



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Estudios Profesionales

" Z A R A G O Z A "



MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

ISAIAS LOPEZ CARRASCO



MEXICO, D. F.

1987.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL.

I N D I C E

| | Página. |
|--|---------|
| Protocolo..... | 1 |
| Fundamentación del Tema..... | 2 |
| Planteamiento del Problema..... | 2 - 3 |
| Objetivos..... | 4 |
| Hipótesis..... | 4 |
| Material y Método..... | 5 - 6 |
| | |
| Introducción..... | 7 - 8 |
| | |
| Capítulo I.- Desarrollo de la Personalidad..... | 9 - 10 |
| 1.1.- Teorías Psicológicas del Desarrollo de - la Personalidad..... | 11 |
| 1.2.- Fases del Desarrollo Psicosexual..... | 12 - 13 |
| 1.3.- Patrones de Conductas Normales a Diferen <u>te</u> Niveles de Edades..... | 14 - 17 |
| 1.4.- Asentamineto de la Ansiedad Infantil a - Través del Tratamiento dental por medio- de Dibujos..... | 18 |
| Bibliografía..... | 19 |
| | |
| Capítulo II.- Las Primeras Visitas..... | 20 |
| 2.1.- Factores Determinantes de la Actitud del Niño ante el Tratamiento Odontológico... .. | 21 |
| 2.1.1.- Factores Favorables..... | 21 |
| 2.1.2.- Factores Desfavorables..... | 21 |
| 2.2.- Enseñanza del Tratamiento Dental..... | 21 - 22 |
| 2.3.- Técnicas Empleadas para reacondicionar - las Actitudes del niño hacia la Odontolo <u>gía</u> | 23 - 24 |
| Bibliografía..... | 25 |

| | Página |
|---|---------|
| Capítulo III.- El Niño no Cooperativo..... | 26 - 27 |
| 3.1.- Reducción del Comportamiento no Cooperati <u>v</u> o Dental a través del modelaje y Refor <u>z</u> amiento..... | 28 |
| 3.2.- Fuentes de Conductas no Cooperativas..... | 29 - 30 |
| 3.3.- Tipos de Niños..... | 31 |
| a).- El Niño Tímido..... | 31 |
| b).- El Asustadizo o Vergonzoso..... | 31 - 32 |
| c).- El Niño Incorregible o Consentido... | 32 - 33 |
| d).- El Niño Desafiante..... | 33 |
| e).- El Niño Miedoso..... | 34 |
| f).- El Niño Enfermo..... | 34 |
| Bibliografía..... | 35 |
| | |
| Capítulo IV.- Las Recompensas y los Castigos..... | 36 - 37 |
| 4.1.- Modificación de la Conducta..... | 37 |
| 4.2.- Tipos de Reforzadores..... | 37 - 38 |
| 4.3.- Control de Voz..... | 39 - 40 |
| 4.4.- Mano sobre Boca y Mano sobre Boca y Nariz | 40 - 45 |
| Bibliografía..... | 46 - 47 |
| | |
| Capítulo V.- El Papel del Padre..... | 48 |
| 5.1.- Comportamiento de los Padres en el Con <u>s</u> ultorio Dental..... | 48 - 49 |
| 5.2.- Instrucciones a los Padres..... | 49 - 52 |
| 5.3.- Extremos de Comportamiento de los Padres. | 52 |
| a).- Protección Excesiva..... | 52 - 53 |
| b).- Rechazos..... | 53 |
| c).- Ansiedad Excesiva..... | 54 |
| d).- Dominación..... | 54 |
| e).- Identidad..... | 54 |
| Bibliografía..... | 55 |

| | Página. |
|--|----------------|
| Capítulo VI.- La Visita de Emergencia..... | 56 - 57 |
| a).- Historia del Accidente..... | 57 |
| b).- Examen Radiográfico..... | 57 - 58 |
| c).- Historia y Examen Clínico..... | 58 |
| 6.1.- Formas para Lesiones Dentales..... | 58 |
| a).- Historia de la Lesión..... | 58 - 59 |
| b).- Señales..... | 59 |
| c).- Síntomas..... | 59 - 60 |
| Bibliografía..... | 61 |
| | |
| Elementos con los que debe contar todo - Consultorio Dental para manejos de Emer- gencias Médicas..... | 62 |
| Resultados..... | 63 - 64 |
| Conclusiones..... | 65 |
| Propuestas y/o Recomendaciones..... | 66 - 67 |
| Bibliografía General..... | 69 - 72 |

P R O T O C O L O .

- A).- TITULO DEL PROYECTO:
MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL.
- B).- AREA ESPECIFICA DEL PROYECTO:
PSICOLOGIA HUMANA.
- C).- PERSONAS QUE PARTICIPAN:
ASESOR: C.D. ARMANDO LOPEZ GOMEZ.
ALUMNO: ISAIAS LOPEZ CARRASCO.

FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA.

Por las diversas situaciones que se presentan en el consultorio dental, cuando el paciente a tratar es un niño.

Los odontólogos con frecuencia hacen más difícil su labor, cuando se involucran demasiado con los pacientes.

Para resolver este tipo de problema, recomiendo tener siempre presente lo siguiente:

1.- Uno de los factores más importantes en el manejo del niño, es entender el punto de vista del paciente.

2.- El manejo del niño en el consultorio dental es simplemente, el de convencer a una persona pequeña a que se someta a alguna forma de procedimiento odontológico.

3.- Hay dos clases de miedo que el niño tiene cuando se enfrenta la situación odontológica: el miedo a lo desconocido y al dolor.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿ Se debe trabajar usando la misma técnica psicológica y los mismos métodos para el tratamiento odontológico de todos los niños ?.

Es importante reflexionar al hacer esta pregunta, ya que el manejo correcto de los niños surge de una comprensión fundamental de su desarrollo mental y emocional.

P. J. HOLLOWAY y J. N. SWALLOW dedicados a la salud dental infantil nos dicen que la mayoría de los odontólogos logran intuitivamente una respuesta favorable de los niños en grado variable, mientras otros fracasan con frecuencia.

Sin embargo, casi todos pueden aprender cómo tratarlos en el consultorio odontológico, y hasta aquellos con una habilidad natural pueden mejorarla, aumentar sus logros y la cantidad de Placer que deriven de ello.

La desesperación que a veces se siente, surge de un sentimiento de inadecuación para superar la situación. Para combatir esto, el odontólogo debe primero aumentar su repertorio de técnicas para poder manejar un aspecto más grande de casos y segundo, debe reevaluar sus objetivos para extenderlos más allá de la salud de los dientes. Un odontólogo exitoso es quien sabe sacrificar la salud de la parte en beneficio de la totalidad.

OBJETIVOS :

1.- Recordar la importancia que tienen las relaciones humanas en el trato del paciente con odontólogo, para llegar a tener un mejor resultado en el tratamiento.

2.- Conocer las causas que provocan la intranquilidad del niño, para modificarla.

3.- Proporcionar a los interesados en la odontología infantil, los factores psicológicos que influyen en el tratamiento odontológico.

HIPOTESIS DEL TRABAJO.

Para el tratamiento dental en los niños, deberán aplicarse una gama de técnicas psicológicas y métodos, según lo amerite cada uno de los casos.

H).- MATERIAL Y METODOS:

El material a utilizar para el desarrollo de este trabajo, serán todos aquellos correspondientes a los recursos físicos, financieros y humanos.

1.- Recursos Físicos: libros y revistas científicas, 1000 hojas blancas tamaño carta, 18 fichas bibliográficas y artículos de papelería.

2.- Recursos Financieros:

| | |
|------------------------|--------------|
| - Gastos de Cenids | \$ 700.00 |
| - Gastos de fotocopias | 6,500.00 |
| - Compra de libros | 5,500.00 |
| - Revistas | 800.00 |
| | <hr/> |
| - Gasto Total | \$ 13,500.00 |

3.- Recursos Humanos: 3 personas que intervendrán directamente en la investigación de revisión bibliográfica y una de mecanografiado.

- 1 Cirujano Dentista
- 1 Médico General
- 1 Mecanógrafa.

METODO:

La investigación bibliográfica se llevará a cabo por medio de la selección y revisión de información secundaria, - primaria y directa, correspondiente a diez años a la fecha, - con predominio de información reciente por ser esta la más actualizada y congruente para la aportación a la carrera de Cirujano Dentista.

Se llevará a cabo la concentración de cada uno de los artículos de acuerdo al tema y fichas bibliográficas, que posteriormente se organizará para su concentrado a cada uno de - los capítulos correspondientes al trabajo de tesis.

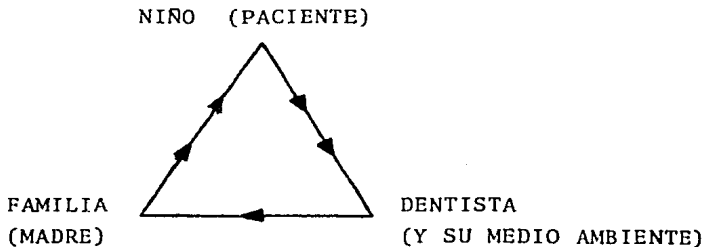
El análisis de cada uno de los artículos y libros revisados es de suma importancia pues por medio de ello se se-leccionarán los aspectos más comunes en la práctica de la - - odontopediatría.

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

Desde hace tiempo la literatura dental ha incluido muchas sugerencias y opiniones concernientes al manejo de la conducta del niño en el consultorio dental. Recientes estudios han enfocado su atención sobre algunas variantes, las cuales podrían influir en la conducta del niño.

