.

#### 2.4 Hostilidad hacia los padres.

Otra actitud que produce síntomas en el niño de edad escolar es su intensa hostilidad hacia los padres. La intención del síntoma es la de producir ansiedad al agente que produce resentimientos en los niños. La manera como se exprese en esta situación el niño, dependerá de los modelos de conducta agresiva a los que el niño se ha visto expuesto.

La agresión verbal es la forma más corriente de hostilidad hacia los padres durante los primeros años escolares y si no está sujeto a castigos intensos, es una forma eficaz para que el niño consiga una satisfacción inmediata de sus sentimientos hostiles.

Estas reacciones pueden presentarse en el consultorio dental, ya que el niño con temor al odontólogo puede en un momento dado sentir agresión por parte de sus padres, si lo obligan a acudir a la consulta y responderá con sentimientos hostiles hacia sus padres o el médico, pues sabe que con esto logrará enfadar o disgustar al o los padres y en consecuencia satisface sus propios deseos hostiles.

#### 2.5 Fobia dental.

Se ha definido como un tipo muy especial de miedo aparente, su control es voluntario, pero aparece generalmente cuando se requiere el tratamiento dental. El principal factor etiológico para este miedo extremo es generalmente ocasionado por la experiencia dental.

La mayoría de los pacientes que presentan este --- trauma son los niños, esto va de acuerdo con el concepto de que hay un período de desarrollo en el cual el niño, -- es particularmente sensible a ciertos estímulos.

Un ejemplo común es la primera exposición a una situación que provocó ansiedad en el niño; todos los niños que necesitan un procedimiento dental presentan ansiedad, algunos pueden terminar satisfactoriamente el tratamiento, sin embargo hay un porcentaje de niños que no pueden terminar o hacer frente al tratamiento porque la situación-- traumática en el consultorio dental se ha reforzado y entonces desarrollan una verdadera fobia dental.

En estos casos lo más adecuado es dar una adecuada información al niño, para prepararlo psicológicamente a-- afrontar el tratamiento dental, y si por el contrario, el niño no ha contado con la preparación adecuada y siente-- dolor durante el tratamiento, podrá desarrollar una fobia hacia los procedimientos dentales.

## 2.6 Ansiedad de los padres.

Recientes descubrimientos han sugerido que las actitudes de los padres y su comportamiento con respecto--- al tratamiento dental afectan importantemente al niño --- provocando conductas inadecuadas.

Los factores que llegan a influir en un momento--- dado en la conducta del niño en el consultorio dental, se deben frecuentemente a experiencias obtenidas por los padres (pueden ser agradables o desagradables) a través de sus tratamientos odontológicos y que son transmitidas a-- los niños; por lo que la situación ideal es aquella en -- que los padres se encuentran libres de aprehensión en relación a la primera cita de su hijo con el dentista.

La ansiedad materna, es decir, el temor o angustia que la madre demuestra ante el tratamiento dental, influye determinadamente en la conducta del niño, antes y durante la primera consulta, así como la aceptación o re--- chazo que éste manifieste en el futuro,

Se ha encontrado una gran relación entre la ansiedad materna y el comportamiento no cooperativo del niño--

en el consultorio dental, sobre todo en niños entre tres y cuatro años de edad.

Se ha observado que un niño pequeño adquiere una actitud más positiva, cuando sus padres han sido preparados para su primera visita al odontólogo, por lo que se sugiere que el elemento sorpresa y la falta de información sean eliminados, para así obtener un mejor comportamiento y disposición del niño hacia el tratamiento.

## 2.7 Factores socio-culturales.

En la formación de cuadros ansiosos, también ocupa un papel muy importante el factor socio-cultural. Cada cultura tiene sus propias cualidades o rasgos, así como diferentes creencias religiosas, número de integrantes en la familia, origen, etc.

Todos estos factores difieren en cuanto al sexo, clase social, cultura, edad, etc. Y proporciona puntos de referencia a partir de los cuales es posible comparar las características psicosociales de un individuo en relación con otro cuyo desarrollo y ambiente son distintos.

Estudios sobre niños educados en diferentes partes del mundo bajo una gran variedad de circunstancias sociales y físicas indican que los seres humanos tienen la capacidad de adaptarse dentro de ciertos límites, a variantes que permiten que el niño se desarrolle y funcione de modo saludable.

Al investigar la influencia de las clases sociales de los padres con respecto a la conducta de sus hijos, se confirmó que el niño del que se obtiene mejor cooperación es del que procede de clases sociales media y baja.

La privación absoluta del cuidado materno ha sido estudiada por gran número de pediatras y psicólogos, llegando a la conclusión de que el desarrollo del niño puede ser afectado física, intelectual, emotiva y socialmente por dicha privación, pudiendo también aparecer síntomas de enfermedades mentales.

## BIBLIOGRAFIA

- Atterbunby.; Recognition of psychological disorders in dental patients. Dent. Suru, 1977 feb: 53 (2)., pp. -- 55-58.
- Brown J.P. et al.; Childhood fear and anxiety states-- in relation to dental treatment. Aust. Dent. J. 1979.- Aug: 24 (4)., pp. 256-259.
- Corah N.L. et al.; The use of relaxation. J. Dent Res. 1979. mar: 98 (3)., pp. 390-395.
- Corah N.L. et al.; Assesment of a dental scale. J. Am Dent. Assoc. 1978. nov., pp. 816-819.
- Duarte A.C.; Diccionario odontológico. Buenos Aires.- Ed. Mundi. 1964.
- Finn S.B.; Odontología pediátrica. México. Ed. Intera-mericana. 1976. pp. 1-9, 14-39, 63-81, 101-117.
- Foley W.J.; Stress from many sources affects your --- health and qell being. Dent. Stud. 55 (8) may: 1977. pp. 34-35.
- Fuentes Servín P. Factores psicológicos que influyen en la odontología infantil. Rev. A.D.M. Vol. XXX. -- No. 6 nov-dic. 1972.
- Gershen.; Maternal influence on the behavior patterns of children in the dental situation. J. Am. Dent. --- Assoc. 1977. oct: 46 (9)., pp. 17-21.
- Issues Davis.; The dentist's role in child abuse and- neglect. A.S.D.C. J. Dent. Child; 46 (3) 1979., -- 185-192.
- Johnson A.; Maternal anxiety and chil behavior. J. --- Dent. Child. march-apr, 1969., pp. 13-18.
- Johnson A.; Behavior modification technique and mater-  
nal anxiety. J. Dent for child. jul-aug. 1973., pp. ---  
20-24.

- Johnson J. B.; Stress reactions of groups to the child dental patients. J. Dent Res. 1979. jul: 58 (7)., pp.-1664-1671.
- Keys J. et al.; Detecting and treating dental phobic--children. Part I. Detection. A.S.D.C. J. Dent. Child. 1978. jul-aug: 45 (4) pp. 296-300.
- Keys J. et al.; Detecting and treating dental phobic--children. Part II. Treatment. A.S.D.C. J. Dent. Child 1978 jul-aug: 45 (4) pp. 301-305.
- Lefer León.; Manifestaciones orales de la tensión psíquica. Medicina de postgrado. 3 (10) oct. 1975., pp. 41-48.
- Lowental V.; Dental anxiety etiology considerations.--Isr. J. Dent. Med. 1978 jan: 27 (1)., pp. 13-4, 13-5.
- Marks H.S. The genesis of fear and anxiety in young--dental patients. A.S.D.C. J. Dent. Child 1978 jul-aug: 45 (4)., pp. 306-309.
- Parkin S.F.; Fear in dentistry. Apex. 1977 dec: 9 (3)., pp. 13-16.
- Roskin G.; Dental anxiety a psychiatric approach. New York. States. Dent. J. 1979, may: 45 (5)., pp. 234.
- Venham LL. et al.; Child repring variaeles affecting--the preeschool child's response to dental stress. J.-Dent. Res. 1979. nov: 58 (11) 2342-2345.

### III. AMBIENTE EN EL CONSULTORIO DENTAL

Se deberá tener presente, que el aspecto del consultorio dental no va a controlar la conducta de nuestro paciente, pero sí puede ser de gran importancia la influencia que tanto la iluminación, factores cromáticos, como la decoración adecuada pueden ejercer sobre su estado de ánimo.

Lo anterior nos indica que lo adecuado para disminuir el temor del paciente por el consultorio dental, será mostrarle un ambiente grato y cordial, con el que pueda identificarse desde el principio. Esto puede hacerse a base de una decoración adecuada que disfrace en cierto modo el consultorio y le quite el aspecto deprimente que generalmente tienen.

El consultorio odontológico es una planta física que se encuentra muy ligada a la capacidad profesional del dentista, es por ello importante que el odontólogo di se ñe y estructure su consultorio adecuadamente sin tener como consideración principal el factor económico, como sucede en la mayoría de los casos.

Sin duda el consultorio es el elemento que determi na rá el trabajo profesional del médico durante años, permitirá que desarrolle su capacidad y talento o le impondrá una serie de limitaciones que en un momento dado, le impe di rán crecer profesionalmente.

A pesar de que el odontólogo poco precavido puede sentirse tentado a dejarse llevar por las anteriores impresiones, lo adecuado sería planificar tomando en cuenta muchos factores como son, trabajo a largo plazo, economía, sin que ésta rija la instalación, pues impondrá ciertas limitaciones que resultarán antieconómicas; debe buscar también comodidad tanto para el paciente como para sí mis mo y su personal.

#### 3.1 Planificación.

Lo ideal sería contar con un análisis preciso de las necesidades más elementales, elaborado por un especialista. Generalmente el odontólogo resuelve estas necesidades.

dades por su cuenta y riesgo y en ocasiones el resultado es negativo, ya que el consultorio resulta poco práctico para él, desagradable para sus pacientes y estorboso en las diarias actividades.

Esto puede ser resuelto de manera simple como antes lo mencionamos mediante la adecuada planificación del espacio con que se dispone. Es necesario contratar todo el espacio que sea necesario para que el profesional y sus auxiliares puedan trabajar sin interferirse entre sí o con los pacientes.

Al montar el consultorio debemos tener en mente--- especialmente dos objetivos:

a) Que su presencia física sea tal que no altere la actitud emocional del paciente, sino que de alguna manera lo tranquilice y le proporcione confianza.

b) Que su diseño permita fluidez en el tráfico--- del personal.

Debe realizarse un examen minucioso de las funciones que cumple el odontólogo, para saber cuantos y cuales deben ser los ambientes de trabajo en que deberá dividirse el consultorio. La sala de espera y el cuarto operatorio son suficiente para cubrir las necesidades más elementales, pero resulta obvio que, para cumplir con más -- comodidad las funciones exigidas por la práctica profesional, deberán agregar también un despacho, sala de recepción y una serie de zonas auxiliares como son: sala de recuperación, laboratorio y cuarto de rayos X.

Estos ambientes deberán estar dispuestos de tal manera que el tránsito de pacientes sea fluido y rápido y--- que se mantengan ciertos límites de discreción. Por ejemplo, es muy negativo que se escuchen exclamaciones de dolor de algún paciente en la sala de espera, conversaciones del despacho, etc.

### 3.2 División del espacio.

Conviene dividir adecuadamente el espacio y aislar acústicamente las áreas de trabajo de los despachos y las

salas de espera. Una vez establecido el espacio con que contamos, se dividirá para las funciones a que será destinado. Para ello se analizarán los distintos elementos--- que integran un consultorio y se establecerán las relaciones de unos con otros. Puede darse el caso de que las limitaciones económicas puedan obligar al dentista a prescindir de algunas áreas, como el laboratorio, cuarto de rayos X, cuarto de recuperación, etc. En estas ocasiones, las áreas pueden integrarse al cuarto operatorio.

Al planificar la división, será preciso hacer un ensayo de cual es la actividad que se piensa llevar a cabo en el consultorio, para prever los movimientos y la circulación que tendrán lugar en el espacio proyectado.

Esto es muy importante porque el diseño del consultorio tiene una influencia directa sobre la cantidad de desplazamientos que tendrán que realizar el odontólogo y sus asistentes. Como las jornadas de trabajo son largas, la mala ubicación de un mueble puede traducirse en kilómetros de distancia que deberán ser recorridos para trasladar instrumentos hasta el sillón operatorio.

Es por ello que conviene concebir áreas autosuficientes en las cuales el odontólogo encuentre todo lo que necesita al alcance de su mano y el auxiliar pueda abastecer mediante pocos y cortos viajes. Conviene agrupar en un sector del consultorio las principales áreas donde se mueve el odontólogo y en otro sector las zonas donde el profesionista nada tiene que hacer.

### 3.3 Iluminación.

El tema de iluminación merece consideración detenida, por la influencia que ejerce sobre el trabajo dental. El Dr. Parula recomienda que se aproveche la iluminación natural al máximo. El sol es un factor muy importante de tomar en cuenta al iluminar el consultorio, pues es identificado por el paciente como fuente de vida y constituye un elemento psicológico de gran ayuda. Casi todos los pacientes sufren temores y nada más negativo que un consultorio que dé un aspecto frío y deprimente. El Dr. Parula también afirma que los rayos solares poseen un efecto bactericida importante y que debe tomarse en

cuenta al iluminar, en especial el cuarto operatorio.

Para la iluminación del consultorio es preciso tomar en cuenta que las áreas de trabajo son fundamentalmente tres:

- a) Sala de espera.
- b) Despacho.
- c) Cuarto operatorio.

Todas ellas tienen diferentes funciones y necesidades.

- a) Sala de espera.

El ambiente de ella produce el primer impacto al paciente, por ello debemos tener especial cuidado para evitar que ese impacto sea negativo. Es aquí donde debemos procurar que el paciente no sufra una depresión al entrar y alivio al salir.

El primer y mejor recurso es contar con una ventana auténtica, un domo u otra apertura que permita el paso de luz natural mientras ésta exista.

Se debe renunciar a la iluminación general en la sala de espera así como a la iluminación total a base de luz difusa. Se recomienda utilizar lámparas de pie o mesa que proporcionen iluminación local.

La ventana de luz natural es muy importante y si no se dispone de este recurso conviene idear un rincón en el cual las luces se hayan dispuesto de tal manera que se parezca lo más posible a los rayos del sol. Si es posible colocar en este rincón algunas plantas, tanto mejor.

Para lograr el efecto de luz natural pueden asociarse focos comunes (luz amarillenta) con focos de día (luz blanca). Con estas combinaciones se trata de evitar el conocido "efecto hospital" que torna frío el ambiente del consultorio.

En cuanto a la iluminación a base de lámparas de pie no requiere que cada sillón en la sala tenga una lámpara al lado para permitir que todos los pacientes o acompañantes lean. Esto puede generar demasiado calor y dar un aspecto poco estético. El rincón oscuro, por consiguiente, es además de un buen recurso decorativo, un lugar donde algunos pacientes pueden descansar.

b) Despacho.

Se recomienda una simple luz de escritorio, muy potente y con pantalla translúcida en la parte superior, de esta manera los rayos de los focos se descomponen en dos formas: una luz fuerte y clara que abarca el escritorio y otra luz atenuada y suave que alcanza al médico y al paciente, con claridad suficiente como para iluminar sin que moleste la vista.

Se recomienda la pantalla de acrílico blanco, combinada con focos comunes. Esta combinación puede crear una imitación eficaz de la luz solar, con los beneficios que ésta acarrea.

c) Cuarto operatorio.

En esta habitación los aparatos e instrumentos están más a la vista, por ello es preciso extremar las precauciones para que el niño se mantenga lo más tranquilo posible. Lo más recomendable es que exista una iluminación general de tipo de luz natural. Esto último es importante a la hora de que el odontólogo debe hacer selecciones de color en la boca del paciente, etc.

Antes de continuar cabe hacer dos observaciones referentes a la intensidad de la luz. Primero, la intensidad debe ser suficiente como para alumbrar completamente todo el sector de trabajo, pero no tan fuerte que produzca fatiga a la vista. Segundo, no es conveniente una diferencia muy notable entre la intensidad de la luz general y la del campo operatorio.

En cuanto a la iluminación del campo operatorio, el Dr. Parula indica cuatro condiciones que debe cumplir la iluminación en este caso:

- a) Fría.
- b) De franja horizontal, para no afectar los ojos del paciente.
- c) Móvil o enfocable sobre la cara del paciente.
- d) De múltiples rayos paralelos, para evitar la--  
creación de sombras, si se interpone una mano o la cabeza del odontólogo.

Esto último es aplicable a los grandes reflectores extrabucuales que suelen estar integrados a las unidades--  
dentales, o que vienen separados para colocarse en el te--  
cho. Se debe exigir a estas lámparas una gran movilidad--  
y posibilidad de giro, para poder adaptarse a cualquier--  
posición por más extrema que sea, que adopte el odontólo--  
go.

Los focos suelen ser de cuarzo o cuarzoiodo, con--  
lentes y espejos para dar forma al haz horizontal de ra--  
yos paralelos.

- d) Ambientes secundarios.

No todos los dentistas pueden contar con salas de--  
recuperación u oficinas para sus recepcionistas, sin em--  
bargo estos ambientes son simples de iluminar.

La sala de recuperación debe incitar al descanso--  
de modo que la iluminación debe ser lo más sosegada posi--  
ble, puede colocarse una luz de noche que el enfermo pue--  
de controlar a su elección.

La recepción es un área que se utiliza casi en su--  
totalidad de manera permanente por lo que conviene colo--  
car una iluminación general intensa y uniforme como lo se--  
ñala el arquitecto Luis Geller, es importante tomar todas  
las precauciones para que la luz intensa de ésta área no--  
se proyecte demasiado hacia la sala de espera.

### 3.4 Decoración.

#### a) Sala de espera.

Como su nombre lo indica, este lugar sirve para esperar turno antes de ser atendido por el dentista. Debe dar cabida a un número determinado de personas y cubrir ciertas eventualidades como son: retraso de un paciente a su cita, retraso del médico, acompañantes del paciente y visitas de emergencia. Podemos pensar entonces que será adecuada si cubre un promedio de cinco a ocho personas -- como máximo.

Si el consultorio se dedica exclusivamente al tratamiento de niños, el odontopediatra por lo general planeará y diseñará la sala de espera expresamente para recibir a los pequeños pacientes, tomando en cuenta las características físicas y psicológicas que presentan en cada etapa de su vida. Cuando la decoración es adecuada y especial para niños pueden ejercer una influencia psicológica muy benéfica en los pequeños.

Cuando el consultorio no está dedicado por completo a la odontología pediátrica, se debe considerar un área anexa para uso exclusivo de los niños. Esta debe ser independiente y aislada en lo posible. Su superficie debe ser equivalente a dos terceras partes del área destinada a los adultos.

Los materiales utilizados en el diseño de la sala de espera deben ser resistentes, de preferencia los muros deben ser lavables y los muebles en acabados repelentes a manchas y mugre.

Es recomendable utilizar sillones individuales en materiales plásticos, sobre todo en el área destinada a los niños. Deberá evitarse la excesiva cercanía entre un paciente y otro, para lo cual estos sillones individuales son ideales.

El elemento cromático es de capital importancia, debido a su poder relajante o excitante con el sistema nervioso. No hay que olvidar que para algunos pacientes,

la visita al odontólogo constituye de por sí un hecho desalentador, que puede atemorizar e irritar por ello la decoración de la sala de espera debe tender a deshacer estas impresiones.

En la sala de espera los pacientes deberán encontrar un lugar grato, en que al mismo tiempo puedan hacer algo; si se trata de niños pueden colocarse cuentos de dibujos animados, historietas, pizarrón y gises para dibujar, libros para colorear, juegos simples de madera para los más pequeños, juegos educativos, etc.

Los acompañantes deberán tener un lugar para esperar a los niños sin tener que mezclarse con ellos; deberá contar con revistas adecuadas para adultos, en buenas condiciones y actualizadas. En este lugar pueden tomar una taza de café o té y conversar con el padre de algún otro niño, etc.

De ser posible debe destinarse un área vecina a la sala de espera para la instalación de juegos infantiles de tipo electrónico y para material audiovisual, aunque en nuestro país y sobre todo para los dentistas que inician su práctica profesional representa un problema económico difícil de resolver.

El conjunto de todas estas cosas atrae al niño, lo mantiene en un ambiente que en buena medida considera suyo y que le ayuda a disminuir la tensión previa a la consulta. Debemos tomar en cuenta, que si para los adultos la visita al dentista es molesta, provoca aburrimiento y en no pocos casos depresión, en los niños sucede lo mismo sólo que aumentado por su capacidad de crear fantasías de la realidad que vive.

En las paredes pueden colocarse figuras conocidas de las historietas y series de televisión, posters con niños jugando tranquilamente, muñecos, móviles; también pueden colocarse cuadros educativos por ejemplo, cuadros con diferentes animales o países y textos explicativos sobre sus lugares de origen, costumbres, localización, habitantes, etc.

El Dr. Albert Friedman, afirma, que el consultorio

puede ser una imitación de la escenografía de una determinada película; como el cuento de la cenicienta, una nave espacial o una cantina del viejo oeste.

b) Cuarto operatorio.

En esta área es importante mantener una decoración ágil tomando en cuenta los siguientes factores:

a) Cromático.

b) Instrumental funcional.

c) Equipo funcional.

Deberá evitarse el uso de colores encendidos, en especial el rojo porque resultan excitantes al sistema nervioso. Es más recomendable utilizar tonos pastel.

El instrumental usado en niños de preferencia debe ser el diseñado especialmente para tratamientos infantiles; pues se adaptan mejor a las proporciones físicas de los pequeños, con ello además se agiliza el trabajo del profesional y a la vez se facilita.

En cuanto al equipo, éste puede ser del tipo tradicional o simplificado; consideramos que el simplificado es más adecuado para la práctica actual de la odontología, son menos voluminosos e imponentes.

El sillón deberá adecuarse al trabajo a "cuatro manos", actualmente los sillones pueden ser escogidos entre hidráulicos o eléctricos, que brindan mayor comodidad al dentista y su asistente pues ahorran movimientos.

Las unidades modernas tienden a simplificar y ocultar el equipo que pueda inducir nerviosismo o ansiedad en los pacientes, así como proporcionar flexibilidad de movimientos y diseño que puedan facilitar el trabajo del odontólogo y su asistente.

### 3.5 Material audiovisual.

En cuanto al material audiovisual podemos afirmar que constituye una de las herramientas primordiales para introducir en la mente del niño la necesidad e importancia del cuidado de los dientes. Este material, resulta fácil de ser captado por los niños, ya que los divierte, instruye y motiva a tener mejor cuidado en su boca, reduciendo esto en una mejor salud general.

También nos ayuda a que la enseñanza de la profilaxis sea menos tediosa y pesada, agilizada por la forma tan amena en que se presenta y porque puede usarse cuantas veces sea necesario.

Gracias a este nuevo medio, puede transmitirseles tanto a padres como a niños, nociones elementales sobre higiene dental, posición de los dientes, caries, erupción dental, tratamientos dentales, etc.

Sin embargo, este tipo de material educativo complementa, más no suplanta, la educación dental directa ofrecida al paciente por el dentista en su consultorio dental.

## BIBLIOGRAFIA

- Brandli W.E. et al.; Education in preventive pediatric dentistry. A.S.D.C. J. Dent. Child 1979 may-june: 46 (3). pp. 200-204.
- Brauer John C.; Odontología para niños. Buenos Aires. Ed. Mundi. 1959. pp. 22-38.
- Chambers David; Behavior management techniques for --- pediatric Dentist: an embarrassment of riches. J. --- Dent. Child; Vol.. 44. pp. 30-34. jan-feb, 1977.
- Cimet Selma.; Material audiovisual para educación odon topediátrica. Rev. Odont. Moderno 1979. jun-jul. pp.-- 9-18.
- Finn S.B.; Odontología Pediátrica. México. Ed. Interamericana. 1976. pp. 1-9, 101-117.
- Friedman Monus.; Como agilizar el tratamiento en niños. Rev. Odont. Moderno. 1973: Jun. Vol. I, No. 6. pp. 41-47.
- Geller Ehrenwald.; El consultorio ideal al alcance de su mano. Rev. Odont. Moderno. 1973. Feb: Vol. I. No.-- 4. pp. 24-35.
- Katz Simon.; Odontología preventiva en acción. Buenos-Aires. Ed. Panamericana, S.A. 1975. pp. 24-33, 399-431, 435-444.
- Kenneth D. Snander.; Handbook of clinical pedodontics. The C.V. Mosby Company; St. Louis, 1980.
- Klorman R. et al.; Predicting the childs in cooperative. J. Dent Child. 1978 jan-feb: 45 (1). pp. 62-67.
- Lener Michael H.; Clínicas Odontológicas de Norte América. Ed. Interamericana. 1973. pp. 35-50.
- Martínez Herrera J.M.; Manejo del paciente infantil en odontología. Rev. A.D.M. 1980 may-june: Vol. 38 No. 3 pp. 146-148.

- Rotberg Saúl; Tratamiento Dental del niño menor de ---  
tres años. Rev. A.D.M. 1976. jul-ag: Vol. XXXIII No.-  
4.

#### IV. RELACION ODONTOLOGO PACIENTE

La evolución constante y la vida acelerada, en la actualidad ha traído como consecuencia falta de comunicación entre los prestadores de servicios de salud y los pacientes; un ejemplo es la deshumanización paulatina de -- la Odontología, principalmente a nivel hospitalario empero en la práctica privada, día a día, aumenta la necesidad de establecer una adecuada relación odontólogo-paciente.

Desde que Freud estableció la importancia de la -- transferencia y la contratransferencia afectiva, observamos que es esencial su conocimiento para obtener un mejor pronóstico en nuestros pequeños pacientes y una adecuada relación con ellos y sus padres.

##### 4.1 Transferencia y Contratransferencia.

###### a) Transferencia.

Es el conjunto de fuerzas conscientes e inconscientes dirigidas del paciente hacia el médico, pudiendo ser de naturaleza afectiva o agresiva. Con el análisis de estos impulsos que incluyen: actitud, gesticulación y expresión del paciente, el odontólogo se pone en relación con ciertos factores psicológicos del paciente o de sus pa---dres.

###### b) Contratransferencia.

Son los impulsos psicológicos empleados por el médico y dirigidos hacia el paciente, pudiendo también ser agresivos o afectivos, dependiendo de la conducta del dentista.

Tanto en la transferencia como en la contratransferencia una respuesta adecuada por parte del dentista hará que los padres y el profesional establezcan un vínculo satisfactorio.

En ocasiones esta relación interpersonal es diffi--

cil de lograr. El dentista debe dar al niño sensación de seguridad para que sienta que es apreciado, proporcionarle paciencia, mostrarse calmado y sobre todo tolerante,-- principalmente cuando el niño muestra impulsos no controlables.

#### 4.2 Introducción del niño a la odontología.

El adoctrinamiento sobre aspectos dentales consiste básicamente en enseñar al niño a enfrentarse ante una situación nueva, así como a seguir las indicaciones del-- dentista y su personal auxiliar.

La base primordial en el manejo exitoso de la in-- troducción es establecer comunicación con el niño y hacerle sentir que tanto el profesional como sus colaboradores son sus amigos y que tienen interés en ayudarle.

Esto puede lograrse si el niño toma conciencia sobre la importancia de la visita dental, así como de los-- diversos procedimientos que en él deben realizarse.

Deberá mostrarse atención e interés por lo que hace el niño, aunque para el odontólogo no sea importante-- ni atrayente. Jamás deberá forzarlo más allá de sus capacidades y permitirle ciertas satisfacciones a sus de--- seos, siempre y cuando se encuentre dentro de límites tolerables.

El dentista puede invitar al niño para que observe por sí mismo el consultorio dental, con el fin de que le resulte una visita atractiva y de impresiones agradables, lo cual motivará mayor interés en sus próximas citas, --- además de que una impresión bien determinada puede ser in-- tensa y perdurable.

Es importante que el profesional razone a nivel -- del niño, porque éste llega al consultorio con la idea de que se va a encontrar un señor o señorita que no lo en--- tiende y a quién no le importará hacerlo sufrir. Si en-- cambio se encuentra con un médico que piensa como él, que juega sus juegos, que platica de sus cosas, su actitud -- cambiará totalmente. Lograr este puente emotivo entre el

dentista y el niño, es tal vez lo más difícil, pero también lo más benéfico.

No deben usarse palabras complicadas que el niño no pueda comprender. Hablar también predispone al niño, lo mejor será usar palabras sencillas y que utilicen diariamente los niños con la edad de nuestro paciente. Platicar con el niño de su deporte favorito, decirle "comandante", "cuate", "amiga", "chavo", etc., dejar que nos tutee son factores que establecen una gran confianza en el pequeño.

Quando el niño es muy pequeño conviene añadir a la conversación un poco de fantasía para darle mayor interés. Debe evitarse también hablarle a los niños como si tuvieran menos edad de la real, pues es una ofensa. Los niños se sienten halagados si los adultos los consideran mayores de lo que son.

El término enojo debe emplearse con mucho cuidado. El dentista por ningún motivo deberá enojarse con el niño, puede aparentar enojo para hacer valer su autoridad y dominar al paciente. Si realmente está enojado, puede efectuar maniobras peligrosas con el paciente, como lastimarlo o golpearlo, esto evita que se razone con claridad y se establezca comunicación con el paciente.

El odontólogo deberá utilizar palabras que inspiren miedo, en ocasiones los temores no son provocados por el tratamiento en sí, sino por el significado de algunas palabras como: aguja, inyección, taladro, jeringa, etc.

Engañar al niño puede acarrear las mismas consecuencias que regañarlo e incluso peores, pues si se le dijo que no le dolería y le duele o de pronto le sale sangre sin que se le haya advertido, puede ser presa del miedo impidiendo o dificultando al máximo el tratamiento. Es preferible advertirle que quizá moleste un poco, que puede salir un poco de sangre y que no hay razón para asustarse, o que va a sentir un piquetito como si fuera un pellizco y después el labio gordito.

#### 4.3 Actitud del niño hacia la odontología.

La actitud podemos definirla como "la prontitud o tendencia a actuar o reaccionar ante elementos internos o externos de acuerdo con el conocimiento que el individuo tenga de los elementos". La actitud que presente un niño dependerá de la interpretación que le de a una situación emocional hacia ella. El doctor Mac. Dermott afirma que "las actitudes de los niños hacia la odontología son grandemente formadas por el significado emocional del evento hacia el niño y variará de acuerdo a la etapa de desarrollo emocional que el niño presente".

Recientes investigaciones demuestran que las actitudes más positivas son:

- Observar en un espejo cuando el dentista trabaja.
- Tener una señal para indicarle al dentista que se detenga.
- Que le digan que él o ella han sido buenos pacientes.
- Recibir un regalo post-operatorio.

Disgustos:

- Tener que esperar mucho tiempo.
- Un área de espera poco atractiva.
- El olor del consultorio.
- El olor del aliento del dentista.
- Los rollos de algodón.
- Que desgasten sus dientes con la pieza de mano.
- La luz en sus ojos.

- Que mientan acerca del dolor en algún procedi---  
miento.

- Ser motivo de burla.

- Regaños por parte del dentista.

- Que les pregunten algo cuando tengan colocado el  
dique de hule.

- Ser comparado con otros niños.

- Reportes sin halagos o cumplidos delante de los-  
padres.

#### 4.4 Llanto en el consultorio dental.

No es extraño que se presente en el consultorio la  
situación de un niño que llora mientras está sentado en--  
el sillón dental. Sin embargo el llanto no implica el --  
mismo significado en todos los casos por lo que los den--  
tistas debemos aprender a diferenciar entre los cuatro ti-  
pos de llanto con el fin de poder responder y tratar ade-  
cuadamente al paciente infantil.

Según Elsbach, los cuatro tipos de llanto infantil  
son:

a) Llanto obstinado.

b) Llanto temeroso.

c) Llanto de herida o dolor.

d) Llanto compensatorio.

a) Llanto obstinado.

El niño que lanza una rabieta o llora haciendo be-  
rrinche, utiliza su temperamento para frustrar el trata---  
miento dental. Este llanto es alto, lanzado en tono alto  
y es caracterizado al gemido de una sirena. Esta forma--

de reacción representa la respuesta externa del niño a su ansiedad en la situación dental. Las actitudes bélicas-- del niño deben ser manejadas antes de que el tratamiento--progrese.

b) Llanto temeroso.

El llanto de temor es comunmente acompañado por un torrente de lágrimas y sollozos convulsivos e interrupciones del aliento.

El niño que emite este tipo de llanto, ha sido --- atrapado dentro de la situación que le produce ansiedad y se siente abrumado por ella. El niño no puede ser controlado con las mismas técnicas que se usan para el niño bélico. Es responsabilidad del dentista de inspirar con--- fianza en el niño temeroso proporcionándole experiencias-- dentales cuidadosamente estructuradas que permitirán al-- niño enfrentarse a esta situación.

c) Llanto de herida o dolor.

Este llanto puede ser fuerte generalmente, sin embargo, puede acompañarse por un ligero lloriqueo. La primera indicación para saber que el niño ha sido lastimado-- puede ser una sola lágrima saliendo de la esquina del ojo y rodando por la mejilla. Este llanto es identificado rapidamente porque el niño indica que está siendo herido o-- molestado.

Muchos niños pueden sentir dolor, pero a su vez -- controlarlo, así que el dentista puede ignorar el problema. Cuando se reconozca que el niño tiene dolor, el procedimiento dental debe ser detenido y obtener el control-- del dolor antes de continuar.

d) Llanto compensatorio.

El llanto compensatorio no es propiamente un llanto, sino un sonido que el niño hace para aplacar el ruido de la pieza de mano. Generalmente el sonido del llanto-- es monótono zumbante y aunque para el dentista puede ser-- molesto, es la manera como el niño compite con lo que con

sidera estímulos auditivos no placenteros.

El dentista debe reconocer el llanto compensatorio como una estrategia que el niño ha desarrollado para --- afrontar la ansiedad que experimenta y por lo tanto el--- dentista no debe hacer el intento de detenerla.

#### 4.5 Papel del odontólogo.

Es importante que el odontólogo tenga un adecuado conocimiento sobre la conducta infantil y que la comprenda, sólo así podrá lograr el control del pequeño y podrá--- a su vez orientarlo hacia la situación odontológica.

Con frecuencia las conductas de los niños se des--- vían de un esquema fijo, por lo que las reacciones entre--- uno y otro diferirán. El odontólogo debe estar capacitado para afrontar estas variaciones y lograr un adecuado--- control de la situación que se le presente.

Cabe subrayar que el odontólogo debe aprender a en--- mascarar sus reacciones ante una determinada situación y--- conseguir crear una atmósfera de comprensión para el pe--- queño paciente y que para ambos será de mucha ayuda.

El niño debe recibir en todo momento la completa--- atención del dentista, como si éste fuese el único pacien--- te del día. No debe dejársele solo en el sillón dental,--- porque sus temores pueden aumentar si se siente abandona--- do. Si es absolutamente necesario que el dentista salga--- del cuarto operatorio, deberá quedar acompañado por la --- asistente.

El odontólogo debe hacer comprender al niño que es su amigo y que trata de ayudarlo, así como que la autori--- dad en el consultorio es el médico, esto sirve para que--- el niño preste toda su colaboración. Cuando el niño por--- fin comprende que si acude al dentista es porque lo nece--- sita y que él sabe como curarlo y evitarle dolor o quitar--- le alguna molestia dental, lo más probable es que obedez--- ca las instrucciones del odontólogo.

El dentista debe realizar el tratamiento con des---

treza, rapidez y provocar el menor dolor posible. El niño puede notar fácilmente la ineficacia del dentista desde la primera visita, debido a que son muy observadores, quizá más que los adultos. Algunos médicos con poca experiencia en niños, sienten temor al ordenarles lo que deben hacer, algunos incluso al tener que examinar a un niño, observan un determinado diente, lo tocan con suavidad, indecisos, después abren cajones simulando buscar determinado instrumento, examinan de nuevo el diente y otra vez, hasta que al fin, con cierta desesperación, pone manos a la obra.

Algunos autores recomiendan que el dentista no use corbata y procure vestir ropa de colores y diseños modernos. Cuando se requiere usar bata, gorro y tapa bocas deberán ser de colores y con diseños agradables.

El médico deberá explicar convenientemente a los padres cual será la influencia y efecto si fuese necesario recetar algún medicamento.

Preferentemente el dentista participará de manera directa en la enseñanza de las técnicas de cepillado, uso del hilo dental y pastillas reveladoras. Si esto no fuera posible deberá supervisar el trabajo de la asistente.

Por último debe hacer notar a sus pacientes que los cuidados de su boca no dependen solamente del dentista, sino que más bien debe ser un esfuerzo conjunto entre el profesional y el paciente. Las responsabilidades del dentista son detectar lo más precozmente posible, la aparición de cualquier problema dental, comunicarlo al paciente o a sus padres, proporcionar medidas preventivas y al iniciar el tratamiento utilizar todos sus conocimientos.

Por su parte el paciente debe confiar en el dentista y proporcionar toda la información posible, seguir sus indicaciones, comunicar cualquier novedad, seguir instrucciones y estar en la mejor disposición de cooperar durante el tratamiento.

#### 4.6 Historia Clínica.

El examen bucal completo de un paciente odontológico infantil no es menos importante, ni menos complicado--- que el examen del paciente adulto. Los procedimientos--- deben ser llevados a cabo en forma ordenada y eficiente.-- Un examen minucioso es el requisito previo para un plan-- de tratamiento. Ningún odontólogo deberá anteponer su -- tiempo ni las exigencias de los padres, para brindar una-- atención completa y adecuada a los pequeños pacientes,--- pues esto significaría proporcionar una odontología frag-- mentaria.

En la práctica odontopediátrica, la historia clíni-- ca es un procedimiento perfecto para comenzar. Indoloro y grato, ofrece una oportunidad única para que el odontólo-- go introduzca gradual y cómodamente al niño a los procedi-- mientos odontológicos. También dá al odontólogo una opor-- tunidad simpática mediante la cual puede trabar conoci--- miento con su paciente.

Según Plavanov, el método usado en el examen es -- muy importante, mientras mejor se constituya la historia-- clínica y se esmere el reconocimiento clínico, más se ob-- tendrá la simpatía y afecto del paciente, éstos son qui--- zás los elementos más importantes para establecer una bue-- na comunicación. Tanto los padres como el niño esperan-- ser ayudados por los conocimientos del médico y nada los-- impresiona mejor que un examen prolijo. Consecuentemente a mayor investigación y examen directos, corresponde un-- diagnóstico correcto y la mejor presentación del caso a-- tratar.

Hay varias formas para realizar una historia clíni-- ca, pero algunas requieren de mucho tiempo para obtener-- los datos, sin embargo existen formas de historia clínica en donde se simplifican, como es la usada en la clínica-- de la Universidad de Washington, que se divide en dos par-- tes:

- a) Interrogatorio,
- b) Exploración.

En el interrogatorio se obtiene:

- Datos personales, padecimiento actual, antecedentes odontológicos, antecedentes heredo-familiares y antecedentes médicos.

El interrogatorio debe efectuarse mediante preguntas directas y claras.

En cuanto a la exploración debe seguir siempre un orden fijo, para evitar que pase inadvertida alguna lesión desconocida. La exploración se hace por varios métodos que son:

- Inspección.
- Palpación.
- Percusión.
- Auscultación.

La primera parte de la auscultación deberá contener datos sobre los tejidos blandos (vestibulares, piso de la boca, lengua y paladar), después debe examinarse la oclusión, irregularidades óseas o dentales y por último los dientes que deberán ser cuidadosamente examinados en busca de lesiones cariosas o de otro tipo.

#### a) Interrogatorio.

Los datos personales son esenciales para el registro del consultorio. De esta información el dentista obtiene una visión del nivel socio-económico del niño y su familia. Con estos datos se obtiene el nombre del pequeño o la manera como su familia le llama de cariño. Hay que registrar también la fecha y lugar de nacimiento.

La fecha exacta de nacimiento torna simple el cálculo de la edad del niño en todo el período de su tratamiento en el consultorio, así como para recordar las características de su crecimiento físico y mental en base a la edad. El lugar, así como la residencia en los años --

subsiguientes, establece la exposición o nó del niño a -- las aguas fluoradas.

Debemos registrar el problema principal por el --- cual el niño acude a su cita dental, tal como lo exprese el paciente o su padre. La respuesta a esta pregunta pue de darnos el coeficiente intelectual dental del padre, es decir, su conocimiento sobre salud dental.

Una preocupación temprana por el pröblema princi-- pal del paciente favorece la creación de una atmósfera en la cual el paciente coopere bien y sea más receptivo a -- las sugerencias del médico, para realizar un tratamiento odontológico completo.

En antecedentes odontológicos deberán registrarse las experiencias del paciente con tratamientos odontolögi cos previos, si es que los ha tenido. También debe re--- cogerse la opinión del niño sobre los dentistas. La expe riencia previa en situaciones odontológicas es un factor importante en la reacción de niños a nuevos tratamientos. El niño que ha tenido una mala experiencia es de esperarse que esté temeroso, nervioso o que presente una conducta no cooperativa.

El niño sin experiencia previa puede ser tratado-- más libremente que el que ya tuvo una experiencia buena o mala y puede requerir atención especial. Una técnica de gran ayuda es la interrogación sobre los hábitos bucales, para así poner énfasis en la importancia que el efecto de un hábito puede tener.

Algunos padres pueden no haber pensado siquiera en el hábito, menos aún en sus resultados. Cuando sea posible, el dentista debe dar una charla a los niños con hábi tos bucales en la cual pondrá énfasis en las razones que hay para interrumpirlos y sugerirá métodos para ello.

Es muy importante obtener datos que proporcionen-- alguna indicación del desarrollo hereditario del paciente. Proporciona también información sobre las alteraciones -- transmisibles en enfermedades como tuberculosis, sífilis, cáncer, diabetes, etc.

El paso siguiente en el interrogatorio es la información sobre la salud general del niño, ya que los problemas médicos a menudo tienen efectos sobre el sistema dental. El tratamiento odontológico sufrirá modificaciones de acuerdo con el estado general.

Debe registrarse la altura y peso del niño para -- descubrir cualquier tendencia a un crecimiento retrasado o adelantado, se deben incluir preguntas sobre alergias o sensibilidad a medicamentos. Debe registrarse el nombre y dirección del médico del niño, ya que si se presenta alguna indicación de enfermedad o anomalía general aguda o crónica, es prudente que el odontólogo consulte al médico para informarse sobre el estado actual de la afección, -- del pronóstico y de la terapéutica medicamentosa actual.

Deberá también investigarse si han habido hemorragias prolongadas después de procedimientos quirúrgicos, -- por si se llega a necesitar alguna intervención de este tipo.

#### b) Exploración.

Completado el interrogatorio del paciente, el paso a seguir deberá ser la exploración. En la boca se examinarán los siguientes puntos preferentemente en este orden:

##### - Labios.

El nivel de los labios en relación con el plano incisal de los dientes, hábitos que afecten los labios, cambio de color, ulceración o fisura.

##### - Mucosas.

Color y textura de los tejidos que recubre los carrillos y labios; inserción anormal de los frenillos.

##### - Paladar (duro y blando).

Altura, color, tumefacciones y ulceraciones; fisuras totales o parciales.

- Lengua.

Tamaño, en especial, aunque también es importante el color de la mucosa que la recubre y los hábitos en relación con lengua.

- Zona sublingual.

Cualquier evidencia de infección o crecimiento de tejidos.

- Amígdalas y garganta.

Agrandamiento de las amígdalas, cambio de coloración o evidencia de infección.

- Encías.

Coloración, punteado y contornos del tejido blando que rodea a los dientes.

- Salivación.

El tipo de saliva a menudo tiene relación con la salud dental; el exceso o falta de ella pueden diagnosticar algunas enfermedades generales así como afectar los tejidos dentales.

- Oclusión.

La relación oclusal es uno de los aspectos más importantes del examen, conseguir la relación generalmente es lo más significativo para algunos dentistas, pero deben también diagnosticarse otros problemas como son: mordida cruzada, mal alineamiento, dientes supernumerarios y mordida abierta, o mordida cerrada.

Debe anotarse la relación de la línea media. Observar y evaluar si se dispone de espacio en la arcada para dar espacio a los dientes de reemplazo. Debe anotarse también si hay limitaciones a los movimientos mandibulares, así como precisar el tipo y grado de limitación y la presencia de dolor.

- Examen dental.

El examen de los dientes está estrechamente vinculado al plan de tratamiento. Considerar los dientes por separado cada uno, en relación con el estado de la boca, es totalmente impráctico, por lo que debemos considerar-- el aparato dental en su totalidad y no examinar sólo dientes aislados.

Antes de proceder al examen se debe realizar una-- limpieza, ya que sólo un diente limpio puede ser debida-- mente examinado. Todas y cada una de las superficies de cada diente deben ser inspeccionadas visualmente, con buena luz y al tacto con explorador.

A través de la exploración del examen radiográfico constituye un medio diagnóstico de gran ayuda, sin embargo es poco prudente depender únicamente de él para realizar el diagnóstico definitivo.

El diagnóstico se realizará después del examen dental y posteriormente se evaluará el pronóstico del paciente. Por último se hará la planeación del tratamiento a-- seguir, número de citas que requiere, tiempo por cita, -- etc.

A continuación ilustramos un formato de historia-- clínica utilizada en la E.N.E.P. "Zaragoza" (clínica de-- especialidades) a la cual anexamos ciertos datos de la -- historia clínica utilizada en la Universidad de Washing-- ton. Esta modificación se hizo para adaptarla a las exigencias del paciente infantil.

#### HISTORIA CLINICA

	FECHA
Nombre del paciente,	
Sexo,                      Edad del niño,	Año escolar.
Lugar y fecha de nacimiento,	
Domicilio,	
Hora de su siesta,	
Familiar más cercano o responsable.	
Derivado por,	

Nombre por el cual le llaman de cariño.

Pasatiempos, hobbies, personajes favoritos, mascota o programa de T.V. preferido.

Información personal:

Esta información personal se solicita para aprovechar su tiempo y conocer el estado general de salud de su hijo(a). Con objeto de prevenir o eliminar cualquier ---afección peligrosa o enfermedad es necesario este reconocimiento general, por lo que le rogamos se sirva llenar--este cuestionario con el mayor cuidado. En este consultorio estamos muy interesados en ayudar a su hijo en su programa de salud bucal. Desde luego esta información es estrictamente confidencial.

Gracias.

Explique brevemente porqué trajo su hijo al dentista.

¿Sabe usted si su hijo tiene algún problema dental en especial?

¿Tiene alguna molestia o dolor? Si es así ¿Desde cuando?

¿Es ésta la primera vez que el niño visita al dentista?

Si no es así, dé la fecha del último examen dental.

¿Que se le hizo entonces al niño?

¿La experiencia dental fue agradable?

¿Ha sufrido algún golpe en la cara o dientes?

¿Tiene el hábito de boca-chupado, labio chupón o morderse las uñas?