Las variantes ya investigadas incluyen: ansiedad materna, presencia de la madre en el operatorio dental, la primera visita dental, citas externas, edad, mantener el control del niño en los procedimientos operatorios, número y calidad del contacto médicos previos, clase socio-económica, raza y sexo.

Se ha enfatizado que la comunicación es el objetivo más importante para poder impartir tratamiento odontológico, pero esta comunicación no solo debe ser entre el paciente y el odontopediatra, sino también con la familia. Esta relación es descrita por Wright, quién considera que el niño es el foco de atracción de la familia y el dentista.



Por lo tanto, el tratamiento dental del niño es una relación dinámica sumando las esquinas del triángulo, del niño, su familia y su dentista.

Es deber del odontopediatra, mantener una dentición sana, completa y funcional de acuerdo, a las necesidades físicas y emocionales del niño. Esto va a depender de su capacidad para controlar la conducta del niño, respecto a esto, hay un acuerdo general que la actitud del odontopediatra puede -- afectar el resultado del tratamiento dental, tardanzas e indecisiones, que pueden producir en el niño un tipo de conducta no deseada.

En el presente escrito se revisará la manera de tratar con éxito a los niños y el uso de métodos específicos para los niños cuyas condiciones físicas o emocionales los impsibilitan para someterse a un tratamiento dental rutinario. - Estos métodos pueden ser clasificados como psicológicos.

El odontopediatra debe de agotar todas las medidas a su alcance para lograr la aceptación del tratamiento dental, de no hacerlo, está brindando una odontología fragmentada, esto se basa en sus conocimientos, sentido común y experiencia.

Finalmente señalaré que los niños reaccionan como individuos, no hay reglas fijas que permitan controlar la conducta de un niño, ante una situación determinada.

CAPITULO I

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

1.- DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD:

Toda personalidad es influida tanto, genéticamente como ambientalmente; si bien la herencia predispone, no condiciona de una manera obligatoria, la conducta de los individuos.

A partir del nacimiento, el individuo necesita una relación muy estrecha con los adultos protectores y responsables, a fin de poder llegar a alcanzar la madurez de la responsabilidad. Los sentimientos y actitudes que muestran en relación al nacimiento del niño, son factores que influirán en su ambiente.

Se considera a la madre como una fuerza ambiental predominante; sin embargo, conforme el niño va creciendo, produce un cambio en su comportamiento que afecta en su interior y que pudo haber sido observado al poner de manifiesto su individualidad a temprana edad, tendiendo a conservar durante la niñez, las características de la personalidad que mostraba cuando era infante, o bien los rasgos de ésta, pueden atribuirse a la herencia, o a los factores del medio ambiente en el que se desenvuelven.

Actualmente los factores sociales y emocionales están recibiendo mucha atención, como importantes modificadores del crecimiento; así como la posición del niño en la familia, la calidad de la interacción entre el hijo y el padre durante los primeros meses de vida, los patrones de educación del niño, las preocupaciones y las necesidades de los padres, tienen una gran importancia, en el grado de autorrelación conse-

guido por el niño, en vías de crecimiento.

El desarrollo emocional depende de la capacidad del niño, en establecer unos lazos afectivos con las personas, tales como dentistas, médicos, educadores, padres, etc., que para él tienen el mayor significado, la capacidad para el cariño, el afecto y la habilidad para dominar los estados de ansiedad, originados por frustraciones y la facilidad para reprimir los impulsos agresivos, son aspectos de la vida emocional, con lo que cada niño tiene que aprender a enfrentarse.

La enseñanza, constituye un aspecto esencial de la formación cultural del niño, el sentido del humor y los valores morales, éstos pueden ser considerados como ejemplos en los rasgos que con mayor frecuencia aprendidos y dominados, mas bien que adquiridos por el niño en crecimiento y que varían en alto grado, de acuerdo con los factores genéticos sociales, emocionales, socioeconómicos y culturales. (10)

1.1.- TEORIAS PSICOANALITICAS DEL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

La estructura de la personalidad consta de tres partes: el id (ello) que existe desde el momento del nacimiento; éste es el reservorio congénito de los instintos no organizados. El principal inconsciente, tiende a la inmediata satisfacción de los impulsos.

El ego unifica nuestros actos, nuestras memorias y -- nuestros proyectos, es además 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.

Entre el Id y el Ego, se encuentran los límites de lo consciente y lo inconsciente. La división entre ambas, no está clara en el niño, pero a medida que éste crece, el Ego se desarrolla más separándose del Id.

La tercera parte de la personalidad es el superego, -- que actúa como censor de la aceptabilidad de pensamientos, -- y conducta.

La estructura del superego, no principia sino hasta la edad de 3 y 4 años, haciéndose cada vez más importante sobre acciones, pensamientos y sentimientos. (10)

1.2.- FASES DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL.

Se afirma que los niños pasan por cinco fases de desarrollo psicosexual, pero se insiste que cada fase penetra en la siguiente sin una separación clara.

1.- La Fase Oral.- Corresponde al primer año de vida, y se denomina así porque la boca es la zona erógena primaria (zona de placer).

2.- La Fase Anal.- Persiste durante los próximos dos o tres años. El niño se dedica ahora a andar. Sus intereses se amplían, su placer ya no está asociado tan íntimamente a la estimulación oral, y la zona erógena primaria cambia a la región anal.

3.- Fase Genital o Fálica.- Este período, que cubre aproximadamente entre los 4 y 6 años. El niño empieza a atribuir mayor importancia a la diferencia anatómica entre los sexos.

Durante esta fase se presenta el complejo de Edipo -- que es la sensación de posesión del niño hacia el padre del sexo opuesto, y la rivalidad hacia el padre del mismo sexo.

4.- Fase de Latencia.- (Preadolescencia) aproximadamente entre los 7 a 9 años. En estos años es motivo de problemas la resolución del complejo de Edipo. Anna Freud describe este período como una tregua entre el Id y el Ego que marca el final de la niñez y el inicio de la adolescencia.

5.- Fase de la Adolescencia.- El adolescente se enfrenta - con vigorosos impulsos sexuales y agresivos. Algunos adolescentes permanecen demasiado dependientes y muy ligados a sus padres; otros se emancipan en exceso. La excesiva inquietud, la desorganización del escaso autodomnio son las causas del miedo.

1.3.- PATRONES DE CONDUCTA NORMALES A DIFERENTES NIVELES DE EDADES.

Cabe aclarar que cada niño tiene un modelo individual de desarrollo que es único y exclusivo.

Por ello los rasgos indicados no deben tomarse al pie de la letra ni como modelos que todos los niños seguirán, simplemente lustran las tendencias de comportamiento en cada edad.

0-1 mes.- Manifiesta unas pocas actividades inconexas, del tipo de los reflejos: succión, movimiento de la lengua, deglución, llanto, actividad corporal general.

1-4 meses.- Es el período en que realmente comienza a existir los primeros hábitos simples, las más elementales adquisiciones sensorio-motoras: la succión, la visión, la audición, la vocalización, la prensión y las diversas coordinaciones recíprocas entre estos.

4-8 meses.- Tras haber probado y solidificado por medio de la repetición la reacción circular secundaria de digamos, agitar un sonajero para oír el ruido que así se produce, el niño puede hacer movimientos semejantes con la intención de prolongar cualquier sonido interesante que ha oído.

En esta etapa se constituyen los primeros pasos definidos a la intencionalidad u orientación hacia metas que, a partir de esta etapa, se convertirá en una propiedad cada vez más características de las adaptaciones sensorio-motoras.

8-12 meses.- Hacia fines del primer año el infante --

muestra una serie de nuevas conquistas intelectuales. Hay -- una diferencia sutil pero importante en sus reacciones ante -- objetos nuevos y completamente desconocidos.

12-18 meses.- La principal conquista de esta etapa es la repetición de este desarrollo doble en un nivel superior.- Surge de una forma más avanzada y efectiva de explorar las -- propiedades de los nuevos objetos.

18 meses a 2 años.- El niño ahora es capaz de repre-- sentarse hechos que no están presentes en su campo perceptual (imágenes simbólicas).

Consiste en combinar interiormente en una nueva tota-- lidad, a través del ya familiar proceso de asimilación recí-- proca, las representaciones de los diversos esquemas que par-- ticipan en el acto que ha de ejecutarse.

2 años.- Equilibrio emocional mejorado, el vocabula-- rio del niño es limitado por lo que la comunicación será diff cil, prefiere los juegos solitarios.

3 años.- Mucha risa al jugar, humor relacionado, tan-- to con la actividad general, como con el juego verbal, amisto so y con deseos de agradar.

4 años.- Algo discutidor, pero esto lo usa con fre--- cuencia como juego y en su deseo de experimentar el uso de pa labras nuevas, egoista, impaciente, le gusta parlotear muy -- exageradamente.

Cuando se junta con otros niños puede ser ligeramente obsceno, agresivo tanto física como mentalmente.

5 años.- Ama a su hogar y a las personas y a objetos-
asociados al mismo.

Ya no hay temor de separarse de la madre y por lo tan-
to desea adquirir responsabilidades, se siente orgulloso de -
lo que posee, por ejemplo: sus juguetes, ropa y animales.

6 años.- Este período es de cambio físico y psicológi-
co, el niño está inquieto y le es difícil tomar decisiones, -
los accesos de cólera alcanzan su máximo a esta edad y pueden
ser difíciles de controlar. Ha adquirido un vocabulario de -
2500 palabras, conoce la diferencia que hay de la derecha a -
la izquierda (lateralidad).