¿Tiene problemas con el habla?

¿Sufrió pérdida anormal de algún diente?

¿Ha usado aparato de ortodoncia?

¿Se cepilla su niño los dientes diariamente?

¿Cuántas veces al día?

¿Ayuda usted a su niño a cepillarse?

¿Utiliza hilo dental?

¿Ha empleado pastillas reveladoras?

¿Ha recibido el niño fluoruro por algún medio?

¿Desea recibir tratamiento dental completo para su niño?

### HISTORIA MEDICA

Nombre del pediatra

Dirección

Tel.

Fecha de la última consulta médica

Motivo

¿Esta recibiendo su hijo tratamiento médico? SI NO

¿Esta recibiendo actualmente algún medicamento?

¿Existe sangrado excesivo cuando se corta?

¿Ha sido alguna vez hospitalizado?

¿Ha tenido alguna cirugía?

¿Tiene alergia a penicilina u otro medicamento?

¿Existe alguna alergia a: Polen, animales, comida, otros?

¿Existe algún problema emocional?

¿Existe otro problema médico?

Comentarios.

¿Ha presentado su hijo alguna de las siguientes enfermedades?

<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Rubeola
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Oídos	<input type="checkbox"/> Sarampión
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Parálisis	<input type="checkbox"/> Sinusitis
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Cerebral	<input type="checkbox"/> Tiroides
<input type="checkbox"/> Vejiga	<input type="checkbox"/> Reum.	<input type="checkbox"/> Parotiditis	<input type="checkbox"/> Hígado
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Viruela	<input type="checkbox"/> Corazón	<input type="checkbox"/> Riñón
<input type="checkbox"/> Otros.			

¿Algún familiar directo ha tenido alguno de los padecimientos antes mencionados?

¿Ha recibido su hijo las vacunas correspondientes?

Considera que el niño:

Está adelantado en sus estudios.  
 Progresa normalmente.  
 Le cuesta aprender.

Por favor describa cualquier tratamiento actual incluyendo medicamentos, cirugías pendientes, accidentes recientes, o cualquier otra información que pueda sernos útil y que no haya sido mencionada.

Siendo su hijo menor de edad, es necesario que un permiso por escrito sea dado por el padre o tutor, para que se puedan efectuar servicios dentales. La firma de esta forma da autorización para que se pueda examinar y tratar al paciente.

México, D.F., a            de            de 198

Nombre

Parentesco

Firma

Para uso exclusivo del médico:

Inmunizaciones

Estatura

Signos vitales: Temp. Presión Pulso F. Resp.

Antecedentes personales patogénicos:

- a) Sistémicos.
- b) Infecciosos.
- c) Hemorrágicos.

Examen de cabeza y cuello:

Cráneo Perfil Tez

Labios Ganglios Linf.

Examen intrabucal: Anotar en caso de alteración

Mucosas: Masticatoria  
Especializada  
Revestimiento

Amígdalas.

Glándulas salivales.

Exámenes complementarios:

(Marque con "X" los necesarios)

Oclusión

IHOS

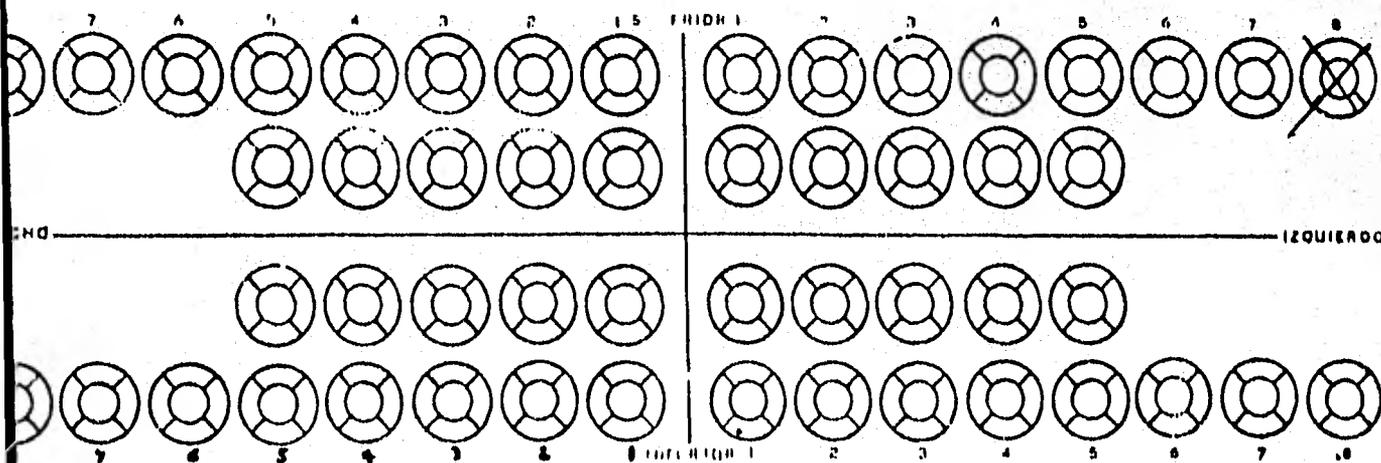
Modelos de estudio

Ortodoncia

Dentición Mixta       Secuencia de erupción       Operatoria       T.Pulpar  
 Exodoncia       Radiográfico       Laboratorio       Interconsulta

**ODONTOGRAMA.**

(Marque: Rojo, diente cariado; Azul, diente obturado)



Observaciones diagnósticas:

Diagnóstico:

Pronóstico:

Plan de tratamiento:

Fecha.	Consulta	Actividad(es)
--------	----------	---------------

Notas de evolución:

## BIBLIOGRAFIA

- Academia Mexicana de Pediatría. Psicología del niño.- México. Ed. Nestle. 1968. pp. 559-563.
- Beaver H.A. et al.; Managment of young patient. J. Mich. Dent. Assoc. 1976. feb: 58 (2). pp. 73-80.
- Brandli W.E. et al.; Education in preventive pediatric dentistry A.S.D.C. J. Dent Child. 1979. may-june: -- 46 (3). pp. 200-204.
- Chambers David.; Comunicating with young dental patient; J. Dent. Child. Vol. 37. sept-oct: Vol. 37. 1970. pp.- 363-370.
- Evans R.I.; Social psychologic perspective in motiva-- ting changes in eating behaviour. Journal American --- Diet. Assoc. 1978: apr: 72 (4). pp. 378-383.
- Fuentes Servín P.; Factores psicológicos que influyen- en la odontología infantil. Rev. A.D.M. Vol. XXX. -- No. 6. Nov-Dic. 1972.
- Friedman Monus; Como agilizar el tratamiento en niños. Rev. Odont. Moderno. 1973; jun Vol. I. No. 6. pp. 41- 47.
- Hill Frederick.; A preventive programme for the dental management frigh tened children. J. Dent. Child. Vol. 43. sept-oct. 1976. pp. 30-34.
- Issues Davis.; The dentis't role in child abuse and--- neglect. A.S.D.C. J. Dent. Child; 46 (3) 1979. pp. -- 185-192.
- Kenedy D.B.; Operatoria dental en pediatría. México.-- Ed. Médica Panamericana. 1974. pp. 11.
- Klorman R., et al. A forther assesment of predictors- of the child's behavior in dental treatment. J. Dent.- Res. 1979. dec; 58 (12). pp. 2338-2343.

- Mc. Donald. R.E.; Odontología para el niño y el adolescente. Buenos Aires. Ed. Mundi. 1957. pp. 1-6, 25-35.
- Martínez Herrera J.M.; Manejo del paciente infantil en odontología. Rev. A.D.M. 1980. may-jun: Vol. XXXVIII.- No. 3. pp. 146-148.
- Morris Alvin L.; Las especialidades odontológicas en la práctica general. España. Ed. Labor. 1974. pp. 179.
- Peinado Allgaba J.; Paidología. México. Ed. Porrúa. --- 1958. pp. 3-5.
- Read Wright G.Z.; Behavior management in dentistry for children. W.B. Saunders Co. Philadelphia; Chapter 5.
- Santos O.M.; El sistema a cuatro manos evita su desgaste físico y aumenta sus ingresos. Rev. Odont. Moderno. 1972. Julio, 11-15.
- Schwartz Robert.; Sistemas administrativos para la comunicación con los pacientes dentales. Rev. Odont. Moderno. ago-sep: 1980. pp. 10-16.
- Standisch M.F. Propedéutica Odontológica. México. 2a.- Edición. Ed. Interamericana. 1973., pp. 16-37, 93-103, 106-107, 392-397.

## V. LA VISITA AL CONSULTORIO

La visita del niño al consultorio dental, debe ser considerada como una ocasión muy especial, ya que lleva implícitos una serie de factores psicológicos que afectan tanto al paciente como a sus padres y al profesional mismo. La visita al odontólogo, es para el niño una experiencia que generalmente desencadena nerviosismo.

La mayoría de los niños reciben información referente al dentista y al ambiente del consultorio, antes de encontrarse con esta experiencia. En general este conocimiento es impreciso y poco apegado a la realidad, ya que en general, las personas que los informan sienten aversión hacia el tratamiento odontológico. De manera que el niño al enfrentarse a la consulta se sentirá angustiado o atemorizado porque la relaciona con el dolor físico. Ocasionalmente el niño se avergüenza de su temor y exagera sus dolores para disculparse a sí mismo, por ello el objetivo del buen odontólogo será evitar el dolor o no provocarlo dentro de lo posible.

El odontólogo nunca deberá perder el control, o agotar su paciencia y capacidad de comprensión hacia la situación dentro de la cual se encuentra el paciente y debe saber detectar en forma breve y precisa los factores de angustia, para así poder eliminarlos de inmediato.

Si el odontólogo desea lograr un buen acercamiento a la práctica odontológica infantil, debe conocer la importancia del ambiente familiar, así como de la influencia de los padres sobre el pensamiento y la conducta del niño. Hay que estimular a los padres para que lleven a sus hijos al dentista con buen tiempo. Muchas ocasiones es el padre y no el niño quién se convierte en el principal problema para la conducción exitosa del tratamiento. Los niños generalmente, ejemplo del ambiente familiar. Ignorar las variaciones de conducta, experiencia y educación de los padres es limitar nuestro campo de acción, por ello se deberá establecer una rutina de observación en el consultorio para valorar el ambiente familiar, los patrones de conducta del padre y del niño, así como las normas de comportamiento que exige el padre o en su caso la madre.

## 5.1 Papel de los padres.

La comprensión existente entre los padres y el odontólogo, así como el entendimiento entre ambos influye y es uno de los medios más importantes para asegurar que el niño colabore en el tratamiento.

Los padres pueden ayudar a colaborar o entorpecer cualquier tratamiento. Hay diversos tipos de padres, desde los que tratan de distraer al dentista, los que desean colaborar o los que quieren dar ánimo a sus pequeños.

Es indudable que el grado de cultura de los padres se refleja en el comportamiento del niño y de esa manera, lo que vé y escucha en su hogar, se refleja en el modo como actúa en su vida incipiente.

Algunos padres no reconocen la importancia que tiene el cuidado de la dentición temporal. Puede deberse a que no han estado muy relacionados con la odontología, o que sus experiencias han sido poco favorables, falta de cultura o carencia de una educación dental adecuada.

Sería realmente desusado, que un padre trajera a su hijo al consultorio dental, sin cierto recelo o aprehensión con respecto a la reacción que emitirá el niño hacia el tratamiento dental. El odontólogo, puede hacer mucho por la educación del padre, si le asegura que su hijo entrará al consultorio sin vacilaciones ni miedo.

Generalmente será una tranquilidad para el padre saber que no se tomarán medidas extremas de disciplina y que se tratará por todos los medios que el niño coopere por su propia voluntad en esta nueva experiencia.

Si el dentista logra concientizar y educar, obtendrá una relación más satisfactoria entre toda la familia. El aconsejar a los padres acerca del tratamiento dental debiera, de preferencia, comenzar antes de que los niños sean bastante grandes como para impresionarse por las influencias externas.

Idealmente los padres deberían seguir ciertas reglas básicas como son: inculcar el hábito de la limpieza,

para mantener la boca en óptimas condiciones de salud, -- prevenir y corregir cualquier hábito que pudiera intervenir para causar mala oclusión, crear en el niño el sentido de responsabilidad y cooperación con respecto al cuidado de su boca y preservación dentro de lo posible de -- los dientes temporales, cuya importancia es básica.

El dentista deberá aconsejar a los padres que no manifiesten sus propios temores frente al niño, una causa primaria de los temores en el niño es escuchar quejas de sus padres sobre sus propias experiencias odontológicas.

Aparte de no mencionar sus propios momentos desagradables podrán evitar el miedo en sus hijos, explicándoles de manera sencilla y llana, que es la odontología y lo agradable que será el dentista. Deberán tomar en cuenta que gracias a los avances de la anestesia, modernos equipos y adecuadas técnicas de manejo, determinan que ningún niño tiene porqué temer al tratamiento.

Debe aconsejarse a los padres que no usen la odontología como amenaza de castigo. Tampoco será llevado el niño sorpresivamente al consultorio. Deben familiarizar a sus hijos con la odontología llevándolos al consultorio antes de que amerite tratamiento y para que se acostumbre y trabé relación con el odontólogo. Si el padre hace un despliegue visible de valor en cuestiones dentales dará ánimos al niño.

Los padres deberán llevar al niño a sus citas con regularidad ya que el nerviosismo de los niños aumenta -- mientras más se retrasa el tratamiento. Por otra parte -- deberán ser conscientes que para lograr la buena conservación de los dientes de sus hijos, éstos deberán soportar ciertas molestias y de alguna manera hacércelos ver a los niños.

## 5.2 Presencia de los padres en el cuarto operatorio.

Es preciso que los padres comprendan que una vez -- que el niño está en el consultorio dental, quien mejor sabe como prepararlo emocionalmente para el tratamiento es el odontólogo. El padre debe tener completa confianza en el dentista y confiarle el niño a su cuidado. Cuando el niño entra al cuarto operatorio, el padre no debe hacer -- gesto alguno, ni tratar de seguirle o guiarlo, a menos --

que lo pida el dentista.

En cuanto a la presencia del padre o madre en el cuarto operatorio durante el tratamiento, ha surgido gran controversia. Schwartz se dió cuenta que los padres transmiten ansiedad y miedo a sus hijos, por lo que establece una mejor relación, médico-paciente, cuando éstos no se encuentran. Considera también que la asistente en cierto modo llega a substituir a la madre, por lo que deberá transmitirle confianza al niño.

Chamber, permite a la madre acompañar al niño durante el tratamiento, pero únicamente como estricto observador y no enfrente de su hijo, ya que si siente ansiedad se transmitirá, produciendo un efecto contrario al deseado, debiendo entonces retirarse.

También llegó a la conclusión de que si la madre es motivada e instruida adecuadamente, puede llegar a ser de gran ayuda para establecer una corriente de simpatía y cordialidad entre el niño y el dentista.

Massler opina que la decisión de permitir o no entrar al padre al cuarto operatorio dependerá de lo que sea mejor para el niño. La presencia de los padres dependerá de circunstancias muy especiales tales como la edad, dependencia del niño hacia la madre, incapacidad física, información personal, etc., pero será el profesional quien determine la permanencia o no según el caso particular.

En ocasiones el dentista permitirá la presencia del padre, si éste le inspira confianza al niño. Al encontrarse en el cuarto operatorio, el padre debe asumir una actitud de espectador pasivo. No debe hablarle al niño ni al odontólogo, excepto cuando éste se lo pida.

No debe tomar la cara del niño, ni deberá mirarle como simpatizando con él y al mismo tiempo reflejando temor en la expresión de su cara. Nada es más perturbador para el manejo del niño que el hecho de que el padre se entrometa en el tratamiento.

Como se mencionó antes, se ha discutido sobre la

conveniencia o no de la presencia de los padres, nosotros consideramos que para un mejor tratamiento, el profesional sólo permitirá la entrada de los padres al cuarto operatorio en la primer visita. La entrada en citas subsiguientes, estará supeditada a los requerimientos del dentista, ya que la cercanía de los padres puede incluso generar ansiedad en el niño.

### 5.3 Efecto de las actitudes maternas.

Ya que tanto la madre como el padre, juegan papeles importantes en el desarrollo psicológico del niño, se enfatiza la importancia de la madre, puesto que tienen más contacto con sus hijos que los padres y porque se supone que la relación madre-hijo es más íntima que la padre-hijo.

Se ha encontrado que las madres amorosas tienen hijos felices y calmados, mientras que las hostiles tienen hijos infelices e impacientes. Las madres que permiten la autonomía del niño, generan hijos amistosos cooperativos y atentos.

En cambio las madres punitivas no tienen hijos que exhiban características positivas de comportamiento. Las implicaciones dentales al respecto son aparentes pues los niños pueden ser amables y amistosos, utilizando ésto como simples tretas en el consultorio.

#### Sobrepotección.

El sentimiento más común de la madre hacia el hijo es el amor y el afecto, lo cual es un prerequisite para que el niño sea sano emocionalmente. La exageración de esta actitud o sobrepotección es potencialmente dañina para el desarrollo emocional del niño.

Los signos para identificar este tipo de madres son: excesivo cuidado al niño en cuanto a comida, vestido, baño; sobrepasando la edad en la cual lo requiere. La madre se involucra en la vida social del niño y no lo deja por ejemplo, tener los riesgos que implica el juego. Muestra mucho interés respecto a la rutina dental y médica de los problemas del niño,

La madre sobreprotectora retarda la normal maduración psicológica del niño y tiende a la infantilización de éste. El comportamiento que el niño presente dependerá de si la sobreprotección maternal está unida con la dominación o la sobreindulgencia.

La madre dominante está asociada con el niño sumiso y la sobreindulgente con un niño agresivo. Los niños de comportamiento sumiso son usualmente pacientes dentales cooperativos, aunque es difícil establecer comunicación con ellos.

El niño agresivo exige y espera atención y servicio constante, tienen dificultad para hacer amistades. Este niño generalmente no estará ansioso en una situación nueva o un ambiente no familiar como lo es el consultorio dental. Sin embargo puede exigir demasiada atención del dentista.

#### Sobreindulgencia.

Los padres sobreindulgentes dan a los niños lo que ellos deseen dentro de lo que les permitan sus posibilidades financieras, incluyendo juguetes, dulces, ropa, etc. y el niño generalmente pone muy poca restricción a su comportamiento. A este niño se le conoce como "consentido". Su desarrollo emocional está impedido y se mantiene en un estado infantil.

Estos niños al igual que los de las madres sobreprotectoras esperan hacer su propia voluntad en el consultorio y pueden mostrar estallidos de temperamento cuando ellos no pueden controlar la situación dental.

#### Poca afección.

Puede variar desde separación moderada a indiferencia o descuido, los niños que se encuentran con este tipo de reacciones por parte de sus madres, comunmente se comportan bien en el consultorio y aparentemente se ajustan bien. Sin embargo, tienden a ser inseguros,

Es difícil establecer armonía y contacto emocional con ellos. El dentista puede encontrar que lloran con --

facilidad, son tímidos o incapaces de cooperar. Estos niños responderán a un sustituto tal como el dentista o su asistente, si se les dá soporte emocional y afecto.

#### Rechazo.

El rechazo por lo general es hostil. El comportamiento de la madre está caracterizado por descuido del niño, severo castigo, regaño y resistencia a gastar dinero o tiempo en el niño, este niño generalmente muestra extrema ansiedad, agresividad, es sobreactivo y desobediente.

Usualmente estos niños recurren a cualquier comportamiento para ganar atención. Pueden ser difíciles como pacientes dentales y requieren una modificación considerable de su comportamiento por parte del dentista.

#### Autoritarismo.

Los padres autoritarios usan técnicas para controlar el comportamiento del niño, que pudieran calificarse como "ninguna orientación amorosa", la disciplina casi---siempre toma la forma de castigo físico o ridículo verbal. La madre autoritaria es generalmente el producto de una crianza de este tipo.

La respuesta del niño puede ser sumisión, sin embargo, esta sumisión, va acompañada de resentimiento y evasión. En el consultorio no desobedecerá directamente la orden del odontólogo, pero buscará evadir o demorar la respuesta.

#### 5.4 Factores que determinan la actitud del niño hacia la visita al consultorio.

Robertson y Robertson, afirma que pueden existir tanto factores favorables, desfavorables, como los que muestren el estado psicológico del pequeño paciente:

##### Factores favorables:

a) Medios educativos sobre salud bucal bien llevados en su hogar,

b) Influencias positivas de los padres o personas que rodean al niño.

c) Que el acompañante o familiar del niño sea el--  
adecuado.

d) Que el dentista restrinja sus movimientos corp  
rales.

e) Experiencias agradables en el consultorio, sin  
dolores, ni molestias.

Factores desfavorables:

a) Que el ambiente del consultorio sea demasiado--  
extraño para el niño.

b) Manifestaciones de abierto rechazo por parte de  
los padres o personas cercanas al niño, respecto a la ---  
odontología.

c) Que el acompañante sea inadecuado.

d) Empleo por parte del dentista de lenguaje poco-  
familiar.

e) Que el niño se presente con dolor o enfermedad.

f) Experiencias personales desfavorables en el con  
sultorio.

Factores que muestran el estado psicológico del niño:

a) Calidad de su relación con la madre (relación---  
madre-hijo).

b) Fantasía acerca del dolor.

c) Fantasía acerca de la enfermedad.

d) Su Ego.

### 5.5 Tipos de paciente infantil que asisten a consulta.

Los cinco diferentes tipos de pacientes infantiles que acuden a solicitar los servicios del odontólogo son:

- a) Paciente de primera vez.
- b) Paciente de control o visita subsecuente.
- c) Paciente de urgencia.
- d) Paciente premedicado.
- e) Niño problema.

Puesto que cada caso es diferente, nuestro comportamiento al recibir al niño, deberá ser distinto en cada ocasión. Muchos factores influyen en el comportamiento del niño y dependerá de la capacidad que tengan, tanto el niño como sus padres y el dentista para hacer frente a la situación, que se produzca o no una experiencia dental traumática, que predispondrá al niño en futuras citas dentales.

- a) Paciente de primera vez.

Es generalmente preferible que la primer visita de un niño al consultorio dental, se haga no más tarde de los 3 ó 4 años de edad. Estos niños si no han recibido influencias externas desfavorables y además cuentan con una adecuada información sobre el dentista y su consultorio, generalmente serán candidatos a convertirse en magníficos pacientes, por lo que debe tenerse cuidado en no destruir su confianza y deberán utilizarse las técnicas más adecuadas para su manejo.

Dentro de esta categoría se ha encontrado que el grado de cooperación exhibida por los niños en edad preescolar es muy alta, a pesar de que en un momento dado presentan un problema dental agudo.

La primer visita deberá involucrar únicamente la examinación radiográfica, historia clínica, posiblemente profilaxis y tratamiento de fluor tópico. La mayoría de

los niños aceptan rápidamente este tipo de tratamiento.-- Sin embargo, algunos niños pueden presentar comportamientos anti-cooperativos, generalmente asociados con la separación de la madre.

En la separación puede influir una serie de factores como son:

a) Temor a ser separado de su madre en la sala de espera.

b) No saber lo que le espera en el cuarto operatorio.

c) Temores subjetivos que el niño haya adquirido-- de miembros de la familia.

En este tipo de casos y si el niño es muy pequeño-- se permite la entrada de la madre o padre a fin de pacificar algunos de estos temores.

Otro factor importante para que el niño presente-- comportamientos anticooperativos, es la ansiedad materna. También influye el hecho de que el niño esté consciente-- que requiere el tratamiento dental; el niño cuando sabe-- que tiene una cavidad o diente doloroso presenta más ansiedad que el que sabe que sólo va para que se le examine y le limpien los dientes.

En la primer visita como ya lo mencionamos antes-- deberán realizarse sólo procedimientos menores e indolores como son: obtener la historia clínica, se instruye-- sobre el funcionamiento del aparato de Rayos X. Puede -- proporcionársele la placa radiográfica para que la toque-- y se la coloque entre los dientes, ésto disminuye la ansiedad o el temor del joven paciente. Previa explicación, se procede a tomar el estudio radiográfico.

Una vez obtenido el resultado, se realizará la revisión clínica de la cavidad oral, anotando en el odontograma los datos obtenidos. Este nos sirve para obtener-- el plan de tratamiento, fijar el número de citas y el -- costo,

Posteriormente se procederá a cepillar los dientes

con la copa de hule, que generalmente se hace girar sobre sus uñas para que sienta que es inofensiva, gracias a lo cual no encontraremos dificultades para realizar la profilaxis. En los casos que no se presente alteración bucal se realizará la aplicación tópica de fluor. Puede también enseñarse si así lo requiere, las técnicas de higiene oral. Deberán cuidarse que el tiempo máximo de la cita no exceda, en lo posible, de media hora.

b) Paciente de control o visita subsecuente.

Los pacientes que al acudir al dentista ya han tenido alguna experiencia odontológica anterior, reaccionarán de acuerdo a lo buena o mala que haya sido ésta.

Si el niño ha sido manejado adecuadamente durante sus visitas anteriores y ha mostrado un comportamiento cooperativo, en las citas subsecuentes o en la de control adoptará por lo general la misma conducta.

En cuanto a las citas subsecuentes Koenigsberg y Johnson encontraron que el comportamiento permanece estable cuando el trato al paciente pasa de la simple examinación, a la fase restaurativa del tratamiento, por lo menos en un 60% de los niños que examinaron. Un 20% aproximadamente mostraron deterioro o desorden en su comportamiento. Mientras que el resto, 20% mostró una palpable mejoría.

Estos mismos investigadores encontraron que en tanto que en la primer cita, es fundamental la influencia que sobre el niño ejerce la ansiedad materna, en las citas subsecuentes no se pudo establecer una relación entre la ansiedad de la madre y el comportamiento del niño en las siguientes citas.

En estas visitas no se permitirá la entrada de los padres a menos que sea estrictamente necesario. Se procederá a realizar el trabajo de restauración o tratamiento preestablecido en la primer visita. Pasaremos de tratamientos menores a mayores, por lo que deberá tenerse cuidado en el manejo de la situación, todo lo que vaya a realizarse deberá llevar una previa explicación para no--

provocar ansiedad innecesaria en el niño.

Para poder llevar a cabo el tratamiento con orden, se aconseja trabajar por cuadrantes a menos que un diente en especial requiera tratamiento inmediato.

Generalmente se aconseja que si la técnica de manejo utilizada en la primer visita del niño al consultorio dió resultado, deberá seguirse aplicando, o en su defecto modificar la técnica para lograr mayor colaboración del paciente en las siguientes citas.

Terminada la sesión no deberá olvidarse el dar un reconocimiento al niño, de preferencia, ante sus padres sobre la buena conducta y su cooperación durante el tratamiento.

Cuando se trata de un paciente de control, se aconseja permitir la entrada de los padres, como informantes sobre la evolución de la salud general y dental del niño, así como de las alteraciones que pudiera presentar.

Se revisará la historia clínica obtenida en tratamiento anterior y se harán las observaciones pertinentes sobre evolución, nuevas alteraciones, estatura, peso, etc. Se revisarán las técnicas de higiene dental y se realizarán de nuevo, la examinación, control radiográfico y aplicación tópica de fluor.

Si no se encuentran alteraciones, se dará nueva cita preferentemente en seis meses, para una nueva examinación.

c) Paciente de urgencia.

Este tipo de paciente pide su cita casi regularmente horas antes de la consulta, o llega inesperadamente, por lo que la preparación de sus padres antes de la visita será difícil.

El dolor está presente en casi todas las urgencias, por lo que deberá dársele prioridad a este tipo de pacientes en cuanto a su cita. Por lo general el dolor es resultado de una infección, lesiones de los tejidos blandos,

fracturas dentarias u óseas y que frecuentemente requieren un tratamiento extenso.

En estos casos, generalmente los padres están muy impresionados por ello una firmación profesional tranquila, de que el paciente recibirá el tratamiento adecuado, servirá para calmar al padre preocupado por el bienestar del niño así como por el resultado estético.

En cuanto a los datos de historia clínica sólo se recabarán los más necesarios para que no surjan complicaciones, para ello deberá contarse con un formato de historia clínica para pacientes de urgencia.

La responsabilidad del dentista deberá ser aliviar el dolor, eliminando antes que nada la reacción al miedo. Con el paciente ya tranquilo, la acción deberá encaminarse a controlar la urgencia, evitando, hasta donde sea posible, el aumentar la molestia.

El tratamiento deberá, dentro de lo posible, ser breve y sencillo; en esta situación, lo más adecuado será hablar con franqueza al niño explicándole de manera natural que algunas veces lo que debemos realizar resulta doloroso, pero si el avisa cuando la molestia sea intensa, el dentista suspenderá la maniobra o lo hará con más suavidad para que así no moleste tanto.

Será bueno explicarle al niño que trataremos de aliviarlo en el menor tiempo posible, esto en un niño que teme al dolor será de mucha ayuda. En una futura cita, se establecerá el tratamiento más complicado o el definitivo.

El niño, por lo general, teme al medio que lo rodea, especialmente si le es desconocido, por lo cual hay que manejarlo con gran cuidado en el consultorio dental, sobre todo en los casos de emergencia; de modo que la experiencia ante el dentista no le ocasione un trauma que le haga rechazar nuestros servicios.

d) Paciente premedicado.

Hemos dicho que en su gran mayoría los niños que---

deben ser sometidos a algún tratamiento dental, lo aceptan con mucha o poca dificultad, sin embargo, existen otros que requieren ayuda especial, como la que proporciona la premedicación. Aprender a seleccionar y encontrarlos medios más eficaces para ayudarlos será el objetivo a perseguir por el dentista.

Durante la primer visita, el odontólogo puede evaluar al paciente observando la reacción del niño a sus instrucciones así como su funcionamiento emocional y nivel intelectual. Estas observaciones pueden ayudar al dentista a decidir como debe manejar el comportamiento de su paciente, así como las técnicas de manejo y qué control del dolor utilizará.

El odontólogo que no usa por rutina la sedación, ocasionalmente encontrará que sus pacientes requieren ayuda más fuerte que la psicológica o la simple anestesia local.

En la decisión para adoptar un tratamiento a base de premedicación deberá tenerse en cuenta: el tratamiento que va a efectuarse, el tiempo que va a requerirse, cuanta molestia será causada y su efecto en el paciente, decidir cuanta conducta inadecuada puede aceptarse sin que se vea afectada la calidad del tratamiento, si van a ocurrir estas conductas, decidir si el dolor y la ansiedad requieren medidas especiales de control; escoger dosis, vía de administración y tiempo, que ayudarán a modificar la conducta indeseada.

Tanto los pacientes como el dentista pueden soportar procedimientos dolorosos, siempre y cuando sean breves, sin requerir ayuda especial, pero a medida que aumentan las demandas técnicas, la molestia y duración del tratamiento, aumenta también la necesidad de ayuda externa para lograr la cooperación del paciente.

El paciente premedicado, generalmente llega adormilado al consultorio, por lo que no representa gran dificultad en su manejo. La forma de manejarlo, así como las dosis y vías de administración, serán tratadas con más profundidad en el capítulo correspondiente.

e) Paciente problema.

Afortunadamente este tipo de pacientes no constituyen una gran mayoría dentro de la consulta diaria en el gabinete dental. Generalmente presentan conductas no deseadas por miedo provocado en casa, por influencias externas adversas a la odontología o por actitudes defectuosas de los padres.

Estos pacientes no se adaptan a la rutina del consultorio dental, ni a las molestias que en un momento dado acompañan al tratamiento dental. Illingsworth, afirma que los "niños problema" son "niños con problemas". El odontólogo tendrá éxitos más duraderos al tratar estos pacientes, si trata de reconocer estos problemas y se ajusta al enfoque psicológico de acuerdo con estos conocimientos.

El comportamiento poco cooperativo de un niño en el consultorio está generalmente motivado por su deseo de evitar lo desagradable o doloroso. Quizá el miedo al dolor sea la causa más frecuente de la conducta desagradable en los niños.

La manera sobre como manejar al niño problema será abarcada en las técnicas de manejo.

## 5.6 Información previa a la visita dental.

Cuando los padres llaman solicitando una cita para su pequeño puede pedírse la siguiente información.

- a) Nombre.
- b) Motivo de la consulta.
- c) Experiencia anterior ante el dentista.
- d) Dirección y número telefónico.
- e) Hora de la siesta del niño.

Muchos autores entre los que destaca el trabajo de Bailey, sugieren una preparación de los padres previa a

la cita. Bailey, observó en un estudio sobre los niveles de ansiedad de la madre y el niño, que el pequeño adquiere para la primer visita con el dentista.

Llegó así a la conclusión que los elementos sorpresa y falta de información deben ser eliminados para obtener un mejor comportamiento y disposición del niño hacia el tratamiento dental.

La información puede ser enviada a los padres antes de la cita del niño; deberá evitarse el uso de terminología dental incomprensible. Esta información puede incluir desde una simple bienvenida, hasta las indicaciones sobre la importancia que tiene para el niño el resultado-satisfactorio de la primera consulta, así como el que los padres mantengan tranquilidad antes de la cita, durante la entrevista y mientras se encuentren en la sala de espera (se recomienda que el lapso para que el niño permanezca en la sala de espera sea lo más corto posible, de lo contrario puede provocarse confusión y ansiedad en el ánimo del niño).

Se debe también insistir sobre las ventajas de conservar en buen estado la salud dental del niño, así como que visite periódicamente al dentista.

Los padres al recibir este tipo de información, generalmente acuden con una actitud más positiva, la cual transmiten a sus hijos, de la misma manera aprecian la atención que para ellos tuvo el dentista. Comprenden y valoran la importancia de que presten buena disposición hacia el tratamiento dental, la cual se verá reflejada en el comportamiento del pequeño paciente.

Cuando se practican de manera adecuada estos procedimientos antes de la visita del niño, se obtienen mejores resultados, tanto en comportamiento como en la toma de radiografías, examen bucal, profiláxis, etc.

A continuación presentamos un formato de la correspondencia que se envía a los padres antes de la visita al consultorio dental, o que en su defecto, les será entregada en la sala de espera para ser leída por ellos antes de pasar a consulta.

Estimados padres:

Es un placer para nosotros darles la bienvenida a usted y a su hijo(a) a nuestra práctica dental. Nuestro objetivo primordial es hacer de ésta una experiencia placentera para su niño, al mismo tiempo que brindarle un -- apropiado cuidado dental, tanto preventivo como correctivo.

Sugerimos que la preparación de su niño para la -- cita dental, sea tratada por usted de una manera objetiva. Es conveniente informar a su niño un día antes de la cita, sobre ésta, para evitar el crear aprehensión.

Evite usted el relacionar experiencias dentales de otras personas a su niño; palabras como "inyección, talar -- drar o aguja" deberán ser excluidas cuando se hable de -- odontología. Es de vital importancia el evitar también -- frases como: "el doctor no te lastimará" o "no te dolerá", ya que el niño relaciona ésto con la posibilidad de dolor.

Las preguntas de su hijo acerca de la visita den -- tal, son mejor explicadas asegurándole, que el doctor mi -- rará sus dientes y le explicará cada uno de los pasos an -- tes de efectuarlo.

Para que el doctor y asistentes establezcan la me -- jor relación posible con el niño, generalmente suplicamos que los padres no entren al área de tratamiento.

Si su hijo llora a la separación, no se angustie, -- ya que el llorar es una respuesta normal del niño a una -- situación nueva y extraña para él. Tanto el doctor como -- las asistentes serán comprensivos y pacientes con su niño, haciendo lo posible por ayudarlo a eliminar sus temores -- dentales y a su vez proveerlo del tratamiento necesario.

En la primera cita se efectuará un examen dental -- con las radiografías necesarias. Normalmente no se rea -- lizará otro tratamiento en este momento, con excepción -- de algún caso de emergencia,

El plan de tratamiento, tanto como el costo, le se -- rá explicado ampliamente antes de ser efectuado,

La cobertura de pago se dividirá entre el número-- de citas que sean necesarias para la terminación del tratamiento.

Haremos lo posible por mantener nuestro horario de citas lo más puntualmente posible, esperando que usted ha ga lo mismo por nosotros. En caso necesario de cancelar-- su cita, suplicamos nos dé aviso con 24 horas de anticipa-- ción.

Si tiene usted duda acerca de la visita de su niño, háganoslo saber para poder ayudar en lo que sea necesario.

Queremos agradecerle de antemano la confianza que-- usted ha depositado en nosotros.

Atentamente.

Dr.

### 5.7 Recepción del niño.

Después de ser recibido el niño, la asistente, o-- en su caso la secretaria, entregará a los padres el cuestionario de salud o historia clínica, cuyo formato fue -- presentado en el capítulo de Historia Clínica, para que -- los datos personales, padecimiento actual, antecedentes-- odontológicos, opinión del niño sobre el dentista, así--- como sus antecedentes heredo-familiares sean contestados-- por él o sus padres con sus propias palabras.

Posteriormente, el cuestionario será revisado por-- el odontólogo, a fin de tener idea precisa del problema del niño; los datos sobre la salud general del niño, así como las observaciones pertinentes sobre las alteraciones, se-- rán contestadas por el dentista.

La revisión del cuestionario debe realizarse en -- compañía de los padres y el niño, para dejarles exponer--

los motivos de la consulta. En lo posible toda la conversación debe estar dirigida al niño.

Al preguntar al niño su nombre debemos investigar si le agrada el diminutivo, como le llaman de cariño, o con que nombre le gustaría que se le llamara; nunca deberá hablársele al niño de usted, sino de tú, pues ésto complace a los niños.

Al revisar la historia clínica, el dentista debe-- deslizar alguna pregunta que el niño pueda contestar. Si a un niño se le obliga a permanecer sentado, en silencio-- durante una conversación que no le interesa, sus pensa-- mientos pueden derivar a lo que podría acontecer en el si llón dental.

Se recomienda que después de este primer contacto, se escuche por separado a cada uno de ellos siempre y --- cuando la separación no provoque reacciones importantes-- de pánico o de oposición en el pequeño.

Cuando analizamos los antecedentes familiares, podemos ayudarnos a precisar la naturaleza de los lazos familiares y las condiciones de vida del niño, así como establecer un primer contacto y acercamiento psicológico--- con las personalidades tanto paterna como materna.

Podemos hacer una observación sobre el comporta--- miento del niño juzgando su aspecto; algunos pueden mos-- trar su inestabilidad al estar inquietos o pretender to-- car todo lo que está a su alcance, o por el contrario, la pasividad de otros, demasiado replegados sobre sí mismos, e incluso hostiles ante el adulto o el dentista.

No debemos olvidar que aquí también intervienen -- reacciones personales del dentista, como son la simpatía-- o antipatía. El odontólogo debe estar advertido de la--- existencia de mecanismos de proyección frente a las difi-- cultades psicológicas de sus pacientes.

Todo médico, tiene la tendencia a proyectarse con-- su personalidad y sus propios problemas de la infancia,-- Para evitar este tipo de reacciones instintivas, el den-- tista debe olvidar su apego habitual al paciente y debe--

tratar de ser neutral entre el niño y sus padres.

Sin forzar al paciente con preguntas constantes,-- debe permitírsele expresarse espontáneamente, ya sea por el lenguaje o por medio de dibujos y juegos, luego de --- cierto tiempo de adaptación, al tomar confianza, el niño-- es capaz de expresar sus dificultades delante de un adulto al que ya no verá como un juez.

Estos primeros contactos no son suficientes para-- apreciar la personalidad del niño, que necesita a menudo-- observaciones más prolongadas y profundas, ya que las observaciones en la primera visita son demasiado subjetivas.

El dentista al acercarse al niño, debe hacerlo con los modos habituales que utiliza a diario, sin ser demasiado entusiasta o agobiante en exceso. El rostro del -- dentista debe tener una expresión agradable, ya que ésto-- repercutirá en el ánimo del niño haciéndolo sentir más--- confiado.

Su aspecto personal también debe ser satisfactorio, pues si el niño encuentra algo desagradable sentirá males tar.

La expresión del personal debe ser alegre, se aconseja que la asistente sea mujer y joven, lo cual ayudará a establecer una mejor comunicación entre ella y el pequeño paciente. El personal auxiliar al afrontar una situación delicada tendrá cuidado de no demostrar en su rostro preocupación, porque los ojos del niño estarán en todo -- momento observando la expresión en las caras de quienes-- le rodean.

El punto principal que debe tomar en cuenta el --- odontólogo de acuerdo con lo anterior, es estar siempre--- en buena disposición para con los niños, hablarles en tono suave, amable, alegre y a la vez firme, ésto facilitará el lograr que obedezcan las recomendaciones que se les den.

El niño debe tener la impresión que la máxima autoridad del consultorio es el odontólogo y que todos deben-- cooperar con él (asistente, secretaria, padres y el pa---

ciente mismo).

Dentro del cuarto operatorio, el primer paso será--mostrarle el funcionamiento de algunos instrumentos y de los aparatos y explicarle la manera en que efectuará el dentista los tratamientos dentro de su boca.

El niño siempre es curioso, más su curiosidad es--superficial y se contenta con poco, supone haber comprendido lo que se le dice; no tiene sentido muy real de las cosas, por lo que es conveniente contestar sus preguntas--complacientemente, dándole explicaciones claras y concretas.

#### 5.8 Momento y duración de la visita.

El momento del día en que se ve a un niño, en especial si es muy pequeño, puede influir sobre su conducta. Generalmente se reservarán las primeras horas de la mañana para este tipo de pacientes, ya que si no se encuentran cansados pueden ser más cooperativos.

Por otro lado, el dentista está más alerta y fresco como para poder enfrentar situaciones impredecibles.--Es probable que no tenga retraso en el tratamiento con algún otro niño y el paciente no deberá aguardar mucho para ser visto.

En cuanto a los niños poco cooperativos o los impedidos será mejor destinarles las últimas horas de la mañana o el momento en que el consultorio esté libre de niños que pudieran resultar influídos por las conductas de éstos.

En los niños de edad preescolar principalmente, no debe interponerse con la hora de su siesta, porque pueden presentarse adormilados, irritables y con problemas de comportamiento. Lloran con facilidad y tienen reducidas--sus capacidades para recibir molestias. Un niño puede negar completamente su cooperación cuando viene a la hora de su siesta, cambiando totalmente su actitud cuando se--le trae a otra hora.

Es por ello que en la historia clínica se incluye--

una pregunta sobre el horario de la siesta del pequeño,-- la cual deberá reflejarse cuando los padres llaman pidiendo una cita, para no dársela en sus horas de sueño.

En cuanto a la duración de la visita podemos decir que el tiempo máximo de la consulta, no debe exceder, dentro de lo posible, más de media hora, pues ésto puede --- afectar el comportamiento del niño y volverse poco cooperativo al final de la cita.

Por muy cooperativo que sea el niño, si la consulta dura mucho, puede comenzar a llorar, cansarse y entrar en stress. Una vez que el niño ha perdido su buen comportamiento, por muy deseoso que esté de volver a cooperar,-- difícilmente podrá hacerlo.

Las visitas para el niño muy pequeño o muy temeroso, deben ser relativamente cortas, hasta que el niño esté plenamente informado de los procedimientos y haya adquirido confianza en el dentista y en sí mismo.

Al finalizar la primera visita, debemos entregarle al chico la tarjeta de la siguiente cita; no al acompañante, para así concederle al pequeño paciente la debida importancia. Por lo general, cuidará la tarjeta y estará pendiente de asistir con puntualidad a su próxima cita.

A continuación presentamos un formato de recordatorio para pacientes infantiles:

# RECORDATORIO

Su proxima cita es



a las \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_

## BIBLIOGRAFIA

- Adelston H.; Your child's first visit to his dentist.- J. New Jersey Dental Association; Vol. 42. feb. 1971.
- Atterbuny.; Recognition of psychological disorders incidental patients. Dental Suru. 1977 . feb: 53 (2). pp.- 55-58.
- Chambers David.; Communicating with young dental patient. J.A.D.A. Vol. 93. oct. 1976. pp. 793-799.
- Figge M.; Some factors in the etiology of maternal rejection College studies in social work. 1932. pp. 237-243.
- Foley W.J. Stress from many sources affects your health and well being. Dent. Stud. may 1977: 55 (8)-- pp. 34-35.
- Fuentes Servín P.; Factores psicológicos que influyen en la odontología infantil. Rev. A.D.M. Vol. XXX No. 6. Nov-Dic. 1972.
- Fragoso Picón M. del P.; Psychology applied to Pedodontics. Rev. A.D.M. 1979. jul-aug: 36 (4). pp. 376-392.
- Gersgen.; Maternal influence on the behavior patterns of children in the dental situation. J. Am. Dent. Assoc. 1977. oct: 46 (9). pp. 17-21.
- Green R.V. et al.; Preparing the preschool child for visit to the dentist. J. Dent. Sep. 1977 5 (3). pp.-- 231-236.
- Johnson A.; Maternal anxiety and child behavior. J. Dent. Child march-apr, 1969. pp. 13-18.
- Johnson J.B.; Stress reactions of groups to the child dental patients. J. Dent. Res. 1979. Jul; 58 (7). pp. 1664-1671,
- Mc. Donald R.E.; Odontología para el niño y el adolescente. Buenos Aires, Ed. Mundi 1957. pp. 1-6, 25-35,

- Morris Alvin L.; Las especialidades odontológicas en la práctica general. España. Ed. Labor. 1974. pp. 179-182.
- Rosemberg Howard M.; Modification for the child dental patient. J. Dent. Child. Vol. 41. march-apr, 1974. -- pp. 31-34.
- Rotberg Saúl.; Tratamiento dental del niño menor de tres años. Rev. A.D.M. 1976 jul-ag: Vol. XXXIII No. 4.
- Sawtell R. et al.; The effects of five preoperator methods upon child behavior during the first dental visit. J. Dent. for children. Vol. 41 sept-oct, 1974.- pp. 367-375.
- Scheweiser H.L. et al.; psychotechnique applied to pedodontics. Rev. Circ. Argent. Odont. sep-dec, 1979: 41 (3-4). pp. 5-8.
- Schwartz Robert.; Sistemas administrativos para la comunicación con los pacientes dentales. Rev. Odont. Moderno. ago-sep. 1980. pp. 10-16.
- Smith G.L.; The influence of a course in psychology on attitudes of dental students. J. Dent. Assoc. S.A.; -- mar, 1978: 33 (3). pp. 171-179.
- Torres Larios Carlos; Curso Odontología pediátrica. --- Rev Odont. Moderno. 1978. abril-mayo: 4 (5). pp. 9-24.
- Venham LL. et al.; Personality factors affecting the preeschool child's response to dental stress. J. Dent. Res. 1979. nov: 58 (11) pp. 2346-2351.