7 años.- En todos los aspectos es menor niño problema
que como lo era en un año antes, se convierte en miembro coo-
perativo del grupo familiar, reclama limpieza y compostura en
el vestir.

8 años.- Le disgusta estar solo y desea que sus compa-
ñeros se interesen en sus actividades, se comporta mejor fue-
ra de casa, sus lecturas favoritas pueden ser las historietas,
le gusta la escuela, es una edad de ampliación de experien-
cias y de exploración intelectual.

9 años.- Es una edad intermedia entre la infancia y -
la adolescencia, tiene control sobre sí mismo, y por tanto --
busca nuevas formas de dependencia. Esencialmente dice la --
verdad y es honrado.

10 años.- Es el inicio de las diferencias en la acti-
tud hacia el sexo.

La niña es más madura que el niño a esta edad. Entonces ambos comienzan a pensar acerca de los problemas sociales y están muy dispuestos a discutirlos. Aquí se lleva a cabo la formación de un carácter bueno o malo.

ADOLESCENCIA.- El adolescente tiene como primera misión el adaptarse a su propio grupo de edad y alcanzar un grado de independencia de sus padres. Fácilmente se hiere al -- adolescente cuando se le critica, siente que ya creció, pero le falta la experiencia del adulto. Puede desarrollar ideas bastante románticas sobre las personas u obsesiones, hasta -- cierto punto, con ciertos ideales. (15).

1.4.- ASENTAMIENTO DE LA ANSIEDAD INFANTIL A TRAVES DEL TRATAMIENTO DENTAL POR MEDIO DE DIBUJOS.

(Artículo publicado en una revista).

El manejo de la ansiedad es importante durante el tratamiento dental en los niños.

Es un método simple y conveniente de medir, basado en el color de los dibujos antes de que el tratamiento comience, 192 dibujos fueron hechos por 55 niños entre 6 y 7 años de edad de los cuales 45 asistieron al curso completo, su comportamiento clínico fué registrado y grabado, una combinación de los análisis de los dibujos y el comportamiento clínico mostró un aumento en la ansiedad y después de la primera sesión del tratamiento y una considerable declinación después del segundo.

Después de haber completado el tratamiento, el comportamiento de los niños se hizo más homogéneo en la primera visita, sin embargo todavía hubo manifestaciones de ansiedad que se mostró en los dibujos, el análisis de la ansiedad dental en una escala provee una prueba sensitiva y muy simple para el odontopediatra.

B I B L I O G R A F I A .

- 10.- DRA. MA. DEL PILAR FRAGOSO PICON. Adm. XXXVI/4 Jul.
Agos. 1979.
pp. 376 - 382.
- 4.- DAVID B. LAW. Un Atlas de Odontope-
diatría.
Editorial Mundi SAIC.
y F.
Buenos Aires-Argenti-
na.
pp. 319 - 323.
- 15.- RALPH E. MC DONALD. Odontología para el -
Niño y el Adolescente.
Buenos Aires-Argenti-
na.
Enero 1971.
pp. 161 - 170.
- 19.- DR. SIDNEY B. FINN. Odontología Pediátri-
ca.
Editorial Interameri-
cana.
México 1976.
pp. 14 - 39.

CAPITULO II

LAS PRIMERAS VISITAS.

II.- LAS PRIMERAS VISITAS.

Las primeras visitas al odontólogo, deben ser estructuradas en forma tal que el niño llegue a tener una experiencia interesante y agradable. No se debe intentar el tratamiento definitivo en la primera cita. Se debe utilizar el tiempo en llegar a convencer al niño y efectuar el procedimiento acostumbrado como es: la historia clínica, profilaxis, investigación radiografica, plan de tratamiento, pronóstico.

La primera cita no debe ser delegada al personal auxiliar, es el odontólogo quién debe atenderlo para conocerlo y brindarle la confianza necesaria.

El odontopediatra no debe perder su control, ni agotar su paciencia y capacidad de comprensión, hacia la situación en que se encuentra el paciente. Debe así mismo, detectar en forma breve y precisa los factores de angustia, para eliminarlos enseguida.

El odontólogo puede preferir que los padres eviten toda forma de preparación previa del niño para la primera visita, en la convicción de que él puede relacionar al niño con la odontología y el consultorio dental de una manera más satisfactoria, otro método sería enviar una carta a los padres, en la que les explica la política del consultorio y se indica que es lo que se ha de realizar en la primera visita.

Esto fué apoyado por Wright y Alpern (1971) quienes hallaron que una carta previa a la cita era eficaz para disminuir la ansiedad de la madre y útil para preparar al niño para sus primeras visitas odontológicas. (16)

2.1.- FACTORES DETERMINANTES DE LA ACTITUD DEL NIÑO ANTE EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.

2.1.1.- Factores Favorables:

- a).- Medios educativos sobre la salud.
- b).- Influencias positivas de los padres y -- otras personas.
- c).- Experiencias agradables en el consultorio, sin dolores ni molestias.

2.1.2.- Factores Desfavorables:

- a).- Escuchar y observar experiencias desagradables (artículos, programas de radio, - dibujos, televisión negativamente empleados).
- b).- Manifestaciones de abierto rechazo hacia la odontología.
- c).- Experiencias personales desfavorables en el consultorio.

2.2.- ENSEÑANZA DEL TRATAMIENTO DENTAL.

La educación de los niños acerca del tratamiento dental, deben contener las siguientes enseñanzas, que deberán -- ser graduadas de acuerdo con la edad del niño.

1.- La higiene oral es importante para la conservación de sus dientes y la salud en general.

2.- Dientes sanos y bien conservados, forman parte de

la belleza de la cara. (11)

3.- Es necesario visitar al dentista para que examine los dientes y los cure, en caso de que estén enfermos o los conserve sanos si no están lesionados.

El niño debe observar por sí mismo el consultorio dental para que le resulte una visita atractiva y de impresiones agradables; motivará así su interés en sus próximas citas, ya que el aspecto agradable de un lugar causa una impresión bien determinada que puede ser perdurable.

Con lo que respecta al aspecto psicológico de esta primera visita, se hace incapié, en la necesidad para los odontólogos que por primera vez van a conocer a su paciente, que se proceda a realizar el examen médico, que además de brindarnos una seguridad, es un motivo de contacto con el niño.

El niño es visto primero en compañía de sus padres, para dejarlos exponer los motivos de la consulta. Después de éste primer contacto, conviene escuchar por separado a cada uno de ellos, siempre y cuando la separación no provoque reacciones importantes de pánico o de oposición. (8)

2.3.- TECNICAS EMPLEADAS PARA REACONDITIONAR LAS ACTITUDES -- DEL NIÑO HACIA LA ODONTOLOGIA:

1.- Saber si el niño teme excesivamente a la odontología y por qué. Esto se puede describir preguntando a los --padres acerca de sus sentimientos personales hacia la odontología, viendo sus actitudes y observando al niño de cerca. - Cuando ya se conoce la causa del miedo, controlarlo se vuelve un procedimiento mucho más sencillo.

2.- Familiarizar al niño con la sala de tratamiento dental y con todo su equipo sin que le produzca alarma excesiva. Por este medio se gana la confianza del niño y el miedo cambia a curiosidad y cooperación.

El dentista deberá explicar como funciona cada instrumento de manera que el niño se familiarice con los sonidos y acciones de cada uno. Se hace rodar la copa pulidora de caucho sobre sus uñas para que pueda sentir que ésta es inofensiva. Se le muestra la jeringa triple y se le explica su funcionamiento. Se le explica el control que tiene en el pedal del motor para que la fresa gire y ésta puede ser detenida en el momento en que se necesite.

3.- La siguiente meta será ganar completamente su confianza.

Si se eligen con cuidado las palabras e ideas, la conversación, podrá llegar a comprenderse sin perder mucho tiempo. Al establecer esta confianza, el dentista debe transmitir al niño que simpatiza con sus problemas y los conoce. - Cuando se está estableciendo la relación, la conversación deberá alejarse de problemas emocionales y dirigirse a objetos familiares al niño.

El odontólogo debe estar contento de ver al paciente niño y debe expresar su sentir en voz suave. Resulta positivo decirle frases tales como "Que bonito traje o vestido", "Que agradable volver a verte". La inflexión de voz puede ser también un factor para ganar en el trato y la cooperación. Mucho más se consigue por observaciones de cortesía tales como "Gracias por abrir la boca" y el uso de la palabra "por favor". Todas las veces lisonjear es efectivo con el niño en edad preescolar y ayuda a conseguir confianza para el odontólogo. En este nivel de edad, es aconsejable -- usar alguna distracción verbal, sobre temas apropiados al -- interés del niño. Esto puede incluir su ropa, juguetes, comida favorita o la referencia de su cumpleaños o aconteci-- mientos similares.

El dentista que ve niños pequeños necesita establecer contacto amistoso, dado que el tratamiento ciertamente se vuelve contacto físico. Esto se puede lograr por medios tales como tomar la mano del niño cuando entra en la sala -- operatoria, ayudándolo a sentarse en el sillón y dándole una caricia gentil cuando se ha terminado la consulta. El odontólogo debe mantenerse a la distancia y evitar avances físicos precipitados. (4)

B I B L I O G R A F I A

- 14.- P.J. HOLLOWAY AND
J. N. SWALLOW. Child Dental Health
Editorial Mundi S.A.I.C. y
F.
1a. Edición 1979 Argetnina.
pp. 25 - 33.
- 9.- KOENIGSBERG SAMUEL AND
JOHNSON RONALD. Child Behavior During Three
Dental Visits.
May-June 1975.
- 2.- BERANIE JAMES AND
RIPA LOUIS W. The use of Behavior Modifi-
cation Techniques to
Success-fully Manage The
Child Dental Patient.
J.A.D.A. Vol. 94:329-334.
February 1977.
- 17.- SAETELL RODNEY,
SUSAN JOHN F. AND
SIMEONSSON RUNE. Upon Child Behavior During
the First Dental Visit.
J. Dent Child, Vol. 41:37-
45.
Sept - oct. 1974.
- 24.- WRIGHT GERARD. Variables Influencing
Children's.
Cooperative Behavior at the
First Dental Visit.
J. Dent Child, Vol. 38:124-
128,
March-April 1971.