## VI. TECNICAS DE MANEJO

Esta claro que la personalidad del niño, comienza cuando aparecen los recursos para hacer frente a las situaciones adversas que producen ansiedad. Poco a poco comienza a ser confidente, confiado en sí mismo, estimado, dependiente o intimidado y desconfiado. Los miedos de los niños que no se superan como resultado del crecimiento, con el tiempo son más marcados y la manera de reducirlos es con la ayuda de los padres y las personas que los rodean; como el dentista.

Las técnicas más eficaces para eliminar el miedo de los niños son aquellas que ayudan al niño a ser más competente y diestro y que lo alientan a eliminar la causa de su temor.

El odontólogo debe estar consciente que el niño normal cruza por un crecimiento mental y físico, y que va adquiriendo experiencias y hábitos. Es un hecho que cada niño tiene un ritmo y estilo de crecimiento, ningún niño sigue el mismo patrón de conducta y además, no siempre la edad psicológica coincide con la edad cronológica, por lo tanto se debe realizar el manejo de conductas en la práctica odontológica.

El éxito del odontólogo en su práctica con niños depende no sólo de buenas técnicas de manejo y experiencia por parte del odontólogo, sino también en la habilidad que éste tenga para mantener la cooperación del niño e inducirlo a adquirirla.

La mayoría de los niños tienden a ser cooperativos y en estos casos el dentista deberá ayudar a que se mantenga el buen comportamiento.

Si el niño no es cooperativo, deberá modificar y controlar su comportamiento.

Las técnicas de manejo ya sean psicológicas o farmacológicas, deben ser evaluadas de acuerdo a sus efectos y considerando las variables relacionadas con el miedo. Analizar si las técnicas de manejo pueden de alguna manera eliminar sentimientos de aprehensión hacia el tratamiento dental y si pueden variar de algún modo los compor

tamientos no deseados en el paciente; en vista de la importancia que reviste tanto para el clínico como para el paciente mismo.

Al utilizar cualquiera de las técnicas es también importante conocer si reduce la cantidad de esfuerzo que debe ser aportado tanto por el dentista, como por el paciente.

Objetivos del manejo del comportamiento del niño dentro del consultorio dental:

- a) Establecer una comunicación afectiva con el niño y sus padres.
- b) Motivarlos para que acepten el tratamiento dental.
- c) Enseñar al niño y a sus padres lo importante de la prevención.
- d) Proveer de un ambiente de tranquilidad y confort en el consultorio dental, en el cual se atienden niños.

A continuación se describirán las técnicas de manejo más comunmente utilizadas en el tratamiento de niños con problemas de conducta en la práctica dental.

### 6.1 Aplicación frecuente del estímulo.

Como mencionamos en la unidad correspondiente a la visita al consultorio, sería ideal que el pequeño paciente tuviera oportunidad de visitar el consultorio, antes de requerir tratamiento dental, desafortunadamente no siempre se prestan las condiciones para que ésto pueda ser llevado a cabo, sin embargo consideramos, ésta como la primer técnica a ser aplicada, Esta técnica es recomendable para todos los niños de primera visita al consultorio y como complemento de las técnicas que se tratarán.

Este método suele exigir frecuentes visitas al dentista, antes de que sea realmente necesaria la intervención dental.

En capítulos anteriores mencionamos que generalmente los niños temen a lo desconocido y son aprehensivos o incapaces de afrontar una situación nueva.

Por ello siempre es aconsejable una visita al consultorio dental antes de iniciar el tratamiento dental,-- el objetivo de esta técnica es que el niño se familiarice con el consultorio, dentista y asistentes o personas que laboren en él.

El conocer la función de algunos aparatos, tocar-- instrumentos, sentarse en el sillón dental, conversar con la asistente y el odontólogo, implica que el niño pierda el miedo hacia un ambiente que antes le era desconocido.

El párrafo anterior toca aspectos comprendidos dentro de la técnica, decir, mostrar, realizar; por lo que-- consideramos que pueden ser conjugadas ambas técnicas, -- para un mejor resultado en el control de ansiedad y miedo de los niños que visiten el consultorio.

## 6.2 Decir, Mostrar, Realizar.

Esta técnica es especial para niños de primera visita al dentista. En general la técnica requiere que en el transcurso del tratamiento se explique al niño detalladamente, cada paso, el instrumental así como su utilidad, tratando con ello prevenir las experiencias de dolor y -- miedo, las cuales provocan ansiedad.

Esta es muy simple: Según el Dr. Addelston, se deberá explicar al niño como y porqué se van a emplear los aparatos con los cuales va a tener contacto, como son el sillón dental, la pieza de mano, el explorador, espejo,-- aparato de rayos X. Es adecuado también explicar la manera de utilizar y la función de los diversos materiales-- que se emplean.

Al explicar la función del instrumental, aparatos, materiales, etc., podrán tomarse ejemplos de la vida cotidiana del niño para que éste comprenda mejor, de esta-- manera el sillón puede convertirse en el asiento de una-- nave espacial o de un avión supersónico, la pieza de mano un cepillo de dientes electrónico que limpiará sus dien--

tes de la caries, etc.

Se le harán entender los procedimientos a realizar con palabras claras, suaves y adecuadas a su nivel y edad, y tan lento como sea necesario, hasta lograr que el niño comprenda la finalidad del tratamiento.

Deberán evitarse palabras o comentarios que puedan causar ansiedad, por ejemplo, no deben utilizarse las frases: "no te dolerá", "voy a inyectarte", "esto corta", -- etc.

Lo principal es controlar el miedo a la ansiedad-- que el niño presenta ante todo lo que le rodea. Esto puede vencerse después de la detallada explicación de porque se va a realizar tal o cual procedimiento y el modo como se hará y haciéndole comprender que sabemos lo que significa para él esta nueva experiencia y que el dentista tratará de ayudarlo en todo lo posible.

Este procedimiento debe continuar desde su entrada al consultorio dental y a través del tratamiento; se debe procurar durante la primera entrevista con el niño que esté relajado y cómodo. La amistad y simpatía logran que-- la visita sea lo más agradable posible y elimina las inhibiciones.

Como lo mencionamos en la unidad V. (la visita al consultorio) se deberá establecer una jerarquía al introducir al niño en las diferentes fases del tratamiento.--- Empezaremos con los procedimientos usuales asociados con baja ansiedad y se procede a realizar las fases más complejas del tratamiento que generalmente se asocian con--- alta ansiedad.

Aconsejamos también que se presente a cada nueva-- persona que el niño vea en el consultorio, evitamos con-- ello que sienta recelo por la presencia de personas que-- le son desconocidas.

Al aplicar esta técnica, el tratamiento se realizará sólo hasta que el niño está apto para la situación.

Consideramos esta técnica como especial para pacientes de primera visita al consultorio y como el primer intento de acercamiento con niños que han tenido experiencias dentales previas y que presenten problemas de conduc

ta o nó.

Estimamos también que la técnica exige un mínimo-- de esfuerzo físico por parte del niño y que provoca poca-- tensión y ansiedad.

Si la técnica no logra los efectos esperados en la conducta del pequeño paciente, se podrá proceder a emplear la persuasión que a continuación describimos, y que de alguna manera puede ser conjugada con esta técnica. (6, 19,- 19, 20, 26).

### 6.3 Persuasión.

Es posible evitar un gran número de aberraciones-- de la percepción si el dentista demuestra calor, amistad-- y tranquilidad en el trato hacia su paciente.

De la misma manera que la técnica anterior trata-- de introducir al niño en la Odontología con el mínimo de-- ansiedad y de que se familiarice con ella, la técnica de-- persuasión pretende crear una corriente de comunicación-- entre el niño y el dentista.

La técnica de persuasión es un procedimiento acti-- vo que ayuda a que haya un entendimiento entre el niño y-- el dentista sobre lo que se está hablando, o sea, el es-- tablecimiento de la comunicación, que es uno de los obje-- tivos primordiales que se pretenden obtener.

Para lograr la comunicación verbal nos podemos va-- ler de preguntas con respecto a una persona y el medio am-- biente; sin embargo, la comunicación no solamente signifi-- ca conversación, sino efectuar acciones como acariciarle-- la mejilla, el cabello, tocar la mano del niño, etc.; que pueden conducir al niño a dar su aprobación o aceptación-- hacia el tratamiento dental.

Los componentes verbales y no verbales de la comu-- nicación deben ser específicos y simples, tomando en cuen-- ta el nivel de comprensión del niño, ya que no es lo mis-- mo como se exprese una determinada frase, que la interpre-- tación que el niño le dé.

El escuchar y ver influye en la persuasión, por--- ello si el mensaje no concuerda con lo que el niño observa y oye todo lo que capta será distorcionado.

Tanto la actitud como los sentimientos son impor--- tantes para llegar a establecer la comunicación. El odon--- tólogo deberá aceptar al paciente, no solamente cuando --- demuestra buen comportamiento, sino también cuando es --- agresivo y rebelde. Pondrá atención a sus palabras y sen--- timientos, contestando a sus preguntas de la mejor manera posible, sin dar rodeos y empleando un lenguaje y concep--- tos a nivel del entendimiento del pequeño paciente.

El empleo de palabras como: "en este consultorio--- todos estamos para ayudarte a tener dientes sanos", "pro--- curaré no causarte molestias al limpiar tu diente", "va--- mos a ser amigos", "si algo te desagrada dímelo", etc.;--- son básicas en la aplicación de esta técnica.

Esta técnica puede fácilmente ser complementaria--- de la técnica decir, mostrar, realizar. Si el empleo de--- esta técnica no resulta favorable en el control del niño, puede aplicarse la técnica de control de voz como la des--- cribe el Dr. Sawtell y que trataremos en el siguiente pun--- to. (5, 6, 11).

#### 6.4 Control de voz.

Se ha reconocido y valorado la importancia que --- tiene el tono de voz del odontólogo al comunicarse con--- sus pacientes; por lo que el cambio en el volumen, fir--- meza o suavidad del tono, nos ayudará a obtener la aten--- ción del niño, que es el objetivo básico tanto del con--- trol de voz como el de todas las técnicas que se emplean en el consultorio.

Debemos tener muy en cuenta evitar conversaciones--- monótonas, así como un tono de voz muy suave. El dentis--- ta debe modular y adaptar su voz al expresarse, proyec--- tando una imagen de confianza, paciencia, comprensión, au--- toridad, sinceridad, para lograr un mejor acercamiento --- con el niño, adoptando por supuesto la actitud aplicable--- en cada caso particular.

Puesto que se pretende influir directamente en el comportamiento del niño sin que medie en el entendimiento, no debemos olvidar que el significado de cada mensaje que se le transmita al niño puede llegar a ser interpretado-- de diferente manera por el niño, se recomienda que el niño repita el mensaje que se transmitió pero con sus propias palabras.

Es muy importante no dejar de mantener una actitud confiada, así como un tono de voz firme y fuerte, cuando se ordene al niño hacer algo "quiero que abras tu boca"-- "si sientes alguna molestia levanta tu mano", de manera-- que el mensaje resulte eficaz.

Si se emplea un tono de voz débil y una actitud-- nerviosa por ejemplo "por favor deja que te atienda" --- "se buenito y abre tu boca" se obtendrá como resultado - el efecto contrario al deseado.

El control de voz, es más efectivo cuando se emplea en conjunción con la comunicación verbal o persuasión, que es un intercambio de experiencias comunes, cuyo propósito es un acercamiento con los pacientes pediátricos.

Las técnicas modeladoras que a continuación emplearemos, pueden considerarse como la continuación de estas técnicas, en ellas va implícita la participación-- de terceras personas que muestren un buen comportamiento y que sirven como modelo a ser imitados por el paciente. (16, 17, 27).

#### 6.5 Modelamiento.

El uso de las técnicas modeladoras en el consultorio dental es un descubrimiento relativamente nuevo.-- El procedimiento básico es exponer al paciente uno o más individuos que demuestren buen comportamiento, logrando con ello reducción del miedo y la ansiedad.

El proceder de los niños durante los tratamientos dentales, puede ser afectado por la visita de un modelo, que con buen éxito cubre la atención del tratamiento dental por una apropiada manifestación o conducta coopera--

tiva.

El paciente se coloca de observador y a veces imitará el comportamiento cuando se encuentre en esa misma situación. El modelo se le puede presentar en vivo o por medio de films, con resultados satisfactorios.

El modelamiento tiene gran potencialidad para facilitar un comportamiento adecuado y ayudarlo a eliminar miedo e inhibición.

La modelación es efectiva en la eliminación de muchos comportamientos no deseados y contra el miedo, por ejemplo a las víboras, las alturas, fobias y recientemente descubierto como efectivo en la práctica dental.

Algunos autores opinan que gracias al film, se puede lograr un cambio notorio en el comportamiento del paciente temeroso de los dentistas. Afirman además que los niños a los que se les aplica esta técnica, adquieren una conducta menos temerosa durante su tratamiento dental; en comparación con niños a los que no se les aplica.

El modelaje de igual manera que en técnicas tratadas anteriormente, beneficia a los niños con un mínimo esfuerzo. Un niño es capaz de aprender patrones de conducta aprovechando su susceptibilidad a la imitación. Consideramos que esta técnica puede ser considerada como de gran ayuda en las situaciones de miedo y ansiedad que frecuentemente encontramos en nuestra práctica clínica.

Encontramos además que los procedimientos de modelamiento sirven para cuatro funciones básicas:

- a) Adquisición de un nuevo comportamiento.
- b) Facilitación de buen comportamiento para el ahorro de tiempo.
- c) Inhibición del miedo, asociado a un estímulo ansiológico.
- d) Obtención de la atención del paciente.

Otra técnica que puede ser considerada como variación de la anteriormente tratada en este punto es la imitación social, debemos aclarar que notamos gran similitud entre ambas técnicas. (2, 5).

#### 6.6 Imitación social.

El método social utiliza el mismo miedo del niño-- a ser distinto así como su deseo a adaptarse a los cánones sociales. A los niños les gusta imitar lo que otros niños y personas realizan, gozan de participar sobre una base de competencia.

En esta técnica se deja que el niño observe el trabajo dental de un amigo o hermano o bien del padre. Si-- el niño observa que se realiza el tratamiento sin ningún dolor o contratiempo, estará ansioso de que le apliquen-- el tratamiento a él.

En esta técnica hay que tener mucho cuidado en el tratamiento del amigo o familiar, ya que si provocamos -- dolor, el niño perderá la confianza.

Esta técnica es recomendada para niños que visitan el consultorio dental por primera vez.

Las siguientes técnicas que trataremos son consideradas de alguna manera como más agresivas para el niño. Exigen mayor esfuerzo físico tanto del niño como del odontólogo y pueden acarrear sentimientos de ansiedad y miedo, por supuesto si no son aplicadas correctamente y con criterio por parte del odontólogo. (12, 34).

#### 6.7 Mano sobre boca.

Esta técnica no debe ser utilizada con abuso y deberá tenerse mucho cuidado en su empleo. Sólo deberá ser utilizada cuando la persuasión y el control de voz se han usado y no se ha logrado la comunicación con el paciente.

Se aconseja su uso en niños berrinchudos y desafiantes, los cuales están acostumbrados a manejar a sus padres por medio del berrinche.

No se aconseja que se utilice en niños menores de tres años, ya que en éstos, el miedo domina el entendimiento y no es posible lograr la comunicación de esta manera.

La técnica consiste en colocar la mano sobre la boca del paciente súbitamente y en este momento tratar de lograr comunicación con el niño. Tampoco debe ser empleada en niños muy aprehensivos o en experiencias dentales negativas.

Esta técnica deberá ser discutida con los padres antes de ser utilizada.

Es muy importante que el odontólogo mantenga su control y que no proyecte su problemática personal.

Existe otra variación de esta técnica y consiste en que además de cubrir con la mano la boca, se abarcará la nariz, consideramos que esta técnica es más agresiva que la tratada en este punto, pero en muchas ocasiones da resultado. Por supuesto, su empleo se deja al criterio del odontólogo. (10, 13, 21).

#### 6.8 Mano sobre boca y nariz.

Es una de las técnicas de más controversia que existen para el manejo del niño.

La técnica según Levitas, consiste en colocar la mano sobre la boca del paciente, cubriendo la nariz; con la cara del odontólogo muy cerca a la del niño diciéndole directamente en el oído "si quieres que te quite la mano debes dejar de llorar y escucharme, sólo deseo ver tus dientes".

Después de pocos segundos se vuelve a repetir la técnica y se agrega "¿estas listo para que te quite la mano?". Si el niño asiente con la cabeza, se retirará la mano.

Una vez llevado a cabo esto, si el niño continúa gritando, se repetirá la acción cuantas veces sea necesario hasta lograr el objetivo deseado. Mientras el niño se repone, se entablará una conversación con el objeto de

distraer su atención, hablando acerca de temas completamente ajenos a su conducta o al consultorio.

Una vez realizado el tratamiento de esta cita y antes de que el niño salga del consultorio, se le pedirán dos favores: el primero, que se le quiere volver a ver en el consultorio y el otro que les diga a sus padres que se ha portado bien.

La mayoría de los autores manifiestan su desacuerdo hacia la técnica mencionada calificándola como anti-científica y afirman que deberá emplearse sólo como último recurso.

Mc. Gregor, describe esta técnica como anticientífica.

Sweet, la considera innecesaria, ya que se cuenta con técnicas más modernas como la premedicación.

Finn, establece que es una medida extrema y sólo deberá emplearse como último recurso, opina que no es factible producir un trauma psicológico.

King, dice que es un tratamiento muy drástico, que puede llegar a ocasionar trauma psicológico.

Wilson, dice que es una medida extrema que sólo se justifica en casos especiales.

Esta técnica nunca deberá ser empleada como castigo y debe ser llevada a cabo en niños saludables y mayores de tres años. Su aplicación no es recomendable en conjunción con medicación sedativa previa, o pacientes con retardo mental o problemas psicológicos.

Los tipos de conducta no deseadas que indican el empleo de este procedimiento son los siguientes casos: histeria, berrinche, desafío, descontrol emocional importante.

Queda establecido que antes de aplicar la mencionada técnica, todos los medios para establecer la comunicación deben ser agotados. Cuando esto no ha tenido re-

sultados favorables y la conducta del niño continúa sin-- control, se hará uso de ella.

El dentista debe controlar bien sus emociones, ya-- que de lo contrario podría resultar en un manejo impropio de su conducta, malogrando con ésto los propósitos previa-- mente establecidos por él mismo.

El principal objetivo de esta técnica es obtener-- el control del paciente para que nos preste atención y -- nos escuche, estableciendo así una comunicación, objetivo que puede lograrse al modular el tono de voz con autori-- dad, haciéndole entender que es el especialista quien rea-- lizará el trabajo y que es el único que determinará cuan-- do será.

Antes de aplicar esta técnica es importante discu-- tirlo con los padres.

Cuando nos enfrentamos a pacientes con franca pre-- sencia de fobia hacia el tratamiento dental, o conductas-- inapropiadas que no han podido ser controladas con las -- técnicas antes mencionadas, podemos enfocar nuestra aten-- ción hacia la aplicación de técnicas como la desensitiza-- ción, modificación de conductas, distracción y relajación y manejo por contingencia. (13, 14, 21).

### 6.9 Desensitización.

Los terapeutas del comportamiento han encontrado-- que la desensitización sistemática, es una de las formas-- más efectivas de reducir la falta de cooperación y la an-- siedad.

Se considera como un medio favorable para reducir-- la ansiedad del niño, comportamiento inadecuado, temor--- intenso y fobia hacia el tratamiento dental, que como con-- secuencia tratará por todos los medios de eludir, no --- cooperando adecuadamente y provocando situaciones que in-- fluyen sobre su salud psicológica y física.

Una de las aplicaciones de la desensitización sis-- temática es enseñar al paciente como llegar a la máxima-- relajación.

Aprovechando este estado de relajación, se describen al paciente imágenes y situaciones que provocan la conducta aversiva. Las escenas o situaciones son presentadas al paciente en forma gradual de la que cause menos a la que causa mayor ansiedad.

El paciente refiere cuales son las cosas que más le provocan miedo, después el doctor las acomoda en una forma graduada mediante jerarquías y se describe una por una, de menor a mayor al provocar ansiedad y se continúa así hasta lograr que la ansiedad sea mínima.

Otra manera de obtener éxito es utilizando situaciones de la vida real, logrando resultados con menos citas.

La técnica es efectiva en conductas con gran espectro de fobias.

Wolpe sugirió que la desensitización sistemática es exitosa porque al paciente se le hace substituir una respuesta emocional apropiada (relajación) por una respuesta inapropiada (ansiedad).

Wolpe utilizó el término "inhibición recíproca" para describir el proceso como una persona experimentando ansiedad, asociado ésto con algunos estímulos, ya sean hechos de experiencias o bien respuestas que inhiben ansiedad a los mismos estímulos.

En esta forma la promoción del estímulo de ansiedad combinado con la relajación muscular puede ayudar a reducir la ansiedad. La relajación, gracias a su capacidad para inhibir ansiedad tiene gran aplicación en las situaciones de la práctica odontológica.

Todo hace parecer que las técnicas de desensitización sistemática clásica, logrando la relajación profunda y presentando situaciones imaginarias, son usadas únicamente en pacientes con más alto índice de ansiedad en la práctica odontológica, pero las variaciones de esta técnica han probado su éxito.

El Dr. Zurilla y Wolpe, sugieren que la desensiti-

zación sistemática pueden ser aplicadas en situaciones -- dentales. La desensitización puede usarse similar a la -- técnica de Addeleston la cual es: decir, mostrar, realizar.

Los clínicos frecuentemente utilizan esta técnica -- al tratar las fobias que se encuentran asociadas a la --- idea o sugerencia de dolor anticipado en algunos trata--- mientos.

El número de citas para lograr una verdadera desen -- sitización dependerán de la fobia o ansiedad que presenta el paciente y los adelantos que muestre. (15, 7).

#### 6.10 Distracción y relajación.

La relajación como técnica para reducir la ansie-- dad, está basada en el principio de inhibición de ansie-- dad el cual dice "donde hay ansiedad, no se puede relajar al mismo tiempo".

Esta técnica ha sido satisfactoria en pacientes -- con fobias. Para que esta técnica pueda ser llevada a--- cabo, se requiere que sea conducida fuera de una situa--- ción de miedo extremo.

La distracción sirve para llevar al paciente fuera de la amenaza llamándole su atención, por medio de pregun -- tas en el momento doloroso, éste es un buen mecanismo pa-- ra ayudar al paciente a rivalizar la situación, también-- puede hacerse que el paciente piense en algo agradable al momento del dolor.

La distracción de los pacientes es un medio para--- aliviar la ansiedad y el dolor. Se ha usado un método de distracción activa que se describe a continuación.

El control percibido, refiere al individuo, desde -- el control en la situación de amenaza, presumiblemente--- él valuará una situación adversa potencial como menos --- amenazante, si él cree tener alguna medida de control so-- bre el estímulo adverso, ésto reduce la causa de ansiedad.

La mayoría de las investigaciones han sido conduci -- das en el laboratorio, muchos estudios han demostrado que

el control perceptivo puede ser de alguna manera afectivo para reducir ansiedad.

Se han realizado varios estudios en los cuales el paciente oprime un botón para anunciar al dentista que se detenga un momento el tratamiento. Los resultados sugirieron que hay un beneficio mínimo.

La relajación consiste en colocar audífonos con grabaciones de instrucciones relajantes, o en su defecto, cuentos infantiles durante el tratamiento.

Otro método de distracción es el de colocar un monitor a la vista del niño, en el cual el paciente puede controlar el video con las manos y así puede jugar ping-pong, hockey o fútbol, mientras se realiza en él algún procedimiento.

Estas técnicas tienen gran éxito, pero desafortunadamente requieren de una inversión monetaria que generalmente el dentista no está en posibilidad de sufragar. (8, 9, 32, 33, 34).

#### 6.11 Modificación de la conducta.

Una de las técnicas más novedosas que se conocen para tratar niños con problemas de conducta es la "modificación de la conducta".

Muchos niños que eran considerados como difíciles y tratados con drogas o anestesia general, están siendo tratados en forma sistemática en un ambiente dental normal.

Los refuerzos según su categoría y efectos sobre la conducta pueden ser clasificados en tres categorías:

- a) Reforzadores positivos.
- b) Reforzadores negativos.
- c) Estímulos neutrales.

a) Reforzadores positivos.

Un reforzador positivo se define en la práctica -- como cualquier estímulo o hecho que aumenta la frecuencia de una conducta o una respuesta inmediata.

Los estímulos que tienen valor de supervivencia -- para el organismo, tales como alimento, agua, suelen servir de reforzadores. Existen además un gran número de estímulos sociales que han adquirido propiedad de reforzadores tales como una sonrisa, una palabra de halago, un cumplido y diversos estímulos ambientales.

Por ello el decorado de nuestro consultorio y el ambiente debe ser adecuado para el paciente infantil. El personal que nos asiste tendrá que estar capacitado para el trato con pacientes infantiles.

Esto no quiere decir que debemos tener un patrón--fijo para este tipo de reforzadores, ya que los que pueden servir para un niño, pueden no serlo para otro.

b) Reforzadores negativos.

Se define como un estímulo que disminuye la frecuencia de la conducta que le sigue inmediatamente.

Los estímulos de aversión pueden ser aquellos hechos que físicamente son dolorosos o que han adquirido -- propiedades de aversión tales como críticas, pérdidas de privilegios o estímulos que señalan la proximidad de un hecho desagradable, ésto puede ejemplificarse con uno de los procedimientos que se practican en los niños:

Cuando se infiltra el anestésico, el niño trata de evadirlo llorando. Si el dentista le explica que si continúa llorando, su propio llanto provocará un dolor mayor; este estímulo en ocasiones puede por sí solo ser suficiente para lograr una mejor conducta, aquí insistimos que -- todo lo que puede servir para un niño, puede no hacer -- efecto alguno en otro.

c) Estímulos neutrales.

Estos estímulos son los que no aumentan ni disminuyen la frecuencia de la conducta, tales como: el tic-tac de un reloj, el sonido de la bocina de un automóvil, la música de fondo del consultorio, etc. (28).

6.12 Manejo por contingencia.

El manejo por contingencia involucra presencia o retiro de refuerzos para incrementar la frecuencia del comportamiento deseado.

Los terapeutas del comportamiento recomiendan que sólo un refuerzo sea dado después de que ocurre el comportamiento no deseado.

Hay dos tipos de refuerzos: positivos y negativos. La presentación contingente de un refuerzo positivo o una retirada de contingencia de refuerzo negativo incrementará la frecuencia de comportamiento. De este modo la frecuencia de comportamiento no deseado puede ser incrementada dando refuerzos positivos; por ejemplo, halagos, presentaciones, cumplidos y demás; o por retirada de refuerzos negativos como sermonear o amenazar.

Los refuerzos pueden ser clasificados como material social o actividad. En general el material social como refuerzo se considera lo más efectivo para los niños y frecuentemente son una gran ayuda para la salud oral.

Las malas condiciones de salud de los dientes en los niños, regularmente manifiestan abuso aparente de refuerzos de contingencia en dulces, chicles, galletas y demás golosinas.

Los refuerzos sociales probablemente presentan la mayoría de los refuerzos que afectan el comportamiento humano. Elogio, expresiones faciales, acercamiento y contacto físico son refuerzos efectivos por medio de los cuales la gente aprende a valorar a otras personas.

Los refuerzos por actividad o activadores aplicables a niños pueden ser por ejemplo: el privilegio de in-

uitar un amigo a casa para dormir juntos, como recompensa después de haber limpiado su cuarto. Este tipo de refuerzos está simplificado por el principio de "primero el trabajo y después el juego".

Por la modificación del comportamiento de poco tiempo, el manejo por contingencia puede ser tan simple dando o retirando el refuerzo después de que el comportamiento no deseado ha desaparecido.

Los materiales de recompensa son dados generalmente al niño al finalizar la visita. Esta práctica puede ser productiva si se toma en cuenta el comportamiento demostrado.

El Dr. Kohlenberg y colaboradores usaron varios frutos y fotografías de atletas famosos como material de refuerzo y así se logró que los niños abrieran la boca y se les realizara el tratamiento, también las teorías de comportamiento acentúan que los refuerzos sólo deben darse hasta después que el comportamiento apropiado sea dado.

Shapiro, dice que es mejor dar un regalo preoperatorio que un refuerzo postoperatorio.

En el tratamiento dental, el gran beneficio derivado del manejo por contingencia, está basado en el uso de refuerzos sociales.

El paciente ansioso puede ser tranquilizado con estos refuerzos y el paciente cooperativo puede ser motivado a nuevas formas de refuerzos de uso social.

Los refuerzos sociales, tales como, dar la mano, una sonrisa, un premio, debe ser usado por cualquier dentista y siempre antes de lograr el comportamiento deseado.

Hemos abarcado una serie de técnicas para manejar la conducta de nuestros pacientes infantiles en el consultorio dental, algunas más agresivas que otras; técnica con mayor o menos eficacia dependiendo de las circunstancias que rodean cada caso o el tipo de paciente en el que se aplican, etc. Pero premeditadamente dejamos la técnica del ridículo en último lugar por considerarla como po-

co efectiva y que puede acarrear inhibición innecesaria-- en el paciente, así como resentimiento hacia el odontólogo. (28)..

### 6.13 Técnica del ridículo.

Esta técnica se caracteriza porque se toma una actitud de burla hacia el niño, con el fin de avergonzarlo-- para que adopte un buen comportamiento. Aunque muchos -- dentistas utilizan este método, pierden su tiempo por la poca efectividad y alta peligrosidad, pues cuando el niño se sienta en el sillón dental, por lo general desea ganar se la aprobación del dentista, pero el miedo llega a ser tan grande que hace imposible su buen comportamiento. En consecuencia si se le avergüenza poniéndolo en ridículo,-- podemos producir frustración y resentimiento. (12, 33)..

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Atterbun; Recognition on psychological disorders in dental patients. Dent. Suru. 1977 feb: 53 (2) pp. 55-58.
- 2.- Berenie J. The use of behavior modification techniques to successfully manage the child dental patient.- J.A.D.A. Vol. 94, pp. 329-334; feb 1977.
- 3.- Bijou Sidney; Psicología del desarrollo infantil. Ed. Trillas 1969. pp. 33, 41, 42, 96.
- 4.- Brown J.P. et al.; childhood fear and anxiety states in relation to dental treatment. Aust. Dent. J. 1979-Aug: 24 (4) pp. 256-259.
- 5.- Chambers David W.; Behavior management techniques for pediatric dentist; an embarrassment of riches. J. --- Dent Child. Vol. 44. jan-feb, 1977. pp. 30-34.
- 6.- Chambers.; Managing the anxieties of young dental patient; J. Dent Child.- Vol. 37. pp. 363-370 sept-oct. 1970.
- 7.- Chambers David; Communicating with young dental patient; J.A.D.A.; Vol. 93. pp. 793-799. oct. 1976.
- 8.- Corah N.L. et al.; The use of relaxation. J. Dent.-- Res 1979 mar: 98 (3). pp. 390-394.
- 9.- Corah H.L. et al.; Psychological stress reduction during dental procedures. J. Dent Res. 1979 apr: 58 -- (4) pp. 1347-1351.
- 10.- Craig William.; Hand over mouth technique. Jof den-- tistry for children. 1971 nov-dec. pp. 387-389.
- 11.- Eichenbaum Irving W.; "triad of concern" J. Dent -- Child. Vol. 44 may-june 1977. pp. 194-201.
- 12.- Finn Sidney B.; Odontología Pediátrica. 4a. ed. Edit. Interamericana; México 1977.

- 13.- Gordon D.A.; The use of modeling and desensitization in the treatment of phobic child; J. Dent Child. --- Vol. 41 pp. 102-105. march-apr. 1974.
- 14.- Gershen J. Maternal influence on the behavior pattern of children in the dental situation. J. Dent Child.- Vol. 43. pp. 28-32. jan-feb 1976.
- 15.- Guerra S.; Desensitización como teoría del condicionamiento en el control psicológico del niño fóbico-- en el consultorio. Rev. A.D.M. jan-feb 1974,; 31 (1) pp. 27-39.
- 16.- Hill Frederick, et al.; A preventive preventive programme for the dental management frigh Tened children J. Dent Child Vol. 43, pp. 30-34 sept-oct 1976.
- 17.- Johnson R. et al.; Behavior modification technique-- maternal anxiety. J. Dent. Child pp. 20-24 jul-aug.- 2973.
- 18.- Kenneth D. Snader.; Handbook of clinical pedodontics. The C.V. Mosby Co. St. Louis. 1980.
- 19.- Keys J., et al. Detecting and treating dental phobic children Part I. Detection. A.S.D.C. J. Dent Child 1978 jul-aug 45 (4). pp. 296-300.
- 20.- Keys J. et al. Detecting and treating dental phobic-children Part II, Treatment, A.S.D.C. J. Dent Child 1978. jul-aug 45 (4). pp. 301-305.
- 21.- Levitas Theodore. Home hand over mouth excercise. - J. Dent for child; vol. 41. may-june 1974. pp. 178-182.
- 22.- Lindsay S.J.; Psychological research in behavior management Apex. 1978 dec; 10(2). pp. 2-5.
- 23.- Marks H.S.; The genesis of fear and anxiety in young dental patients. A.S.D.C. J, Dent Child 1979 may-june; 46 (3) pp. 193-194.

- 24.- Mc. Donald R.E.; Odontología para el niño y el adolescente. Buenos Aires. Ed. Mundi. 1957. pp. 1-6, -- 25-35.
- 25.- Melamed et al.; Effects of films modeling on the reduction of anxiety related behavior in individuals varying in level of previous experience in the stress situation. J. consult clin psychological. 1978. dec.: pp. 1357-1367.
- 26.- Neiburger E. J.; Child response to suggestion. Study of age sex time and inconullevels during dental care A.S.D.C. 1978. sept-oct: 45 (5). pp. 396-402.
- 27.- Pinkman J.R.; Practical considerations for a team approach to the intensely anxious dental patient; --- J.A.D.A. 90 (5) 1022-1026. 1975.
- 28.- Ripa Louis W.; Managment of dental behavior in children P.S.G. Publishing Co. Massachusetts. 1979.
- 29.- Rosemberg Howard M.; Modification for the child dental patient. J. Dent. Child Vol. 41. march-apr. 1974. pp. 31-34.
- 30.- Rotberg Saúl; Tratamiento dental del niño menor de tres años Rev. A.D.M. 1976. jul-ago. Vol. XXXIII.--- No. 4.
- 31.- Sawtell R. et al.; The efects of five preoperator methods upon child behavior during the first dental-visit. J. Dent for child. Vol. 41. sept-oct. 1974.-- pp. 367-375.
- 32.- Scheweiser H.L. et al.; Psychotechnique applied to-- pedodontics. Rev. Circ Arg. Odont. sep-dec. 1979 --- 41 (3-4), pp. 5-8.
- 33.- Torres Larios C. Curso Odontología Pediátrica. Rev.-- Odont. Moderno 1978. abril-mayo. 4 (5) pp. 9-24.
- 34.- Venham LL, et al.; Personality factors affecting the preescool child's response to dental stress. J. Dent Res. 1979. nov; 58 (11) 2346-2351.

- 35.- Watson H. et al.; Growth and Development of children, year book medical publisher. Inc. Chicago Illinois.- 1971.
- 36.- Wolpe.; Behavior therapy in complex neurotic states. Br. Psychiatry 110: 28-34. 1964.
- 37.- Wolpe J.; Psychoteraphy by reciprocal inhibition. -- Stanford Calif. Stanford University Press. 1958.
- 38.- Wolpe J.; The practice of behavior therapy. "ed" 2.- Elmsford N.Y. Pergamon Press Inc. 1974.

## VII. PREMEDICACION

El tratamiento de un pequeño angustiado y emocionalmente perturbado puede constituir uno de los mayores problemas en la práctica del dentista. El empleo prudente y juicioso de la premedicación puede ser valioso en estos casos.

Sin embargo, consideramos que las drogas no debenser substitutos para lograr el acercamiento fundamental--no farmacoterapéutico del manejo de la conducta, sino más bien intentar que sean coadyuvantes para que sirvan al --dentista como un medio para poder brindar el tratamiento--adecuado a los niños que presenten comportamiento difícil.

La resistencia a la tensión nerviosa es diferente--en cada paciente y si el dentista no logra conquistar la--confianza del paciente y entablar una adecuada comunica--ción para inhibir la ansiedad que presenta el niño, si se han agotado los recursos que proporcionan las técnicas de manejo psicológicas o el niño sufre una perturbación mental severa como último recurso podrían utilizarse la premedicación o anestesia general, según el caso.

No estamos de acuerdo en la administración de ma--nera sistemática de un sedante o un narcótico a todos y--cada uno de los pacientes con problemas de conducta y que sólo requieran anestesia local para una operación corta y relativamente sencilla. La premedicación es aplicable en los casos de cirugía bucal prolongada o difícil.

Los propósitos más importantes de la premedicación son:

- a) Mitigar la aprehensión, ansiedad o miedo.
- b) Elevar el umbral del dolor.
- c) Controlar la secreción de las glándulas sali--vales y mucosas.
- d) Contrarrestar el efecto tóxico de los anestésic--cos locales.

e) Controlar los trastornos motores.

#### Sedantes:

Existen varias drogas que producen efectos sedantes entre ellos se encuentran las benzodiazepinas, meprobamato y similares, derivados de las fenotiacinas, del propano y del difenilmetano.

#### Benzodiazepinas:

Pertenece a la serie de compuestos denominados productos contra la ansiedad, empleados generalmente en forma innecesaria contra la nerviosidad y la tensión en individuos normales o neuróticos. Estas drogas se llaman "tranquilizantes menores", término que según Goth, debe abandonarse porque puede relacionarse con los antipsicóticos o "tranquilizantes mayores".

Quizá la benzodiazepina más utilizada en Odontología sea el diazepam; al igual que el oxazepam y el clorhidrato del clordiazepóxido, se utilizan contra la ansiedad y poseen acción relajante del músculo esquelético de tipo central.

La farmacología de las benzodiazepinas fundamentalmente es similar a la de los barbitúricos, excepto que en algunas pruebas, pueden lograr efectos sin provocar acción sedante ni ataxia excesivas.

Evitan las convulsiones causadas por la estricnina, en este sentido, son similares a los barbitúricos y muy diferentes de las fenotiacinas que no son anticonvulsivas.

Las benzodiazepinas no presentan efectos secundarios extrapiramidales o neurovegetativos de importancia. Su popularidad probablemente dependa de dos factores entre ellas y los barbitúricos,

a) No tienen tanta tendencia a producir tolerancia.

b) Son mucho más seguras cuando se toman en grandes dosis.

Los efectos adversos producidos por las benzodiazepinas incluyen: somnolencia, ataxia, síncope, excitación paradójica, náuseas y modificaciones de la libido. Cuando se aplican por vía parenteral, como el diazepam, deben utilizarse con precaución en pacientes que al mismo tiempo consuman medicamentos como barbitúricos, alcohol, drogas antihipertensivas, anticonvulsivos u otras que depriman el sistema nervioso central.

La semidesintegración del clordiazepóxido en el cuerpo se presenta a las 24 horas. El diazepam también es de acción prolongada; uno de sus metabolitos es el oxacepam.

Como antes mencionamos dentro de las benzodiazepinas, la más utilizada es el diazepam, por lo cual ampliaremos algunos aspectos sobre esta droga.

#### 7.1 Diazepam.

Diazepam:

Nombres comerciales: Valium, Valium 10, Diazepan, Diazepan 10.

Composición: Diazepam.

Es considerado como agente sedativo, su característica como droga anti ansiedad lo ha hecho popular en su empleo para pacientes aprehensivos, así como para niños con problemas de conducta en el consultorio. Se deben tomar precauciones cuando se administre en pacientes con anormalidades cardiovasculares o que han sufrido procesos mentales subnormales no controlados.

Hay incompatibilidad con otras drogas del tipo de la meperidina o el pentobarbital.

Indicaciones: En todos los casos en que la tensión, ansiedad, irritabilidad exagerada, rasgos hipocondriacos y depresivos dominen el cuadro clínico.

En los trastornos del sueño de cualquier gravedad, con excepción de los de origen doloroso. Por su acción--

antitensional induce al sueño pero no lo fuerza como un --  
barbitúrico.

Posee una clara acción miorelajante en los estados espásticos de origen nervioso central. Facilita el parto normal.

Contraindicaciones: Insuficiencia hepática y renal, discracias sanguíneas, embarazo, personas que manejen vehículos o aparatos de precisión.

Reacciones secundarias: Somnolencia, mareos, parestesia, vómito, hipotensión. Cuando se administra por vía intravenosa, ésta debe ser aplicada lentamente, pues puede ocasionar depresión circulatoria o respiratoria, produciéndose el efecto una hora después de su aplicación.

Administración: Oral, intravenosa e intramuscular.

Posología: Para lograr un efecto tranquilizante se recomiendan las siguientes dosis:

1 a 5 años. 0.5 mg. 4 veces al día  
6 a 12 años. 1.0 mg. 4 veces al día

Con efectos sedativos:

1 a 5 años. 4 mg. antes de ir a dormir.  
6 a 12 años. 8 mg. antes de ir a dormir.

## 7.2 Meprobamato.

Pertenece al igual que las benzodiazepinas al grupo de medicamentos contra la ansiedad. El meprobamato -- fue sintetizado después de estudios sobre medicamentos -- del tipo de la mefenesina. Estos estudios indicaron que este relajante muscular central tenía propiedades sedantes y tranquilizantes.

La administración bucal de meprobamato en dosis pequeñas (400 mg.) tiene efectos muy ligeros; sólo causa leve acción sedante. Las dosis mayores tienden a producir cierta somnolencia y disminución del espasmo muscular, --

sin interferir el tono propioceptivo normal, estos efectos suelen sentirse agradables como el efecto producido por el alcohol o los barbitúricos. En dosis suficientemente elevada la droga produce ataxia.

En opinión de farmacólogos clínicos, los sedantes-relajantes musculares como el meprobamato aunque ofrecidos como tranquilizantes, debieran considerarse simplemente sedantes no específicos de acción similar a los barbitúricos. En realidad en la práctica clínica, es difícil, sino imposible diferenciar entre ambas sustancias.

Utilizados en dosis suficientemente grandes no solamente producen somnolencia y ataxia, sino también adicción. Pueden observarse síntomas graves de supresión caracterizados por temblores musculares e incluso convulsiones si se suspende bruscamente el medicamento.

El meprobamato se prescribe como sedante en el día y como hipnótico en el tratamiento del insomnio. Reduce las convulsiones provocadas por la estricnina. También es un anticonvulsivo bastante potente, por lo cual muchos médicos lo utilizan en el tratamiento del pequeño mal epiléptico.

A pesar de su falta de especificidad se emplea mucho. Su efecto sedante ligero y ausencia de acciones neurovegetativas y extrapiramidales los hace muy atractivos para los médicos, dentistas y psiquiatras.

Meprobamato.

Nombres comerciales: Miltown, Equanil, Apascil. En México no se adquieren tanto el Equanil, como el Miltown.

Composición: Meprobamato.

Indicaciones: En todos aquellos estados de contracturas musculares y estados emotivos acompañados de ansiedad y tensión nerviosa, donde se requiera un sedante que no perturbe la conciencia; carece de acción hipnótica, pero al colocar al paciente en estado de tranquilidad favorece el sueño y como coadyuvante en el tratamiento

to del alcoholismo, la experiencia clínica es muy favorable.

Contraindicaciones: Enfermos con tendencias suicidas y alergias.

Reacciones secundarias: Escalofríos, trombocitopenia, somnolencia, diplopía, shock, dependencia.

Administración: Oral.

Posología:

Adultos: 3 a 6 comprimidos al día.

Se aconseja sólo utilizarlo en niños mayores de 12 años.

En niños menores de 12 años es difícil dosificar-- por la presentación.

Medicamentos antipsicóticos.

### 7.3 Fenotiacina.

El desarrollo de los medicamentos antipsicóticos-- provino de investigaciones sobre antihistamínicos. El -- prototipo de los medicamentos antipsicóticos es la fenotiacina y sus derivados. Las fenotiacinas, principalmente la clorpromacina son los medicamentos más usados en-- psiquiatría.

En conjunto, estas drogas se caracterizan por su-- acción calmante sobre los psicóticos, sin acción sedante-- excesiva, los efectos extrapiramidales y su extraordinaria propiedad de no provocar dependencia.

La mayor parte de estos medicamentos tienen indica ciones como antieméticos y algunos se emplean en contra-- del prurito, y en el tratamiento del parkinsonismo.

Los efectos farmacológicos de los tranquilizante-- fenotiacínicos son muy complejos. Además de su efecto -- sobre la conducta, estos medicamentos son antieméticos po

derosos y ejercen acciones importantes sobre el sistema--nervioso vegetativo a diversos niveles. En dosis eleva--das pueden producir efectos secundarios tóxicos notables, como el parkinsonismo.

Los derivados fenotiacínicos difieren en cuanto a--potencia, no difieren netamente en cuanto a eficacia. --Las fenotiacinas alifáticas como la cloropromacina y pro--macina ejercen acción sedante notable.

Además de sus efectos antipsicóticos, los deriva--dos de la fenotiacina son extrapiramidales, o sea que ad--ministrados a grandes dosis pueden causar efectos como --temblor, rigidez, acinesia, máscara facial y salivación.--Las drogas que se emplean contra el parkinsonismo como la difenhidramina (Benadryl) alivian los efectos extrapirami--dales.

Las fenotiacinas, principalmente la cloropromacina tiene efectos de tipo atropínico que se manifiestan por--síntomas como boca seca, estreñimiento, retención de ori--na y parálisis de la acomodación, por otra parte, las fe--notiacinas no suelen provocar dilatación de la pupila ni--taquicardia. Puede producirse una hipotensión intensa --después de la administración parenteral de las fenotiaci--nas.

En cuanto a sus efectos antieméticos, las fenotia--cinas en general son más eficaces para evitar el vómito--causado por agentes químicos que contra el vómito por ci--netosis. Pueden también causar efectos endócrinos, como retraso de la menstruación, crear amenorrea y aumento de--peso, generalmente se cree que estas acciones las ejercen sobre el hipotálamo.

Cloropromacina.

Nombres comerciales: Cloropromacin AMSA, Sedepron.

Composición: Cloropromacina.

Indicaciones: Sedante nervioso, neuropléjico, dis--tonias neurovegetativas, neurosis, psicosis, inquietud,--insomnio.

Contraindicaciones: Insuficiencia hepática y/o renal, discracias sanguíneas, embarazo, personas que manejen vehículos o máquinas que requieran atención constante.

Reacciones secundarias: Somnolencia, apatía, agitación paradójica, resequedad de boca, mareos, parestesias, náuseas, vómito, hipotensión, reacción extrapiramidal.

Dosis: Clorpromacin AMSA. Adultos 25 a 75 mg./24-horas. No usarse en niños menores de 12 años.

Sedeprom: Elixir. Niños mayores de 12 años 2 a 3 cucharaditas cafeteras al día.