C A P I T U L O I I I

E L N I Ñ O N O C O O P E R A T I V O

III.- EL NIÑO NO COOPERATIVO.

Para poder realizar un procedimiento operatorio aceptable es esencial la cooperación del paciente.

En odontología, desde un punto de vista práctico, hay dos grandes clasificaciones que se pueden aplicar a la conducta del niño: cooperadores y no cooperadores, en este escrito mencionaré los factores que influyen en la falta de cooperación del niño en el consultorio dental.

El comportamiento poco cooperativo de un niño en el consultorio odontológico está generalmente motivado por deseos de evitar lo desagradable y doloroso, y lo que él puede interpretar como una amenaza para su bienestar. Puesto que los niños actúan por impulsos, sin que esto tenga relación con la razón o con saber que existen pocas razones para asustarse.

El miedo proviene de un nivel cerebral inferior que la razón, se comprende que se manifiesta con base más emocional que intelectual.

Sin embargo, el comportamiento de un niño puede, algunas veces ser modificado.

Si se hace que no le resulten sus ataques emocionales, cambiará su comportamiento. Cuando el niño aprenda que en el consultorio no va a lograr nada con mala conducta, perderá motivación para seguir comportándose así. No se deben hacer tratos con un niño de corta edad acerca de su comportamiento. En estas situaciones, es mejor ser autoridad benévola que dar

le al niño a elegir sobre la acción.

Si se maneja al niño adecuadamente, es muy raro que no se pueda obtener cooperación.

Mucho depende de como impresiona el odontólogo al niño y como va a ganar su confianza.

Si se está tratando con un niño asustado y temeroso - deberá primero eliminarse el miedo y sustituirlo por sensaciones agradables y afecto al dentista. (14)

3.1.- REDUCCION DEL COMPORTAMIENTO NO COOPERATIVO DURANTE EL TRATAMIENTO DENTAL A TRAVES DEL MODELAJE Y REFORZAMIENTOS.

(artículo publicado en una revista)

El comportamiento no cooperativo en los niños de grados escolares durante el tratamiento dental fué examinado en la siguiente encuesta.

40 niños se inscribieron en el programa dental del -- gobierno y fueron observados durante las condiciones del tratamiento las cuales involucraban la forma adecuada de comportamiento requerido por el practicante dental.

La descripción de los procedimientos objetivos y la experiencia subjetiva del niño podía esperarse, ya que estos iban a desarrollar un comportamiento adecuado de acuerdo al tipo de tonalidad en sus dibujos cuando venfan a la clínica.

Ocho de estos niños cuyo comportamiento aún era demasiado distyuntivo para la eficacia del tratamiento dental introdujo formalmente en una intervención en proceso de introducción tangible y cuyas consecuencias dieron por resultados un comportamiento mejor basado en la observación de sus compañeros durante su actual tratamiento dental.

El control de las condiciones se hizo efectiva y disminuir el comportamiento no cooperativo hacia niveles aceptables. (20)

3.2.- FUENTES DE CONDUCTAS NO COOPERATIVAS.

Se mencionarán aquellos en que la familia se encuentra involucrada.

- 1.- Conducta adquirida.
- 2.- Emplear la visita del dentista como un castigo para el niño.
- 3.- Ansiedad del niño, tanto interna como externa.
- 4.- Discusiones de experiencias odontológicas desagradables frente al niño.

Cuando el niño se siente incapaz de sobrellevar y --- afrontar los problemas que se presentan en su medio ambiente, tales como actitudes negativas de los padres, vida familiar - insatisfactoria, se producen cambios durante el desarrollo - de su salud emocional y su conducta.

Se ha demostrado que el medio ambiente en el cual se desarrolla el niño va a tener repercusión sobre su comportamiento.

Por el contrario, si el niño vive en un ambiente en - donde hay buena alimentación, alojamiento confortable, cari-- ño, atención y protección de los padres, son factores que van a contribuir en su formación de carácter y convivencia con -- otras personas.

De las investigaciones realizadas sobre el conocimiento de la conducta infantil y el modo de aplicar eficientemente la psicología a su tratamiento odontológico, se debe tener muy en cuenta la honestidad con el paciente, además se requie

re también adquirir algún conocimiento del tipo de niño a tratar y de los tipos de problemas que pudiera tener. A veces, es posible establecer esto con observarlo en la sala de espera cuando está sentado con la madre, el padre o ambos.

En esa observación inicial se aprecia así mismo la --aprensión. No es difícil distinguir al niño que tuvo una experiencia desagradable en otro consultorio odontológico. También podría tratarse de una generalización por una experiencia negativa en el consultorio de un médico. La cantidad de respuestas en los niños parece interminable, a continuación se mencionan los diferentes tipos de niños con que nos podemos encontrar: (10)

3.3.- TIPOS DE NIÑOS.

a).- EL NIÑO TIMIDO.

La falta de oportunidad para alternar con personas -- fuera del ambiente hogareño, poco afecto de los padres, ser -- hijo único, los sermones exageradamente críticos y la excesiva autoridad de los padres resulta en una conducta tímida y -- retraída.

Puede tratarse también de un niño psicológica y emocionalmente inmaduro y, por lo tanto, dependiente.

b).- EL NIÑO ASUSTADIZO O VERGONZOSO.

Es facil describir al niño asustado, pues trata de -- esconder su cara detrás de la madre, o mirará al suelo, o a -- otra parte, cuando se le dirige la palabra. Responde a pocas preguntas o comentarios, si es que responde, y no coopera -- mientras esté rodeado de caparazón.

Esta reacción es común en el niño pre-escolar, especialmente en quién no ha concurrido al jardín de niños. Los niños de las zonas rurales o semi-rurales, son afectados más -- a menudo, que los de la zona urbana, quienes han tenido, por lo general, más experiencias con otras personas.

En estos casos, puede frecuentemente llegarse al niño a través de la madre.

Lo antes posible, debe aprenderse el nombre de pila -- del niño y después algo sobre sus preferencias. Cada niño -- tiene su cosa favorita, juego o proyecto que le gusta y res--

ponderá favorablemente, si el odontólogo demuestra sincero interés en ello.

c).- EL NIÑO INCORREGIBLE O CONSENTIDO.

Este niño puede lloriquear, golpear, patear, tirarse al suelo para desplegar arranques de mal humor, o hacer una docena de cosas cualesquiera, intentando por esos medios persuadir al padre para que lo lleve a casa, o al menos lo saque del consultorio. La madre o el padre comienzan generalmente en este momento a hacerle varias promesas, pero al chiquillo no le interesan, porque está familiarizado con el hecho de -- que casi todas las cosas son suyas con solo pedir las.

La entrevista inicial con el padre y el niño, permitirá al odontólogo determinar el procedimiento a seguir en cada caso.

Al odontólogo no le conviene enojarse, mostrar que está irritado o expresar antipatía por el niño, pues el padre se dará cuenta de tales reacciones y tendrá un buen motivo -- para asumir una actitud protectora hacia su hijo. El chico, puede percibir también cualquier signo de enojo por parte del dentista, y esta reacción conducirá a muchos inconvenientes. -- Además el odontólogo enojado no puede, en realidad operar con eficacia y muy probablemente resultará más en daño que en bien para el procedimiento intentado.

En caso de que, el niño decida poner obstáculos por un tiempo, o desatender cualquier acercamiento o comentario razonable del odontólogo, se conversa entonces con el padre -- para determinar qué procedimiento va a seguirse en el caso -- particular.

Si el padre decide continuar en la forma recomendada por el odontólogo (separación del niño de la madre), el primer objetivo es informar al pequeño paciente, que se hará todo para ayudarlo y que tan pronto como el examen o tratamiento se complete, podrá volver a su madre y a la sala de recepción. El niño en muchas ocasiones, no dejará de llorar y se resistirá a todos los esfuerzos para retenerlo en el sillón. Durante el llanto, no puede oír ni entender los comentarios del odontólogo y el resultado es una completa falta de cooperación.

Si continúa llorando, y se niega a responder a comentarios amables, entonces, como último recurso, se sostiene firmemente sus manos y sus pies. La mano del operador se coloca con firmeza sobre la boca y la nariz durante unos 5 o 10 segundos. Entonces se le dice: "no me gusta hacerte así, pero debo hacerlo hasta que dejes de llorar".

d).- EL NIÑO DESAFIANTE.

Algunos niños demasiado protegidos por sus padres, en particular los varones, desafían al odontólogo, a que intente hacerle cualquier trabajo. Estos niños no lloran y raramente dicen mucho.

Cuando se ha obtenido la confianza y consentimiento del padre para ver al niño a solas, el problema está resuelto, ya que el tratamiento discutido previamente para el niño incorregible o caprichoso, convencerá rápidamente, a este chi quillo, y entonces sabrá quién manda en el consultorio. Estos niños llegan a ser excelentes pacientes y verdaderos amigos en corto tiempo.

c).- EL NIÑO MIEDOSO.

La odontología es uno de los mayores obstáculos en -- las injustificadas historietas y comentarios en diarios, revistas y películas. Esa publicidad que, intenta crear risa, desanima a mucha gente para visitar el consultorio dental.

El miedo puede ser controlado, ganando la confianza - de los niños, a través de un interés positivo en sus preferen-- cias, sus gustos y disgustos, sus amigos, o aún en su reli-- gión.

f).- EL NIÑO ENFERMO.

El niño o la niña enfermos, o cuyo estado físico no - justifica un esfuerzo adicional, deben recibir el tratamiento mínimo necesario, para calmar el dolor y la eliminación de -- cualquier fuente importante de infección, si es aconsejable.

A estos niños se les debe hacer un servicio de emer-- gencia, hasta que estén suficientemente bien, como para poder completarles su tratamiento dental. (15)

B I B L I O G R A F I A.

- 14.- P.J. HOLLOWAY AND
J. N. SWALLOW. Child Dental Health
Editorial Mundi, S.A.I.C. y F.
1a. Edición 1979 pp.33 - 34.
- 23.- WILLIAMS QUINTAN E.
AND (LARCK CHARLES M.) Securing Cooperation from the
Child Dental Patient.
J. Pent Child, Vol. 43: 36-39.
Nov.-Dec. 1976.
- 12.- PILLARD RICHARD C.
AND FISCHER SAYMOUR. Aspets of Anxiety in Dental
Clinic Patient.
J.A.D.A. Vol. 80: 1331-1334,
June 1970.
- 8.- KLEIN A. Psychological Effects of
Dental.
Treatment on Children of
Different Ages.
J. Dent Child Vol. 34: 30-36,
January 1967.
- 3.- CHAMBERS DAVID W. Managig the Anxieties of
Young
Dental Patients.
J. Dent Child Vol. 37:
353 - 370, 1970.

C A P I T U L O I V

L A S R E C O M P E N S A S Y
L O S C A S T I G O S

IV.- LAS RECOMPENSAS Y LOS CASTIGOS.

Entre todos los problemas asociados a la odontopediatría, el manejo es sin duda el más importante, ya que si no existe cooperación adecuada del paciente, los procedimientos dentales se vuelven muy difíciles y a veces imposibles. Existen varios métodos para aumentar la cooperación del paciente y disminuir las molestias, tales como sedantes, analgésicos, hipnosis, tranquilizantes y anestesia general.

En procesos de aprendizaje, el castigo y la recompensa son básicos.

Existen muchos tipos de recompensas para los pacientes que se portan bien. Una, la que más busca el niño, es la aprobación del dentista.

Cuando el niño sea buen paciente, digáselo, esto impondrá una meta a su comportamiento futuro. Hará todo lo posible para conservar el nivel que él mismo estableció.

Los regalos son muy buenas recompensas.

Darle al niño algún regalo cuando se ha portado bien forma parte de su manejo adecuado.

Existen muchas variedades de regalos. Algunos odontólogos dan pequeños objetos o juguetes.

Muchos dan cupones para comprar helados en alguna tienda cercana. Dar a los niños estrellas doradas para que las peguen en una cartulina que está en la sala de recepción,

es muy eficaz. La variedad de recompensas se extiende, de paseos en caballitos a modelos de yeso. Lo que impresiona favorablemente, más que el regalo es que se reconozca su mérito.

Sobornos: Una recompensa después de la visita, puede servir de soborno para que el niño vuelva la próxima vez. Sin embargo, en general se promete o da el soborno para inducir - buen comportamiento después que se terminó la operación, sin- que anteriormente se hubiera prometido.

4.1.- MODIFICACION DE LA CONDUCTA.

Los reforzadores, por definición, siempre aumentan la frecuencia en la conducta deseada. (1)

4.2.- TIPOS DE REFORZADORES.

Existen varios tipos de reforzadores:

1.- Los Reforzadores Positivos.- Pueden considerarse los siguientes: prestándoles atención, palabras de elogio, sonrisas y caricias.

2.- Los Reforzadores Aprendidos.- Son eventos que - el niño aprende fortaleciendo la conducta.

3.- Los Reforzadores Simbólicos.- Son artículos los cuales pueden ser cambiados por un evento deseado, ejemplos:-

estrellas, estampas o un juguete.

El castigo es ocasionalmente necesario y por definición podría ser: una consecuencia la cual disminuirá o eliminará la conducta original.

Roseberg da su punto de vista respecto a los reforzadores y castigos. Dice que nosotros podemos aprender a utilizar los instrumentos de la psicología, particularmente aquellos concernientes a la modificación de la conducta humana.

En este estudio, está de acuerdo con el punto de vista de Berenis y Ripa respecto a la definición de reforzador y castigo, sin embargo él incluye: "que un reforzador no es necesariamente un premio, y un castigo no es necesariamente doloroso".

El reforzamiento inmediato identifica la conducta deseada, debido a la complejidad de la conducta y al nivel de capacidad del niño, no es real el esperar una conducta satisfactoria inmediata; las críticas y el regaño pueden ser reforzantes para llamar la atención del niño.

Ripa.- Explica que algunos clínicos, no están de acuerdo con la técnica de modificación de la conducta y la llaman una forma de soborno, pero él cree que esto es una comparación impropia, porque el soborno se refiere generalmente a pagar lo debido por una conducta indeseable, o moralmente ofensiva; la modificación de la conducta es más correcta su comparación con los conceptos de salarios, bonos, frases y aprobación o premiación de la conducta deseada. (11)

4.3.- CONTROL DE VOZ :

Los dentistas han reconocido que la calidad de la voz, es de gran importancia. Frecuentemente un cambio repentino en el tono o volumen, firmeza y suavidad de la voz, puede ser usada ganando atención del niño que no está cooperando.

"Está bien ya basta", esto no es necesario que sea dicho, pero con el cambio de voz se gana la atención del niño, que es lo más importante; hay una sorpresa en el cambio de voz que siempre invariablemente trabaja.

Esta misma técnica es usada en el salón de clases cuando los maestros no están obteniendo la atención deseada en la clase, ganar la atención del niño es objetivo primordial del control de voz y desde luego es objetivo de casi todas las técnicas de control usadas en el consultorio.

Sin la atención del niño no tendremos comunicación; generalmente esto no es comunicación, porque el contexto y componentes de expresión en mensaje, si hay algo imprevisto, las órdenes firmes y en voz alta son usadas y así el niño nos pondrá atención, o detenerlo en lo que está haciendo.

Esto también sostiene la información de que el control de voz es más efectivo cuando se usa en conjunción con la comunicación. Una orden imprevista "deja de llorar y pon atención", puede ser una medida preliminar necesaria, preparando el cambio para la futura comunicación.

Concluyendo: El dentista debe adaptar su voz y control del lenguaje, proyectando una imagen de confianza, paciencia y conocimiento.

4.4- MANO SOBRE BOCA Y MANO SOBRE BOCA Y NARIZ:

Varias técnicas han sido usadas en el manejo del niño no cooperador, una de las más controverciales es la técnica - "mano sobre boca".

Los niños deben conocer las reglas del consultorio dental como por ejemplo: "nadie llora en este consultorio", - no está permitido. "No muevas la cabeza mientras estoy trabajando y levanta tu mano, si algo te molesta". Aunque las reglas son simples, son efectivas para mantener la conducta cooperativa, la cual permite procedimientos mentales exitosos.

Hay acuerdos generales de que la técnica es una forma del manejo de conducta para el niño, quien presenta conducta sin control, esta forma de conducta crea una situación en donde la comunicación dentista-niño es imposible; sin embargo, - si un niño se azota cerca del sillón dental, al grado de hacerse daño así mismo, puede requerir premedicación o anestesia general.

El mayor propósito de la técnica, es ganar el control del niño, logrando que oiga lo que estamos diciendo, ya que esto permite al dentista enseñarlo a responder apropiadamente.

La técnica "mano sobre boca", puede ser utilizada en niños normales, saludables y mayores de 3 años, y con la suposición de que uno puede razonar y entenderse con estos niños; los tipos de conducta indican en esta técnica, que fueron calificados con las siguientes palabras: histeria, berrinche y desafío.

Esta técnica está contraindicada en niños con retraso mental, y pacientes muy pequeños, ya que no entenderían el propósito de la técnica, sin embargo; su uso, no es recomendable cuando se ha aplicado o dado algún sedante al paciente.

Varios autores dan su opinión acerca de la técnica, siendo MacGregor, el primero en opinar que, no está de acuerdo con el uso de la técnica y la describe como anticientífica. Davis King, sugiere que es un tratamiento muy drástico, y que podría ocasionar un trauma psicológico, cuyos resultados podrían ser terrores nocturnos y un resentimiento profundo en el niño.

Sweet, considera que la técnica no es necesaria, ya contamos con los modernos métodos de premedicación. Laurettain, dice que estas opiniones son preconcebidas y que es preferible observar la habilidad y pericia del dentista para su uso. Finn, establece que es una medida extrema, y sólo debe usarse como último recurso, sin embargo, él siente que no produce ni ocasiona ningún trauma, ni tampoco afecta al niño para actividades en citas posteriores. Wilson señala que la nariz del niño puede estar tapada hasta que realmente necesitare, y esto lo sabe por el color del niño, él está de acuerdo en que ésta técnica es un poco extremosa, pero solamente se considera justificable en casos muy extremos. Chambers,

dijo que la premedicación puede ser más dañina, ya que en lugar de resolver el problema de ansiedad, solo lo pospone y -- evita que el niño se enfrente conscientemente con la odontología. Levitas, ha sugerido que las dificultades ocasionales a menudo pueden producir problemas de conducta, y cuando predicción es hecha, la técnica "mano sobre boca", puede ser discutida anticipadamente con los padres; antes del tratamiento, -- los padres llenan y firman una hoja de información, la que -- concluye como sigue: yo (nombre del padre) doy mi consentimiento para poder otorgar los servicios dentales necesarios a mi hijo, y acepto los métodos que sean convenientes o necesarios para su complementación.