Grageas: 2 a 4 grageas al día.

#### 7.4 Prometacina.

Prometazina:

Nombre comercial: Fenegan, Dolo Buscapina.

En el mercado nacional no se encuentra el fenegan la bibliografía del diccionario de especialidades farmacéuticas, nos remite al Dolo Buscapina, la cual es una asociación de hioscina, novaminsulfona y clorhidrato de prometazina.

Derivado de la fenotiacina, se usaba como sedante-preoperatorio en la década de los cincuentas, con amplio empleo en odontopediatría se recomendaban de 2 a 35 mg.-asociado con meperidina (Demerol) y la clorpromacina (Torazina).

Indicaciones: Vómito postoperatorio, antiemético, sedante. Preparación para exploraciones y cirugía menor.

Contraindicaciones: Insuficiencia renal y/o hepática, hipertrofia prostática con retención de orina, intoxicación o abuso del alcohol o psicofármacos e hipnóticos, alergias.

Reacciones secundarias: Depresor respiratorio, se-

han reportado casos de hipotensión, hiperexcitabilidad y pesadillas en niños a los cuales se les administraron 75- a 125 mg. de la droga.

Dosis: Según Mc Donald. Aconsejado en niños aprehensivos en dosis de 12.5 a 25 mg. Su empleo principal es la comedicación con otras drogas. En niños fuertemente aprehensivos con edad de 3 años se aconseja el uso de 25 mg. de prometazina con 7.5 g. de hidrato de cloral. El uso de 12.5 a 25 mg. de prometazina para niños mayores, media hora antes de la cita.

#### Antihistamínicos sedantes:

Se han introducido muchas sustancias para el tratamiento de la ansiedad y diversas reacciones psiconeuróticas, pero el problema de determinar su eficacia terapéutica es muy difícil. No se sabe si las sustancias de este grupo son mejores que un placebo o poseen ventajas sobre los fármacos antiguos y bien conocidos como el fenobarbital.

En el mercado hay ahora muchos sedantes no barbitúricos que se prescriben con la etiqueta de "tranquilizantes", pero su superioridad sobre los barbitúricos es dudosa. Dentro de este grupo los más característicos son el clorhidrato de buclizina y el clorhidrato de hidroxizina.

Los antihistamínicos producen un efecto sedante sobre el S.N.C. diferente del de los barbitúricos y otros sedantes hipnóticos. El efecto sedante de los antihistamínicos no es agradable. Además si la dosis de antihistamínico aumenta, la sedación es substituída por irritabilidad, llegando incluso a convulsiones. Las dosis tóxicas tienden a producir excitación en los niños.

#### 7.5 Hidroxicina.

La estructura química de la hidroxicina según Goth, es muy similar a la de algunos antihistamínicos.

El medicamento produce somnolencia y se ha introducido en terapéutica como tranquilizante, con actividad antihistamínica y antiemética. Además de sus acciones

antihistamínicas, tiene ligera acción de tipo atropínico y también ligero efecto bloqueador adrenérgico. No ha logrado ser tan utilizado como los demás tranquilizantes;-- su posición exacta en la psicofarmacología todavía es difícil de establecer.

#### Hidroxicina.

Nombres comerciales: Atarax, Vistaril.

Composición. Clorhidrato de hidroxicina.

Se deriva de la difenil-metano, su presentación es en grageas y jarabe. El Vistaril es conocido como salpomoato de hidroxizina.

Indicaciones: Nerviosismo, intranquilidad, irritabilidad, ansiedad, estados de angustia, cardiopatías emocionales, trastornos gástricos de origen emotivo.

Es sedativo, antihistamínico, antiespasmódico, antiemético y ligeramente anticolinérgico.

Se absorbe por el tracto gastrointestinal y sus efectos se manifiestan en 30 minutos, se degrada en el hígado y se escruta por orina en grandes cantidades.

Contraindicaciones: Miastemia y lasitud.

Reacciones secundarias: A dosis elevadas produce somnolencia.

La hidroxicina, no induce a un verdadero sueño, -- por lo que constituye una ventaja para la odontopediatría. No se han manifestado reacciones nocivas, sólo estados -- prolongados de somnolencia.

Se aconseja como medicación preoperatoria en niños ansiosos, hiperactivos o hiperquinéticos.

Dosis: Se indica de 20 a 30 mg. tomados oralmente-- 45 min. antes de la cita.

Si la presentación es en jarabe, la dosis recomen-

dable es una cucharadita cafetera.

Para niños muy pequeños también se aconseja la sus pensión de Vistaril a 25 mg. antes de la cita.

Ya que la hidroxicina no es un depresivo respiratorio, puede ser empleado como complemento de óxido nitroso e hipnóticos.

#### Medicamentos hipnóticos:

Diversas drogas pueden producir un estado de depresión del sistema nervioso central parecido al sueño natural. Estos productos se denominan hipnóticos. En dosis menores muchos de estos medicamentos pueden producir un estado de somnolencia; utilizados en esta forma se denominan sedantes. Utilizados en grandes dosis los hipnóticos pueden producir anestesia, intoxicación y muerte.

Los hipnóticos son útiles en combinación con analgésicos en procesos dolorosos y como complemento de la anestesia.

Los hipnóticos más importantes son los barbitúricos, introducidos en la terapéutica en 1903. Utilizados adecuadamente son medicamentos muy eficaces y seguros. Aunque los barbitúricos causan hábito y en ocasiones toxicomanía, los nuevos sedantes hipnóticos que se anuncian como menos peligrosos, no resultan ser superiores.

Después de administrar una dosis hipnótica de un barbitúrico el único efecto importante es el sueño, del cual puede despertarse el paciente con estímulos diversos. Cuando se administran dosis mayores se produce un estado de anestesia del cual el paciente no puede despertar hasta que el medicamento es metabolizado o hasta que la concentración sanguínea del medicamento caiga a consecuencia de su distribución en la economía.

El mismo barbitúrico puede ser sedante, hipnótico, anestésico o causar la muerte a medida que se administren dosis crecientes. La causa de la muerte después de administrar dosis elevadas es la falla en la respiración por depresión del centro respiratorio,

El efecto de los barbitúricos y otros medicamentos sobre el sueño es muy importante. Se ha comprobado que los barbitúricos tienden a suprimir el sueño REM, lo cual es perjudicial para el paciente.

Los barbitúricos son antídotos poderosos de las drogas convulsivas y pueden suprimir las convulsiones que nacen de estados patológicos como los tétanos. Algunos también son eficaces como antiepilépticos.

Los barbitúricos se venden en una sorprendente colección de preparados, con frecuencia mezclados con otros barbitúricos, bromuros, analgésicos, alcaloides de la belladona, vitaminas, antibióticos, etc.

El fenobarbital, amobarbital, pentobarbital sódico, secobarbital y el tiopental sódico son los que se usan más comunmente.

Los barbitúricos tienen muchos usos y pocos efectos secundarios, que generalmente se producen con altas dosis. Comunmente se usan para preparar niños poco manejables. Los barbitúricos tienen un amplio margen de seguridad, por lo que son excelentes para sedar pacientes ambulatorios, puesto que la dosis no hipnótica es de 3 a 6 veces mayor que la dosis sedante.

Generalmente los barbitúricos de acción corta, como secobarbital, pentobarbital y amobarbital son los preferidos, aunque también es común el fenobarbital.

#### 7.6 Secobarbital.

Es un sedante e hipnótico, cuya acción comienza rápidamente y tiene corta duración.

Secobarbital.

Nombre comercial: Seconal sódico.

Composición: Secobarbital sódico.

Indicaciones: Este medicamento es especialmente útil en obstetricia, neuropsiquiatría y odontología, o

cuando se requiera una acción sedante o hipnótica rápida. Se usa por vía oral para tratamiento del insomnio y para sedación en el preoperatorio.

Puede dar lugar a habituación y dependencia. Deberá usarse con cuidado en enfermos con insuficiencia hepática, dado que pueden ocurrir prolongación de los efectos.

Contraindicaciones: Excepto en casos de urgencia, los barbitúricos no deben emplearse en personas que se sabe tienen o fácilmente pueden desarrollar dependencia a los medicamentos sedantes hipnóticos.

No deben administrarse barbitúricos en presencia de color no controlado, porque pueden producir excitación. Los enfermos con antecedentes de porfiria no deben recibir barbitúricos.

Reacciones secundarias: Puede haber manifestaciones de idiosincrasia en forma de excitación, malestar general o dolor. En algunos enfermos ocurren reacciones de hipersensibilidad, especialmente en aquellos con asma, urticaria y edema angioneurótico.

Dosis. 60 a 100 mg. antes de la cita.

### 7.7 Hidrato de cloral.

Es un hipnótico antiguo, pero todavía muy útil. Se prescribe frecuentemente a personas de edad, que pueden presentar reacciones de idiosincrasia a los barbitúricos. Metabólicamente se altera en los tejidos produciendo tricloroetanol.

Causa cierta irritación gástrica en solución concentrada. Cuando se diluye con algún adulterante es menos irritante, pero todavía no es tan cómodo de tomar como los barbitúricos. Produce sueño tranquilizador generalmente de 4 a 8 horas.

La toxicidad del hidrato de cloral es baja, pero aumenta por la administración simultánea de alcohol. La dosis mortal del medicamento es muy variable; probablen

te se halle entre los 3 y 30 g. Aunque las dosis ordinarias de hipnóticos no tienen efecto adverso demostrable--sobre el corazón, las dosis excesivas pueden afectar el--músculo cardíaco; deben evitarse en pacientes con enferme--dad del corazón.

El principal inconveniente del hidrato de cloral--en comparación con los barbitúricos es la irritación gá--strica y su olor característico.

El hidrato de cloral al igual que los barbitúricos tiene su margen de seguridad. Se usa más a menudo en dosis hipnótica de menos de 1.0 g. para niños de edad prees--colar. Produce menos efecto en dosis seguras para niños--mayores que necesitan sedación para tratamiento dental.

Hidrato de Cloral.

Nombre comercial: Noctec.

Composición: Hidrato de Cloral.

En dosis terapéuticas, el agente casi no tiene acción depresora en la respiración, ni en la presión sanguínea, tiene un leve efecto analgésico. Es absorbido por--el tracto gastrointestinal cuando es administrado por vía oral.

Precauciones: El hidrato de cloral puede antagonizar con los efectos anticoagulantes de las drogas en forma de elixir, produce irritación gástrica, náusea y vómito, no se debe emplear en pacientes con gastritis; aunque este efecto puede ser reducido administrándolo en forma--de cápsulas.

Contraindicaciones: En enfermos con deficiencias--hepáticas y/o renales.

Es de acción rápida de 20 a 30 min. y la recuperación se realiza sin incidentes generalmente, no produce--dolor de cabeza. Se prepara en soluciones de distintos--sabores, para que el niño escoja uno en especial, también puede ser administrado en cápsulas suaves de distintos--sabores,

Dosis: las dosis aconsejables son de 500 a 700 mg. para los niños de 2 a 4 años de edad con un peso de 11 -- kg. a 22 kg.; de 4 a 7 años de edad 750 a 900 mg. por un peso de 22 a 31 kg.; de 7 años de edad o más grandes de-- 1000 a 1500 mg. por un peso de 31 kg.

Si el tratamiento trata de prolongarse, se prescribirá una segunda dosis, que será la mitad de la original, para mantener el efecto sedativo. Con las otras drogas-- el hidrato de cloral se puede utilizar como comedición-- con hidroxicina y como premedicación para óxido nitroso.

### Analgésicos Narcóticos.

El alivio del dolor es uno de los grandes objeti-- vos de la Medicina, las drogas con acción predominante--- mente supresoras del dolor se denominan analgésicos y sue-- len clasificarse en narcóticos y no narcóticos. Los anal-- gésicos narcóticos incluyen los alcaloides del opio y pro-- ductos sintéticos similares.

Desde hace mucho tiempo el opio ha sido utilizado-- por el hombre, se han logrado modificar las estructuras-- del opio creando drogas similares. Aunque la morfina si-- gue siendo todavía un analgésico narcótico muy importante, algunas de las drogas sintéticas constituyen adiciones -- muy bienvenidas en la terapéutica.

El opio se obtiene del exudado lechoso por una in-- cisión hecha en las cápsulas inmaduras de la adormidera,-- Papaver Somniferum. Químicamente se dividen en dos cla-- ses: derivados del fenatreno y de la bencilisoquinolina.

La morfina es el alcaloide fenentrénico más impor-- tante del opio. Entre los derivados sintéticos parecidos al opio la meperidina y la alfaprodina son los más uti--- lizados en odontología.

Estos compuestos, igual que la mayor parte de los-- analgésicos narcóticos ejercen sus principales acciones-- farmacológicas en el S.N.C. A pesar de su poco parecido-- estructural con la morfina.

En dosis terapéuticas producen analgesia, sedación, euforia, depresión respiratoria y otros efectos en el S.N.C., parecidos a los de la morfina. A pesar de las cualidades que se les atribuyen parece que son tan depresoras de la respiración como la morfina, cuando se comparan en dosis igualmente analgésicas.

Son ligeramente menos sedantes que la morfina, pero no tienen una acción neta diferente sobre tubo digestivo o vías biliares y sobre la musculatura lisa bronquial.

### 7.8 Meperidina.

Nombre comercial: Lorfan, Demerol, Narcon.

Composición: Meperidina.

Narcótico introducido en 1939; droga de potente poder analgésico, se considera más efectivo que la codeína y tiene más o menos la efectividad que la morfina.

La meperidina se metaboliza en el hígado a las seis horas, causa midriasis, hipotensión postural, sedación y euforia.

Indicaciones: Su acción preponderante es la que afecta al sistema nervioso central y los órganos formados por músculos de fibra lisa; tiende a producir menos espasmo del músculo liso, menos estreñimiento y menos depresión del reflejo tusígeno, que dosis equianalgésicas de morfina. Las propiedades terapéuticas principales de la meperidina son la actividad analgésica y la sedante.

Contraindicaciones: Hipersensibilidad, enfermos bajo tratamiento con inhibidores de la M.A.O. o que los han recibido recientemente.

Reacciones secundarias: Excepcionalmente, depresión respiratoria, y en grado menor depresión circulatoria, paro respiratorio, shock y paro cardíaco.

Las más frecuentes son ofuscación mental, mareo, sedación, náusea, vómito y transpiración.

Puede provocar depresión respiratoria, náusea y vómito, el mayor efecto se obtiene a la hora de administrarlo, no debe emplearse en niños con padecimientos de obstrucción pulmonar crónica con difusión hepática. Su principal efecto clínico es la somnolencia. Puede presentarse también Xerostomía.

Dosis: Para premedicación y si se usa como comedición, se administran 2.5 g. de seconal y 25 mg. de meperidina para un niño de tres años con peso de 11 kg.

Después de una hora, si el efecto no es el deseado, se puede administrar otra dosis de 3/4 g. de seconal y 12 mg. de meperidina. El efecto nocivo de la droga se puede disminuir con el uso de la comedición, ya que potencia la acción de la meperidina. Esta potencialización, permite al dentista emplear menos narcótico y obtener de esta manera el efecto sedativo deseado.

Puede administrarse por vía intramuscular, intravenosa, subcutánea y oral.

#### Meperidina:

18 mg. en niños entre 3 y 4 años de edad.

25 mg. en niños entre 5 y 6 años de edad.

37 mg. en niños entre 7 y 8 años de edad.

50 mg. en niños entre 9 y 12 años de edad.

La meperidina es una ayuda efectiva para el manejo del comportamiento del niño, se indica principalmente en niños de 8 años de edad que demostraron un comportamiento violento.

#### 7.9 Alfaprodina.

Nombre comercial; Nisentil.

Composición; Alfaprodina.

Cuando se administra por vía subcutánea, su efecto

puede presentarse a los 5 ó 10 minutos. La droga es metabolizada en el hígado, desapareciendo su efecto a las dos horas, por lo que se le emplea para procedimientos cortos en la odontopediatría.

Indicaciones: Para niños entre 3 y 6 años de edad, y de 2 años y medio dosis mínimas. No produce una sedación profunda, por lo que el paciente no se encuentra completamente dormido.

La droga no es afectiva en los casos de problemas severos de conducta.

Dosis: El nivel de dosificación se calcula en 0.5-mg/lb de peso. En niños cuyo peso es de 13 kg. (30lb) la dosificación será de 15 mg.

El Nisentil puede contribuir a obtener la cooperación del niño en el consultorio dental. Se encuentra muy indicada en preescolares.

Los tranquilizantes, sedantes, analgésicos y a veces otras drogas se usan en combinación, para tratar de proporcionar una medicación equilibrada, con alguna droga presente para afectar a la percepción del color por el paciente, sus reacciones de miedo e incluso para reducir la salivación y promover la euforia.

Existe una enorme variedad de técnicas, agentes, drogas y criterios sobre el tratamiento de la sedación en los niños. El dentista que quiere hacer buen uso de la información se ve asediado por el problema de tratar de decidir por donde va a empezar. Finn aconseja que lo mejor sería usar una sola droga para 40 ó 50 pacientes, de esta manera puede dominarse la variabilidad de dosificación y respuesta del paciente. Es posible que la experiencia más valiosa venga de este enfoque y que ésto resulte mejor que utilizar un gran número de drogas. Además Finn aconseja que se lleven registros.

## BIBLIOGRAFIA

- Fin S.B.; Odontología pediátrica. México. Ed. Interamericana. 1976. pp. 63-81. pp. 111-117.
- Fragoso Picon M. del P. Psychology applied to Pedodontics. Rev. A.D.M. 1979. jul-aug: 36 (4). pp. 376-392.
- Goodman and Guillman: Bases farmacológicas de la terapéutica. México. Ed. Interamericana. 1974. pp. 40-63, 75-146, 194-222, 513-521.
- Goth A.; Farmacología médica. México. Ed. Interamericana. 8a. Edición. 1977. pp. 267-287.
- Kruger Gustav O.; Tratado de Cirugía Bucal. México. -- Ed. Interamericana. 1978. pp. 40-50, 97-99.
- Mc. Donald R.E.; Odontología para el niño y el adolescente. Buenos Aires. Ed. Mundi. 1957. pp. 25-35.
- Standish M.F.; Propedéutica odontológica. México. 2a. Ed. Edit. Interamericana. 1973. pp. 106-107, 392-397.

## VIII. OXIDO NITROSO

## 8.1 Generalidades.

La analgesia por óxido nitroso puede ser un método seguro y eficaz para disminuir la aprehensión o la resistencia al tratamiento dental. Existen pocas contraindicaciones para su empleo, excepción hecha de niños con grave retraso mental o trastornos emocionales igualmente graves.

La analgesia de óxido nitroso disminuye la espasticidad muscular y los movimientos no coordinados del parálítico mental y disminuye la tensión física y las molestias, logrando de esta manera que el paciente soporte períodos de tratamiento más largos.

Los factores principales para emplear con éxito el procedimiento son: consideración cuidadosa y manejar la introducción analgésica de óxido nitroso, así como su administración inicial en niños impedidos.

Es esencial paciencia y comprensión al administrar por primera vez el anestésico. Debe concedérsele tiempo al niño para que se ajuste a esta experiencia. Deberá mostrársele como se emplea la máscara y puede hacerse correr el juego de gases sobre las manos y mejillas del niño, antes de colocar la máscara.

Si existe resistencia, se puede controlar con suave restricción física y un flujo de óxido nitroso al 50% directamente hacia la zona de los orificios nasales. Esta mezcla se puede producir efecto ligeramente eufórico y relajar al paciente para permitir la colocación de la máscara.

Después de lo anterior, deberá reducirse la concentración de óxido nitroso al nivel apropiado, generalmente un flujo de 10 a 15%.

Cuando se administra con 20% de oxígeno por lo menos, el óxido nitroso no es un gas suficientemente poderoso para producir en la mayor parte de casos la aneste-

sia quirúrgica. Por lo tanto, suele usarse en combinación con otras drogas, como el tiopental. El tiempo de inducción y salida son muy breves.

A menos que se produzca hipoxia durante la anestesia de óxido nitroso, no hay depresión respiratoria, circulatoria, ni de funciones renales o hepáticas. El óxido nitroso se acercaría en mucho a la anestesia ideal si produjera relajación muscular y tuviera potencia suficiente.

## BIBLIOGRAFIA

- Finn S.B. Odontología pediátrica. México. Ed. Interamericana. 1976. pp. 101-117.
- Goodman and Guillman.; Bases farmacológicas de la terapéutica. México. Ed. Interamericana. 1974. pp. 40-63, 75-146, 194-222, 513-521.
- Goth A.; Farmacología Médica. México. Ed. Interamericana. 8a. Edición. 1977. pp. 267-287.
- Pruhs R.J. et al.; A psychological for the use of nitrous oxide. Psychosedation for children. J. Dent. Child. 1978. jan-feb: 45 (1). pp. 56-61.

## IX. ANESTESIA GENERAL

Desde el punto de vista psicológico, la reacción-- del niño ante el acto terapéutico anestesia-cirugía, es-- básicamente de ansiedad y temor, ya que ignoran o tienen ideas distorcionadas de lo que realmente va a suceder.

Entre más pequeño es el niño, más inmaduro en su-- "yo" y por lo tanto, su conocimiento y control de la realidad es confuso, e igualmente sus reacciones defensivas-- para manejar la ansiedad son más primitivas. Los sínto-- mas pueden aparecer en el pre o postoperatorio, aún días-- o semanas después y consiste en:

Lactantes y preescolares: Inquietud, llanto, ner-- viosismo, trastornos de sueño, mayor apego a la madre, -- temores a la obscuridad y al médico, agresividad, conduc-- ta regresiva, irritabilidad, succión de los dedos, onico-- fagia, masturbación, trastornos de la alimentación, enure-- sis, etc.

Escolares y adolescentes; tics, fobias, obsesión,-- hipocondría.

Es conveniente recordar que el acto anestésico qui-- rúrgico va asociado a otros eventos y contribuyen a hacer lo emocionalmente más traumático y que son:

a) El padecimiento en sí. Según sus característi-- cas le pueden ocasionar dolor, invalidez o distorsión de-- su esquema corporal.

b) La hospitalización. De su medio familiar es -- llevado a un ambiente extraño, entre equipo y gentes des-- conocidas, donde se le asigna un número de cama y expe-- diente y se le impone un reglamento que debe observar.

c) El acto quirúrgico. Debe ser para el niño un-- procedimiento que no le produzca ni le aumente el temor-- o la ansiedad, ya que el niño debe estar previamente pre-- medicado y no tiene porqué sufrir alguna alteración emo-- cional. En caso contrario si el niño llega al quirófano-- con un mal manejo de premedicación, se presentarán situa-- ciones muy desagradables para todos, pero principalmente--

para el niño.

La preparación adecuada del niño que va a recibir anestesia general es la siguiente:

Para un niño sin problemas emocionales previos, -- basta una explicación honesta, detallada y en términos -- que él comprenda.

Lo que padece, porqué lo padece y aclarándole que -- él no es responsable de su problema. Se le explicarán -- los procedimientos que se le harán; las sensaciones o molestias que experimentará en el pre y post operatorio y -- asegurándole que despertará en forma normal. Puede ser -- conveniente mostrarle el equipo y sitio donde será operado.

Ofrecerle la oportunidad que lleve al hospital un objeto o juguete que lo ligue con su hogar y establecer -- una relación amistosa con el anestesista, cirujano y enfermera, que en cierta forma son figuras que substituyen a sus padres.

Se considera delicado realizar un tratamiento dental bajo anestesia general en el consultorio privado, ya que en un momento dado no se cuenta con el equipo necesario en estos casos de emergencia.

#### 9.1 Indicaciones para anestesia general.

Según el Dr. Finn los niños que pertenezcan a alguna de estas categorías usualmente requerirán de anestesia general:

a) El niño no cooperativo, que se resiste al tratamiento, a pesar de haberse intentado los procedimientos -- de manejo comunes.

b) El niño con trastornos de la hemostasia que requieran tratamiento dental extenso.

c) El niño retardado mental cuyo impedimento sea -- tan grave, que dificulte toda comunicación entre odontólogo y paciente.

d) El niño afectado de trastornos del S.N.C. que se manifiesten por movimientos involuntarios y extremos.

e) El niño con grave cardiopatía congénita, incapaz de tolerar la excitación y cansancio provocados por extenso tratamiento dental.

## 9.2 Procedimientos pre-operatorios.

Cuando el tratamiento dental de un niño requiere hospitalización y anestesia general, la mejor manera de lograr la cooperación de sus padres, es orientarlos respecto al programa planeado para su hijo y las responsabilidades que tienen en su hospitalización. En la revisión o chequeo general de salud del niño toma papel muy importante el médico pediatra, después de examinar al niño deberá enviar una confirmación escrita, afirmando la ausencia de contraindicaciones a la anestesia general. Deberán requerirse exámenes de laboratorio.

Después de haberse admitido al paciente en el hospital el odontólogo deberá discutir los planes de tratamiento con el anesthesiólogo, quien determinará el límite de tolerancia de cada paciente al anestésico general; tomando ésto por guía el odontólogo puede establecer un rígido programa para el tratamiento.

Después de evaluar la historia médica del paciente y determinar la extensión del tratamiento requerido, puede elegirse la premedicación y el anestésico más adecuados.

En anestesia pediátrica el Fluotano (halotano) ha ganado gran aceptación por su calidad poco irritante, su no inflamabilidad y el despertar rápido de los pacientes sometidos a él.

## 9.3 Procedimientos en el quirófano.

La intubación endotraqueal nasal, cuando el tubo está fuera de la vista del paciente simplifica para el odontólogo los procedimientos de tratamiento. Después de la intubación deberán cubrirse los ojos del paciente con-

una gasa húmeda, para protegerlos contra desechos y materiales dentales.

Deberá tenerse gran cuidado de evitar que sangre, o cualquier otro tipo de desecho, penetre en la garganta del paciente. Después de anestesiar completamente, se deberá colocar un apósito de gasa húmeda sobre la abertura faríngea a través del área de las amígdalas y debajo de la lengua.

Para extraerlos, la extremidad del apósito de la garganta, con un hilo firmemente atado a él, deberá extraer de la cavidad bucal.

El empleo del equipo de aspiración facilita el procedimiento dental de niños anestesiados. En caso necesario puede utilizarse un instrumento para mantener abierta la boca.

Para realizar cualquier tratamiento restaurativo en pacientes anestesiados, el empleo de dique de hule proporciona al odontólogo campo seco y mejor visibilidad y sirve de ayuda para el apósito de gasa, para evitar la entrada de desechos en la garganta del paciente.

Antes de extracciones u otro tratamiento quirúrgico, deberán terminarse todos los tratamientos restaurativos, al realizar ésto, deberá limpiarse la boca, sustituir el apósito de la garganta con gasa nueva e iniciarse después los procedimientos quirúrgicos.

Al terminar el tratamiento planeado, deberá controlarse toda la hemorragia y evacuarse cuidadosamente de la cavidad bucal todos los desechos.

Después de ésto se puede retirar el apósito de la garganta y enviar al niño a la sala de recuperación.

Antes de enviar al niño a casa deberá programarse una cita para examinar postoperatoriamente al paciente en el curso de las dos semanas siguientes.

En esta visita deberá hacerse ver a los padres la importancia de cuidar apropiadamente al niño en casa y la

necesidad de que éste reduzca su consumo de alimentos cariogénicos, como medio para evitar en lo posible las molestias de otro tratamiento dental de este tipo.

#### 9.4 Medicación preliminar.

Para administrar la premedicación es preferible emplear la vía intravenosa y deberá administrarse 5 min. antes de principiar la anestesia.

Además de los propios anestésicos se utilizan un gran número de medicamentos, antes de las intervenciones quirúrgicas y durante las mismas. Los productos administrados como medicaciones preanestésicas tienen algunas indicaciones definidas, aunque también inconvenientes netos.

Las justificaciones para utilizar medicación preanestésica o complementos anestésicos son las siguientes:

- a) Disminuir la ansiedad.
- b) Aumentar la eficacia de un anestésico incompleto.
- c) Disminuir la cantidad de anestésico necesario.
- d) Para antagonizar o evitar acciones indeseables en los anestésicos.

Entre los complementos más frecuentemente utilizados se encuentra la morfina, otros narcóticos, sedantes, hipnóticos y agentes contra la ansiedad, fenotiacinas y antieméticos que no son fenotiacínicos relajantes musculares esqueléticos, medicamentos anticolinérgicos antiarrítmicos y vasopresores.

Los inconvenientes de la premedicación anestésica son:

- a) La morfina y otros narcóticos tienden a prolongar el estado anestésico y pueden provocar constricción bronquial en otros individuos susceptibles.

b) Los barbitúricos pueden contribuir a la excitación postoperatoria ya que no tienen propiedades analgésicas.

c) La atropina sobre todo la utilizada en la intervención y con ciclopropano, puede causar muchas arritmias y lentitud pasajera del corazón.

A pesar de estos inconvenientes, está justificado el empleo de un número limitado de medicaciones preanestésicas bien seleccionadas.

### 9.5 Selección e inducción del anestésico.

Tanto el metoxital sódico (prebital) como el tiopental sódico (pentotal) son fármacos excelentes que pueden utilizarse solos o en combinación con uno de los múltiples compuestos anestésicos inhalantes.

Pueden utilizarse para lograr una inducción rápida y agradable también pueden ser utilizadas con óxido nítrico para operaciones relativamente leves.

Aunque se han exaltado las cualidades del metohexital y otros barbitúricos sobre el tiopental, se pretende que éstos tienen un tiempo de despertar más breve. Empero hasta hoy ningún medicamento ha demostrado poseer ventajas suficientes sobre el tiopental para substituirlo en la clínica.

Para hacer la inyección se escoge una vena del antebrazo y se punciona, entonces se fija la cinta al brazo con cinta adhesiva y se inmoviliza el brazo.

Se logran resultados óptimos con una solución de metohexital sódico al 0.1% inyectado a razón de 15 mg. por seg. esta dosis proporciona un nivel óptimo de anestesia de trabajo.

El niño turbulento de 7 años que no soporta una tensión excesiva y que no coopera necesita una inducción de 20 mg. lo cual será suficiente para una anestesia completa.

## BIBLIOGRAFIA

- Finn S.B.; Odontología pediátrica. México. Ed. Interamericana. 1976. 14-39, 63-81, 101-117.
- Goodman and Guillman.; Bases farmacológicas de la terapéutica. México. Ed. Interamericana. 1974. pp. 513--521.
- Goth A.; Farmacología Médica. México. Ed. Interamericana. 8a. Edición. 1977. 267-287.
- Lisagor M.S.; The role of the pedodontics in the multiple-procedure approach to general anesthesia for children: report of four cases. A.S.D.C. J. Dent. Child. 1978. nov-dec: 45 (6). pp. 465-468.
- Quellette P.L.; Psychological ramifications of facial-change in relation and orthognathic surgery. J. Oral-Surgery. 1978. oct: 36 (10). pp. 787-790.

## CONCLUSIONES

Desafortunadamente en la práctica de la odontología general, el desconocimiento de la psicología del niño, así como de la manera adecuada para manejarlo, se presenta con mayor frecuencia de la que fuera deseable.

Por lo anterior consideramos de importancia que -- las facultades y escuelas de odontología creen conciencia en el estudiante, sobre la relevancia que tiene el aplicar todos sus conocimientos y los medios que estén a su alcance para brindar el mejor tratamiento a los pequeños-pacientes; sin caer en rechazo, medidas punitivas, desesperación, etc., para con quién debe tenerse comprensión, comunicación y respeto. Y razonando sobre la importancia de las repercusiones que este trato acarreará al futuro-dental de los niños que acuden al consultorio dental.

Si el cirujano dentista es capaz de diagnosticar-- con facilidad y seguridad los problemas de conducta, o -- los estados de ansiedad y miedo, fobias dentales, etc.,-- será mayor su comprensión y aceptación hacia el paciente-infantil, logrando con ello además introducir al niño en la odontología.

## PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

Es fundamental que el cirujano dentista durante--- su vida profesional continúe un proceso de aprendizaje y- actualización en cuanto a sus conocimientos científicos,- pues cada vez es más necesario que el odontólogo posea -- los elementos necesarios para que su criterio clínico sea más acertado y brinde la mejor atención a sus pacientes.

La relación entre el manejo adecuado de los niños- dentro de la odontología, redundará en buenos pacientes-- dentales en un futuro próximo mediato o en pacientes con- graves problemas de conducta y adaptación al enfrentar -- una situación dental.

## RESULTADOS

En el desarrollo de esta tesis observamos que es básico el adecuado conocimiento de la psicología y desarrollo infantiles, para lograr una mejor comprensión sobre las actitudes que presentan los pacientes pediátricos en el consultorio dental.

Presentar un panorama general sobre ansiedad y miedo ayudó a comprender muchas reacciones que se observan tanto en el médico como en el paciente durante la consulta.

Después de introducirnos en el amplio aspecto del ambiente del consultorio que debe rodear al mismo en la cita dental, así como la manera de llevar esta nueva experiencia por parte de los padres afirmamos que si se dan de manera adecuada estos factores, la respuesta del paciente infantil al enfrentar la situación dental será muy favorable.

De manera importante también influye la relación que se pueda lograr entre médico y paciente. En cuanto mejor sea ésta tanto mayores beneficios se aportarán al tratamiento.

En cuanto a las técnicas de manejo podemos encontrar desde la agresiva hasta la que produce un mínimo daño físico o psicológico, dependiente del caso particular, una técnica podrá actuar como muy eficaz o simplemente no logra el objetivo deseado.

Lo básico para lograr éxito en la aplicación de esta técnica, será una adecuada observación de cada paciente, actitudes, estado emocional, experiencias previas, etc, así como de criterio amplio y consciente por parte del médico.

## BIBLIOGRAFIA

- Addelston H.; Your child's first visit to his Dentist; Journal New Jersey Dental Association; Vol 42 Feb. -- 1971.
- Academia Mexicana de Pediatría; Psicología del niño.- México. Ed. Nestle. 1968; pp. 559-563.
- Atterbun; Recognition of Psychological disorders in dental patients. Dent Suru. 1977 Feb: 53 (2) pp. 55--58.
- Beaver H.A. et al.; Management of young patient. J.-- Mich. Dent Assoc. 1976 Feb: 58 (2) pp. 73-80.
- Berenie J.; The use of behavior modification techniques to Successfully manage the child dental patient.-- J.A.D.A. Vol 94. pp. 329-334; Feb, 1977.
- Bijou Sidney, et al; Psicología del desarrollo infantil. Ed. Trillas 1969. pp. 33,41,42,96.
- Brandli W.E. et al.; Education in preventive pediatric dentistry. A.S.D.C. J. Dent child. 1979 may-jun 46 - (3) pp. 200-204.
- Brauer John C.; Odontología para niños. Buenos Aires.- Ed. Mundi. 1959. pp. 22-38.
- Brown J.P. et al.; Childhood fear and anxiety states in relation to dental treatment. Aust. Dent J. 1979 Aug:-- 24 (4). pp. 256-259.
- Chambers David W.; Behavior Management Techniques for pediatric Dentist: an embarrassment of riches; Journal Dental Child; Vol 44. pp. 30-34 Jan-Feb, 1977.
- Chambers David; Communicating with young dental patient; J.A.D.A. Vol. 93. pp. 793-799; Oct, 1976.
- Chambers David; Management the anxietys of young dental patient; J. Dent. Child; Vol. 37 pp. 363-370; ---- sept-oct; 1970.

- Cimet Selma; Material audiovisual para educación odontopediátrica. Rev. Odont. Moderno. 1979 jun-jul. pp. 9-18.
- Corah N.L. et al; The use of relaxation. J. Dent. Res. 1979. mar: 98 (3) 390-394.
- Corah N.L. et al.; Psychological stress reduction during dental procedures. J. Dent. Res. 1979 apr: 58 (4) pp. 1347-1351.
- Corah N.L. et al.; Assesment of a dental scale. J. Am. Dent Assoc. 1978. nov: pp: 816-819.
- Craig William; Hand over mouth Technique. J. of dentistry for children. 1971. Nov-Dec. pp. 387-389.
- Duarte A.C.; Diccionario Odontológico. Buenos Aires.- Ed. Mundi. 1964.
- Eichenbaum Irving W.; "Triad of Concern". Journal Dent. Child. Vol. 44; pp. 194-201. may-june, 1977.
- Evans R.I.; Social psychologic perspective in motivating changes in eating behavior. Journal American Diet Assoc. 1978 apr: 72 (4) pp. 378-383.
- Falkner Frank; Desarrollo humano. España. Ed. Salvat. 1969. pp. 38-349.
- Figge M. Some factors in the etiology of maternal rejection. College studies in social work. 1932. pp.-237-243.
- Finn S.B.; Odontología pediátrica. México. Ed. Interamericana. 1976. pp. 1-9, 14-39, 63-81, 101-117.
- Foley W.J. Stress from many sources affects your health and well being. Dent Stud. 55 (8) may. 1977. pp. 34-35.
- Fuentes servín P. Factores psicológicos que influyen en la odontología infantil. Rev. A.D.M. Vol. XXX. No. 6, Nov-Dic; 1972.

- Fragoso Picón M. Psychology applied to Pedodontics. -- Rev. A.D.M. 1979. Jul-Aug: 36 (4). pp. 376-392.
- Friedman Monus; Como agilizar el tratamiento en niños. Rev. Odont. Moderno. 1973: Jun. Vol. I; No. 6., pp. --- 41-47.
- Geller Ehrenwald; El consultorio ideal al alcance de-- la mano. Rev. Odont. Moderno 1973. Feb: Vol. I. No. 4. pp. 24-35.
- Gershen; Maternal influence on the behavior patterns-- of children in the dental situation. J. Am. Dent. ---- Assoc. 1977. Oct: 46 (9). pp. 17-21.
- Gesell A; El niño de 1 a 4 años. Buenos Aires. Ed. Pai-- dós. 1967.
- Gesell A; El niño de 5 a 10 años. Buenos Aires. Ed. -- Paidós. 1971.
- Goodman and Gillman; Bases farmacológicas de la tera-- péutica. México. Ed. Interamericana: 1974. pp.40-63, --- 75-146, 194-222, 513-521.
- Goth A; Farmacología médica. México. Ed. Interamerica-- na. 8a. Edic. 1977. pp. 267-287.
- Craig W.; Hand over mouth technique. J. Dent. Child.-- Vol. 38. nov-dec. 1971. pp. 387-389.
- Green R.V. et al; Preparing the preeschool child for-- a visit to the dentist. J. Dent. Sep. 1977: 5 (3) 231- 236.
- Guerra S.; Desensitization as al therapy of conditio-- ner and psychological control in the phobic. Rev. ---- A.D.M. Jan-Feb 1974. 31 (1) pp. 27-39.
- Hill Frederick.; A preventive progamme for the dental-- management frigh tened children. J. Dent. Child; Vol.- 43., sep-oct. 1976, pp. 30-34.

- Issues Davis.; The dentist's role in child abuse and neglect. A.S.D.C. J. Dent. Child; 46 (3) 1979. pp. 185-192.
- Johnson A.; Maternal anxiety and child behavior. J. Dent. Child. march-apr, 1969. pp. 13-18.
- Johnson A.; Behavior modification technique and maternal anxiety. J. Dent. for child. july-aug. 1973. pp. 20-24.
- Johnson J.B.; Stress reactions of groups to the child-dental patients. J. Dent. Research. 1979. jul: 58 (7). pp. 1664-1671.
- Katz Simon; Odontología preventiva en acción. Buenos Aires. Ed. Panamericana, S.A., 1975. pp. 24-33, 399-431, 435-444.
- Kenedy D.B.; Operatoria dental en pediatría. México. Ed. Médica Panamericana. 1974. pp. 11.
- Kenner Leo M.O.; Child psychiatry. Carlies Thomas publisher. 1966. pp. 74-81.
- Kenneth D. Snander.; Handbook of clinical pedodontics; the C.V. Mosby Company; St. Louis. 1980.
- Keys J., et al.; Detecting and treating dental phobic-children. Part I. Detection. A.S.D.C. J. Dent. Child, 1978. jul-aug: 45 (4). pp. 296-300.
- Keys J., et al.; Detecting and treating dental phobic-children. Part II. Tratment. A.S.D.C. J. Dent. Child. 1978. jul-aug: 45 (4). pp. 301-305.
- Klorman R.; Predecting the child's in cooperative. J. Dent. Child. 1978. jan-feb: 45 (1). pp. 62-67.
- Kruger Gustav O.; Tratado de Cirugía Bucal. México, Ed. Interamericana. 1978; pp. 1-2, 25-26, 40-50, 97-99.
- Lefer León; Manifestaciones bucales de la tensión psíquica. Medicina de postgrado, 3 (10) oct. 1975, pp. 41-48.

- Klorman R., et al.; A further assesment of predictors- of the child's behavior in dental treatment. J. Dent-Research. 1979: Dec. 58 (12). pp. 2338-2343.
- Lener Michael H.; Clínicas Odontológicas de Norteameri- ca. Ed. Interamericana. 1973: pp. 35-50.
- Levitas Theodore.; Home-hand over mounth exercise. J.- Dent for child; Vol. 41., may-june. 1974. pp. 178-182.
- Lindsay S.J.; Psychological research in behavior mana- gement. Apex. 1978. Dec: 10 (2). pp. 2-5.
- Lisagor M.S.; The role of the pedodontics in the mul- tiple-procedure approach to general aneesthesia for chil- dren: report of four cases. A.S.D.C. J. Dent Child.- 1978 nov-dec: 45 (6). pp. 465-468.
- Lowental V.; Dental anxiety-etiology considerations.-- Isr. J. Dent Med. 1978. jan: 27 (1). pp. 13-4, 13-5.
- Malecs. R.E.; Child abuse its relation ship to pedodon- tics a survey. A.S.D.C. J. Dent. Child. 1979. may-ju- ne: 46 (3). pp. 193-194.
- Mc.Donald R.E.; Odontología para el niño y el adoles- cente. Buenos Aires. Ed. Mundi. 1957. pp. 1-6, 25-35.
- Marks H.S.; The genesis of fear and anxiety in young-- dental patients. A.S.D.C. J. Dent. Child. 1978. Jul- aug: 45 (4). pp. 306-309.
- Massler M.; Psychology in dentistry for children. ---- U.S.A. Dental Clinics of North America, Oral habits.-- 1962. pp. 22-132.
- Martinez Herrera J.M.; Manejo del paciente infantil en Odontología. Rev. A.D.M. 1980. may-jun: Vol.38 No. 3.- pp. 146-148.
- Melamed B.G. et al.; Effects of films modeling on the-- reduction of anxiety-related behavior in individuals-- varying in level of previous experience in the stress- situation, J. Consult. Clin. Psychological. 1978, dec: pp. 1357-1367.

- Morris Alvin L.; Las especialidades odontológicas en-- la práctica general. España. Ed. Labor. 1974. pp. 179.
- Neiburger E. J.; Child response to sugestion. Study of age sex time and inconulevels during dental care. --- A.S.D.C. 1978 sep-oct: 45 (5). pp. 396-402.
- Nume R.D. Jr.; Remote site trining in dental education. 1978. nov: 16 (7) pp. 6-7.
- Paddon J. M., et al; Stress relaxation studies as den-- tal materials. J. Dent. 1978. dec: 6 (4). 321-326.
- Pardinás Felipe.; Metodología y técnicas de investiga-- ción en ciencias sociales. México. Ed. Siglo XXI. 1977. pp. 3-12, 32-38.
- Parkin S.F.; Fear in dentistry. Apex. 1977 dec: 9 (3). pp. 13-16.
- Peinado Allgabe J.; Paidología. México. Ed. Porrúa. --- 1958. pp. 3-5.
- Piaget J.; Psicología de la inteligencia. Buenos Aires. Ed. Psique. 1964. pp. 15-35.
- Piaget J.; Psicología y Pedagogía. Barcelona. Ed. Ariel 1980. pp. 34-45, 157-173, 174-208.
- Pruhs R.J., et al; A psychological rationale for the--- use of nitrous oxide. Psychosedation for children. J.-- Dent. Child. 1978. jan-feb: 45 (1). pp. 56-61.
- Quellette P.L.; Psychological ramifications of facial-- change in relation and orthognathic surgery. J. Oral -- Surgery. 1978. oct: 36: (10). pp. 787-790.
- Read Wright G.Z.; Behavior management in dentistry for-- children. W.B. Saunders Co. Philadelphia; Chapter 5.
- Rojas Soriano R.; Guía para realizar investigaciones -- sociales. México. U.N.A.M. 1979. pp. 11-95,
- Roote S.; Apsychological approach to child development-

- and the management of behavior. Dental Healt. (Lond).- feb: 17 (1). pp. 5-7, 13.
- Rosemberga Howard M.; Modification for the child dental patient. J. Dent. Child. Vol. 41. march-apr., 1974. pp. 31-34.
  - Roskin G.; Dental anxiety- a psychiatric approach. New York state Dent. J. 1979. may: 45 (5). pp. 234.
  - Rötberg Saúl.; Tratamiento dental del niño menor de tres años. Rev. A.D.M., 1976 jul-ag: Vol. XXXIII No. 4.
  - Santos O.M.; El sistema a "cuatro manos" evita su desgaste físico y aumenta sus ingresos. Rev. Odont. Moderno. 1972 Julio. pp. 11-15.
  - Sawtell R., et al.; The effects of five preoperator methods upon child behavior during the first dental visit. J. Dent. for child. Vol. 41. sep-oct, 1974. pp. 367-375.
  - Scheweiser H.L., et al.; Psychotecnique applied to pedodontics. Rev. Circ. Argent. Odont. sep-dec, 1979: 41 (3-4). pp. 5-8 (Spa).
  - Schwartz Robert; Sistemas administrativos para la comunicación con los pacientes dentales. (Traducción) Dr. Juan Torres R. Rev. Odont. Moderno. ag-sept. 1980. pp. 10-16.
  - Smith G. L.; The influence of a course in psychology on attitudes of dental students. J. Dent. Assoc. S.A.; mar, 1978: 33 (3). pp. 171-179.
  - Standish M.F. Propedéutica Odontológica. México. 2a. Edición, Ed. Interamericana 1973. pp. 16-37, 93-103, 106-107, 392-397.
  - Tiano F.; Psychological problems of handicapped children. J. Pedodontics. (Fra). 1976; 10, pp. 203-206.
  - Torres Larios Carlos.; Curso Odontología Pediátrica. Rev. Odont. Moderno. 1978. abril-mayo: 4 (5), pp. 9-24.

- Venham LL., et al.; Personality factors affecting the-  
preschool child's response to dental stress. J. Dent.  
Research. 1979. nov: 58 (11) pp. 2346-2351.
- Venham LL., et al.; Child repring variaeles affecting-  
the preschool child's response to dental stress. J.--  
Dent. Research. 1979. nov: 58 (11) 2342-2345.