Se ha establecido que, antes de aplicar la técnica -- "mano sobre boca", todos los medios para poder establecer comunicación con el paciente-niño, ya han sido agotados, y se -- considera esto un fracaso, y la conducta del niño continúa -- siendo un problema sin control, la técnica puede ser aplicada.

El control del paciente-niño, por medio de esta técnica tiene dos puntos importantes:

Control de la conducta del niño.

El completo dominio del dentista y de sus propias emociones.

Todo esto puede ser muy difícil, debido a las patadas y los gritos del niño, sin embargo, el dentista debe controlar su respuesta y no manifestar su contrariedad hacia el niño. Su acercamiento debe ser tan frío, como sea posible, y --

el fracaso al controlar sus emociones, puede resultar un manejo impropio de la conducta que propiciarían el aniquilamiento de los propósitos del dentista.

Una descripción excelente de la técnica "mano sobre boca", fué descrita recientemente por Levitas, cuyos detalles se describen a continuación:

Llevo mi mano sobre la boca del paciente cubriendo la nariz, y con su cara muy cerca de la mía, le digo directamente al oído, "si tu quieres que yo retire mi mano, tú deberás dejar de llorar y escuchame, yo solo quiero hablar contigo y mirar tus dientes". Después de algunos segundos, se vuelve a repetir lo mismo y se añade esto ¿estás listo para que quite mi mano?. Si el niño asienta con la cabeza, y con una palabra final de advertencia, se retira la mano. Si al quitar la mano, el niño continúa llorando, gritando y diciendo quiero a mi mami, entonces se vuelve a tapar la boca y la nariz; se vuelven a repetir las mismas palabras, de que deje de llorar y se añade "tu quieres a tu mami", si asienta con la cabeza, se le dice "está bien, pero tú deberás estarte quieto y yo traeré a mami, tan pronto como yo termine", ¿de acuerdo?.

Si lo acepta el niño, se quita la mano muy lentamente. La asistente, desde un principio sostiene la mano y los pies del niño, para que el dentista no sea injuriado físicamente. Mientras el niño se repone así mismo, se le comienza a hablar de su vestido, sus pecas, sus animales, o alguna otra cosa de su interés, sin hacer mención a su conducta reciente deseada. Muchas veces se requiere repetir la técnica, pero lo más importante dado el caso, es el control de la voz y su modulación.

Con esta técnica, el niño gana confianza así mismo, - abriendo la boca, mostrando sus dientes y permitiendo la toma de radiografías, a fin de poder llevar a cabo la profilaxis y dejar que se realice sin contratiempos, el tratamiento dental completo.

Otras variaciones incluyen: colocar una toalla entre la cara del niño y la mano del dentista, por lo que se modifica el término y se llama "técnica de la toalla". También puede cubrir la boca firmemente y restringir la entrada del aire.

Cada variación, excepto la última, puede ser usada -- por períodos variados de tiempo.

En conclusión, podemos deducir lo siguiente:

Hay definitivamente un lugar para la premedicación -- odontológica infantil, pero no es lo indicado para manejar la histeria, el berrinche o el desaffo.

La analgesia con oxido-nitroso tiene un lugar en la - odontología infantil, pero requiere de cierto grado de cooperación del paciente y no es alternativa de la "técnica mano - sobre boca".

Cuando el consentimiento ha sido obtenido para tratar al niño, la objeción de los padres a la técnica, no será motivo de preocupación, ya que ésta fué encontrada necesaria, especialmente si ha habido un buen reporte con el niño.

La técnica podría producir cierto miedo en el niño, -

pero el papel del dentista en estos casos, más que nunca será, el de educar a sus pequeños pacientes y ayudarlos en el manejo de la ansiedad. (2)

B I B L I O G R A F I A

- 1.- BAILEY, P. M. and TALBOT, A. A comparison of Material Anxiety Levels with Anxiety Levels Manifested in the Child Dent - Patient. J. Dent Child Vol. 40: 25-32. 1973.
- 8.- KLEIN A. Psychological Effects of Dental Treatment on Children of Different Ages. J. Dent Child Vol. 34: 30-36, January 1967.
- 22.- WHITA WILLIAMS C. Use of Imitation in the Treatment of Dental Phobia in Early Childhood.
- 11.- DR. PABLO FUENTES SERVIN Factores Psicológicos que influyen en la Odontología Infantil. p. 33 Pedodontics. Vol. 84-January-June-1972.
- 2.- BERENIE JAMES AND RIPA LOUIS W. The use of Behavior Modification Techniques to Successfully Manage the Dental Patient.
- 6.- GARDON D. A. The use of Modelling and Desensitization in the Treatment of Phobic Child Patient. J. Dent Child Vol. 41:102-105, March-April 1974.

23.- WILLIAMS QUINTAN E. and
CLARCK CHARLES PATIENT

Securing Cooperation from the
Child Dental Patient.
J. Dent Child, Vol. 43: 36-39,
Nov.-Dec. 1976.

23.- WILLIAMS QUINTAN E. and
CLARCK CHARLES PATIENT

Securing Cooperation from the
Child Dental Patient.
J. Dent Child, Vol. 43: 36-39,
Nov.-Dec. 1976.

C A P I T U L O V

E L P A P E L D E L P A D R E

V.- EL PAPEL DEL PADRE.

Es fundamental que la madre, el padre, o alguna persona responsable acompañe al niño al consultorio dental, al menos para la visita inicial. Ellos como padres, tienen la obligación de conocer y comprender el estado dentario y los problemas que presenta su hijo o su hija, y asumir todas y cada una de las responsabilidades paternas relativas al tratamiento a seguir.

Generalmente, se invita al padre en la primera visita al consultorio, para que pase a la sala de operaciones para comprender y entender el papel tan importante que tienen los padres, en la adquisición de hábitos de higiene de su hijo o hija y de conocimiento de control dietético, para prevenir enfermedades dentales.

Los padres deberán ser informados que la atención dental periódica, es mucho menos costosa, que cualquier otro servicio irregular intermitente. Varias otras ventajas surgen del cuidado regular precoz; menos destrucción del diente y escasas extracciones e infecciones, todo lo cual reduce el tiempo requerido en el sillón dental, así como el dolor que acompañan a las caries o daños avanzados.

5.1.- COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES EN EL CONSULTORIO DENTAL.

Cuando el niño es llevado a la sala en donde se va a efectuar el tratamiento, los padres no deberían hacer ningún

gesto, como para seguirlo o para llevar ellos al niño, a menos que el odontólogo les invite a hacerlo. Algunos niños en edad escolar, se portan mejor en ausencia de sus padres, que con la presencia de éstos, especialmente, si el trato de ellos ha sido defectuoso. Sin embargo, hay casos en que la sola presencia de los padres, infunden confianza en el niño, especialmente, si tienen menos de 4 años de edad. Si, se invita al padre de un niño mayor a que pase a la sala en donde se va a efectuar el tratamiento, éste deberá desempeñar el papel de un huésped pasivo, y permanecer de pie, o sentarse al lado de la unidad dental. No deberá hablar al dentista o al niño, a menos que aquel se lo pida, ni deberá tomar al niño de la mano, ni mirarle con simpatía y expresión asustada. No hay cosa que trastorne más el éxito del manejo de un niño, -- que una situación en la madre o el padre esté comunicando información falsa al niño, o le esté transmitiendo su simpatía.

(19)

5.2.- INSTRUCCIONES A LOS PADRES.

Si, se informa a los padres de ciertas reglas sencillas a seguir antes de traer al niño al dentista por vez primera, será de gran ayuda para ellos y para su hijo. La guía a los padres, sobre el tratamiento dental a llevar, deberá empezarse de preferencia antes de que el niño tenga la edad suficiente para ser impresionado por influencias externas.

1.- Pida a los padres que no exterioricen sus temores personales, enfrente del niño. La causa primaria del miedo en los niños, es oír a sus padres quejarse de sus experiencias perso

nales que tuvieron con el dentista. Además, de no mencionar sus propias experiencias desagradables, pueden evitar el miedo, explicando de una manera agradable y sin darle mucha importancia, qué es la odontología y lo amable que va a ser el dentista con ellos.

Los padres también deben ocultar sus sentimientos de ansiedad, especialmente en expresiones faciales, cuando llevan a su hijo al odontólogo.

2.- Instruir a los padres, para que nunca utilicen la odontología como una amenaza de castigo. En la mente del niño se asocia, castigo con dolor, y varias cosas desagradables.

3.- Pedir a los padres que familiaricen a su hijo con la odontología, llevándolo a menudo al odontólogo, para que se acostumbre al consultorio dental, y para que empiece a conocerlo y a familiarizarse con él. El odontólogo deberá cooperar plenamente con él, saludando al niño con cordialidad y llevándolo a recorrer el consultorio, explicando y haciendo ciertas demostraciones con el equipo dental. Obsequiando algún pequeño regalo al final del recorrido, esto hará que el niño sienta que acaba de hacer un amigo importante.

4.- Explicar a los padres que si demuestran valor en asuntos relacionados con la odontología, esto ayudará enormemente a infundir valor a sus hijos.

5.- aconsejar a los padres sobre el ambiente familiar que deberá prevalecer en la casa, y la importancia de aportar actitudes moderadas por su parte, para llegar a formar niños bien centrados.

6.- Insistir sobre la importancia que tiene, el obtener servicios dentales regulares, no tan solo para preservar la dentadura, sino para formar buenos pacientes dentales. El momento menos indicado para traer a un niño al consultorio dental, es precisamente cuando sufre algún dolor de dientes.

7.- Pedir a los padres que no sobornen a sus hijos, con el objeto de que vayan al dentista. Este método significa para el niño, que puede llegar a enfrentarse a algún peligro.

8.- Instruir a los padres, para que nunca traten de vencer el miedo de sus hijos hacia el tratamiento dental, por medio de burlas, o ridiculizando los mencionados servicios dentales.

9.- Los padres deberán estar informados de la necesidad que existe de combatir todas las impresiones perjudiciales hacia el niño, sobre lo que va a hacer el odontólogo o no va a hacer. Tampoco deberán prometer los padres al niño que, lo que el odontólogo va a hacer, no les va a causar daño alguno. Las mentiras en esto y en muchos casos más, solo llevan a la decepción y desconfianza para con las personas que los rodean.

11.- Varios días antes de la cita con el odontólogo, deberá instruirse a los padres, para que comuniquen al niño de una manera muy natural y sin mucha diplomacia, de que han sido invitados a visitar al dentista en su consultorio. Los padres nunca deberán imponerse, para forzar las cosas, mostrando al niño exceso de simpatía, miedo o desconfianza.

12.- Los padres deberán siempre encomendar a los niños al cuidado de los dentistas al llegar al consultorio, y no debe-

rán entrar a la sala en donde se va a efectuar el tratamiento dental, a menos que el odontólogo así lo requiera. Cuando és tos estén en la sala de tratamiento deberán permanecer como - simples espectadores invitados. (19)

5.3.- EXTREMOS DE COMPORTAMIENTO EN LOS PADRES.

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

a.- PROTECCION EXCESIVA: Todo niño necesita amor y afecto. Sin embargo, a causa de ciertos factores emociona--- les, relacionados con experiencias o dificultades presentes, el impulso protector de los padres puede volverse excesivo e interferir enormemente en la educación normal del niño. Generalmente un niño que está excesivamente protegido, no puede - utilizar su iniciativa propia, ni tomar decisiones por sí mismo.

Este exceso de protección maternal, puede manifestarse por dominio extremo o indulgencia excesiva.

Los padres con carácter dominante, a menudo presentan niños muy tímidos, delicados, sumisos y temerosos. Esta clase de niños, no son agresivos, y carecen de toda presunción y empuje social. Su aspecto que presentan de humildad y con -- sentimiento de inferioridad, y a su vez atemorizados y con an siedades profundas. Este tipo de niños constituyen unos pa-- cientes ideales, si no, no son excesivos en su actitud pasi-- va, ya que son obedientes, educados y reaccionan bien a la --

disciplina que deba imponerseles en estos casos.

Los padres que son demasiado indulgentes con sus hijos, o que dan demasiados lujos a éstos, por lo general presentan niños que tienen problemas para adaptarse al medio social que les rodea.

Estos niños, son muy mimados, y aunque no incorregibles, son demasiado difíciles de manejar en el consultorio dental.

b.- RECHAZOS: Existen varios grados de rechazos, -- desde la ligera indiferencia, causada por trabajo u otros intereses, hasta el rechazo total a causa de problemas emocionales. El padre que es algo indiferente, hacia cualquier tipo de problema que se presente, tiene generalmente hijos con complejos de inferioridad y éstos a la vez, se sienten olvidados. No están seguros de sí mismos, y del lugar que les corresponde en la sociedad. Desarrollan resentimientos, se vuelven poco cooperadores, y se retraen en sí mismos, sin amar ni interesarse por nada ni por nadie.

En el consultorio odontológico, este tipo de niños -- puede ser muy difícil de manejar. Está claro que, habrá de tratarse cualquier desobediencia manifestada por el niño, no con rechazo, sino esforzándose a ser amigable, entenderlo y comprenderlo. Este niño deberá recibir la atención debida -- cuando se porta bien, y no cuando se porta mal.

Debe enseñarsele a comprender y a entender, que cuando se porta bien, el tratamiento dental es mucho más agradable, que en caso contrario.

c.- ANSIEDAD EXCESIVA: Esta actitud se caracteriza por medio de preocupación excesiva, por parte de los padres como resultado de alguna enfermedad o accidente. Estos niños generalmente son tímidos, huraños y temerosos. Se preocupan cada vez más por su salud, y les falta capacidad para tomar decisiones por sí mismos. Son generalmente buenos pacientes, si se les instruye y ayuda para que lo sean.

d.- DOMINACION: Los padres que demasiado dominantes, exigen de sus hijos responsabilidad excesiva, incompatible con su edad cronológica. No aceptan al niño como es, sino que lo forzan a competir con otros niños mayores o más avanzados. El entrenarlo forzan al niño a dar más de lo que él realmente puede, y por lo general son extremadamente críticos, estrictos e incluso algunas veces lo rechazan por verse defraudados en su orgullo, según ellos. En cambio si se les trata amablemente y con consideración, estos niños por lo general llegan a ser muy buenos pacientes odontológicos. Su reacción es tan parecida a la producida por niños con padres exigentes.

e.- IDENTIDAD: En ciertos casos, los padres tratan de revivir sus propias vidas en los hijos. Al hacerlo quieren dar al niño todas las prerrogativas que a ellos les fueron negadas. Si el niño, no reacciona favorablemente, los padres muestran abiertamente su decepción.

El niño observador, siente y ve esa desaprobación paterna y tiene sentimientos de culpa que se reflejan en timidez e inseguridad y retraimiento. Llora con facilidad y no tiene confianza en sí mismo, trata ya de hacer muy poco por el miedo al fracaso. Este tipo de niños reaccionan en el consultorio dental, de la misma manera que los niños con padres dominantes, y deberán ser manejados analógicamente. (19)

B I B L I O G R A F I A

- 14.- P. J. HOLLOWAY and
J. N. SWALLOW
Child Dental Health
Editorial Mundi S.A.I.C. y F.
Primera Edición 1979 Argentina
pp. 34 - 35.
- 1.- BAILLEY, P. M. and
TALBOT, A.
A Comparisson of Material Anxie
ty With Anxiety Levels Manifes
ted in the CHild Dent Patient.
J. Dent Child Vol. 40: 25-32
1973.
- 7.- JOHNSON RONALD and
MACHEN BERNARD J.
Behavior Modification Techni---
ques and Maternal Anxiety.
J. Dent Child page 20 - 24,
Jul - Aug. 1973.
- 7.- JOHNSON RONALD and
MACHEN BERNARD J.
Behavior Modification Techni---
ques and Maternal Anxiety.
J. Dent Child page 20 - 24,
July - Aug. 1973.
- 3.- CHAMBERS DAVID W.
Behavior Management Techniques
for Pediatrics Dentis: an
Embarrasment of Riches.
- 13.- PINKHAM JIMMY and
FIELD HARRY W.
The Effects of Preappointmant
Procedures on Maternal Manifest
Anxiety.
J. Dent Child, Vol. 43: 44 - 47,
May - June 1976.

CAPITULO VI

LA VISITA DE EMERGENCIA

VI.- LA VISITA DE EMERGENCIA.

Las emergencias son raras en el consultorio dental, - pero de cualquier manera deben ser establecidas para manejar estas experiencias inesperadas cuando ocurren.

Cuando el niño es traído de emergencia al consultorio dental con dientes traumatizados, háy que considerar en primer término la persona y secundariamente los dientes dañados - ya que en ese momento estará ansioso y tenso, y tanto el niño como el padre han tenido un shock emocional. Por lo tanto, - es fundamental considerar el estado físico y emocional del paciente, antes de examinar los tejidos dentarios.

Siempre que sea posible, el niño y el padre deben ser entrevistados fuera del consultorio. El odontólogo debe intentar controlar la situación dando una impresión tranquila - de completa confianza, permitiendo que toda la información -- inicial venga de la familia. Es importante evitar cualquier comentario que pueda alarmar, o comprometerse en una determinada línea de acción. Todo lo que el niño y el padre requieren es reaseguro y ayuda.

No es posible ni deseable en este momento obtener una historia completa porque la condición inmediata es mucho más importante para el padre y el niño. De todas maneras debe -- ser intentado tener la información pertinente necesaria para decidir sobre el manejo del mejor tratamiento inmediato, dejando el resto para una visita posterior.

Hay que anotar nombre, domicilio y edad del paciente - y registrar lo que pasó con las propias palabras del padre o -

el niño, y ponerla en forma más ordenada después. Por eso la historia de la condición actual debe incluir el momento en -- que ocurrió, el relato del accidente y los síntomas de que se queja el paciente.

a).- HISTORIA DEL ACCIDENTE.

Obtener una historia del accidente preguntando las si guientes cuestiones:

- 1.- ¿COMO OCURRIO?: esto ayudará a dar la información de la magnitud del daño.
- 2.- ¿CUANDO OCURRIO?: si la pulpa está expuesta o el - - diente fué expulsado. El tiempo que haya pasado desde el daño es importante y el tratamiento debe ser de acuerdo a ese.
- 3.- ¿DONDE OCURRIO?: si el diente está perdido o roto de de be ser encontrado donde el accidente ocurrió. Es tam bién importante considerarse por los posibles problemas de tétanos.

b).- EXAMEN RADIOGRAFICO

El examen de los dientes traumatizados no pueden ser considerados completo sin radiografía de los dientes afectados, de los adyacentes y de los antagonistas.

El mayor valor de la radiografía es que proporciona una constancia del diente inmediatamente después del trauma-

tismo. (14)

c).- HISTORIA Y EXAMEN CLINICO.

Como las lesiones en los dientes deben tratarse lo antes posible, puede ahorrarse mucho tiempo al tomar la histo--ria preliminar y en el examen clínico si se sigue un procedi--miento sistemático. Se aconseja disponer de hojas impresas - adecuadas a este fin en los consultorios, para cuando ocurran casos urgentes.

6.1. FORMAS PARA LESIONES DENTALES:

Nombre del paciente _____ Fecha del examen _____
Dirección _____ Edad _____
Nombre de los padres _____
Núm. Teléfono _____

a).- HISTORIA DE LA LESION

Día en que se lesionó _____
Hora en que se lesionó _____
Lugar donde se lesionó _____
Cómo ocurrió la lesión? _____

¿Existe historia de la lesión? SI _____ NO _____

En caso afirmativo, descríbalas: _____

b).- SEÑALES

Dientes afectados _____

Tipo de fractura _____

Exposición pulpar _____

Movilidad _____

Desplazamiento _____

Color _____

Pruebas Radiográficas _____

Tratamiento de urgencia _____

Exámen posterior _____

c).- SINTOMAS

¿Se presenta dolor al masticar? Si _____ No _____

¿Se presenta reacción a la percusión? Sí _____ No _____

¿Muestra reacción al calor? Sí _____ No _____

¿Muestra reacción al frío? Sí _____ No _____

Lectura del vitalómetro:

| | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| 7 | 8 | 9 | 10 |
| ----- | ----- | ----- | ----- |
| 26 | 25 | 24 | 23 |
| ----- | ----- | ----- | ----- |

El examen deberá consistir en lo siguiente:

- 1.- Observación Visual.
- 2.- Radiografía.
- 3.- Manipulación.
4. Pruebas de Vitalidad.
- 5.- Deberá utilizarse percusión. (19)

B I B L I O G R A F I A

14.- P. J. HOLLOWAY and
J. N. SWALLOW

Child Dental Health
Editorial Mundi S.A.I.C. y F.
Primera Edición
Argentina.
pp. 125 - 136.

19.- SIDNEY B. FINN

Odontología Pediátrica
Editorial Interamericana
México 1976.
pp. 202 - 205.

ELEMENTOS CON LOS QUE DEBE CONTAR TODO CONSULTORIO DENTAL
PARA MANEJOS DE EMERGENCIAS MEDICAS:

- 1.- TANQUE DE OXIGENO CON MASCARILLA Y MEDIDOR DEL FLUJO.
- 2.- AMPOLLETAS DE ADRENALINA (EPINEFRINA) SOLUCION 1:1000
- 3.- SOLU-MEDROL (SUCCINATO SODICO DE METIL PREDNISOLONA)
40 mg/ml.
- 4.- BENADRIL (HIDROCLORURO DE DIFENHIDRAMINA) 50 mg/ml.
- 5.- VALIUM 10 (DIAZEPAM 10 mg/2 ml.
- 6.- NITROGLICESINA, LINGUETAS DE 0.4 mg.
- 7.- SALES DE AMONIACO.
- 8.- SUERO GLUCOSADO (CON DEXTROSA AL 5%) FRASCO DE 1000 ml.
- 9.- SUERO FISIOLOGICO. FRASCO DE 1000 ml.
- 10.- BICARBONATO DE SODIO AL 7.5% (BICARSOL) 50 ml.
- 11.- ATROPIGEN (CLORHIDRATO AL AMIONOXIDO DE ATROPINA)
AMPOLLETAS DE 1 ml.
- 12.- EQUIPO DESECHABLES PARA VENOCISIS CON AGUJA (VENOSET).
- 13.- JERINGAS DESECHABLES DE 10 ml.
- 14.- JERINGAS DESECHABLES DE 5 ml.
- 15.- JERINGAS DESECHABLES DE 3 ml.
- 16.- JERINGAS DESECHABLES DE 1 ml.
- 17.- LAMPARITA DE PILAS PARA CHECAR REFLEJOS PUPILARES.

R E S U L T A D O S

De acuerdo a las investigaciones bibliográficas decimos que uno de los principales problemas a los que se enfrenta el odontólogo en el consultorio es que su paciente sea un niño.

La principal emoción que un niño experimenta al encontrar una situación nueva es el miedo, cuya intensidad variará mucho en diferentes situaciones y en diferentes niños. Es, - por lo tanto, una reacción muy natural y es necesario reconocerla como tal. Hay dos miedos que el niño tiene cuando enfrenta la situación odontológica. El primero es el miedo a lo desconocido, y el segundo, al dolor.

El miedo a lo desconocido es superado familiarizando al niño con los procedimientos asociados con la odontología, y el miedo al dolor, eliminando todos los estímulos dolorosos.

Un enfoque psicológico adecuado, es de importancia primordial en el manejo de la conducta del paciente odontológico infantil para aliviar las aprehensiones del niño y promover una buena relación entre él y el odontólogo.

Cuando estamos frente a un paciente difícil de manejar, con el cual las técnicas de persuasión, control de voz, mano sobre boca, etc. han resultado ineficaces, una de las alternativas con que cuenta el odontopediatra es la sedación preoperatoria.

Su principal objetivo, es facilitar el tratamiento dental y conseguir que los enfermos potencialmente cooperadores y aquellos carentes de habilidad para cooperar, se tranquilicen o acepten los procedimientos operatorios, o ambas cosas.

La premedicación es utilizada para producir una sedación física antes del tratamiento dental, para que el paciente esté tranquilo, libre de ansiedad y temor. Pero no es lo indicado para manejar la histeria, el berrinche o el desaffo.

El objetivo principal es exponer el uso de una serie de medicamentos utilizados en la odontología infantil para lograr una mayor aceptación o tranquilidad durante el procedimiento operatorio, así como la elevación del nivel de cooperación de los pacientes.

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

1.- Antes de iniciar el tratamiento dental de un paciente, deberá formularse siempre una historia clínica detallada, con el fin de evaluar el estado general de salud del paciente, y de esta forma poder evitar futuras complicaciones de índole médica, durante el tratamiento.

2.- Es una obligación del cirujano dentista, el conocer las principales manifestaciones de las enfermedades más comunes, con el fin de facilitar su reconocimiento en sus pacientes.

3.- Es indispensable que, el cirujano esté bastante familiarizado, con la acción de los medicamentos que administra a sus pacientes, además debe estar bastante capacitado para poder prevenir cualquier inter-acción entre ellos.

4.- El Cirujano Dentista, no deberá utilizar jamás -- ningún agente farmacológico, como premedicación, a menos que conozca a fondo y concienzudamente el modo de acción y tratamiento por aplicar en caso de reacciones secundarias a su utilización.

5.- Generalmente, la mayor parte de las emergencias pueden prevenirse con una adecuada evaluación del paciente, con una historia clínica del paciente muy bien elaborada y -- con una amplia comunicación entre el médico y el paciente, ante la posible sospecha de que pudiera existir algún trastorno de índole médico.

CONDICIONES Y RECOMENDACIONES

De las investigaciones realizadas sobre el conocimiento de la conducta infantil y el modo de aplicar eficientemente la psicología a su tratamiento odontológico, el manejo es sin duda el más importante, ya que si no existe cooperación - adecuada del paciente, los procedimientos dentales se vuelven muy difíciles.

En la entrevista inicial el odontólogo debe asumir el papel de oyente interesado, dispuesto y estimulante, pero nunca saltar a conclusiones o suposiciones. Es de mucha importancia incluir en el historial los siguientes puntos:

Detalles personales.- Se debe registrar el nombre del paciente, edad y domicilio, porque esto lo identifica como -- ser humano.

Condición Actual.- El siguiente factor a registrar es el motivo de la consulta. Hay que atender a las necesidades del paciente para establecer un tratamiento satisfactorio y - una relación grata.

Historia Odontológica.- Hay que anotar las obturaciones o extracciones efectuadas, incluyendo el uso de anestesia local o general, y cualesquiera accidentes que pudieran haber afectado las estructuras bucales o faciales.

Historia Médica.- El objeto de interrogar sobre la -- historia médica del paciente es obtener detalles de cualquier condición general, y las actitudes de los padres hacia la en-

fermedad que puedan efectuar el tipo de tratamiento a realizar.

Historia Social.- Una persona no puede ser tratada -- sin considerar su forma de vida, y esto es particularmente -- cierto de los niños. Un niño es producto de su ambiente y -- parte integral de una familia. La conducta de su vida depende en gran medida de su círculo familiar.

Se ha establecido que antes de aplicar cualquier técnica o método, entre los medios para establecer comunicación con el paciente-niño, ya han sido agotados.

Existen varias técnicas y métodos para aumentar la -- cooperación del paciente y disminuir las molestias:

TECNICAS:

- 1.- Control de Voz.- Un cambio repentino en el tono o volumen, firmeza y suavidad de la voz, puede ser usada ganando la atención del niño que no está cooperando.
- 2.- Mano sobre Boca.- Esta técnica debe utilizarse en niños normales, saludables y mayores de 3 años.
- 3.- Mano sobre Boca y Naríz.- Se lleva la mano sobre la boca del paciente cubriendo la naríz y se le indica que debe dejar de llorar y tener que escuchar.
- 4.- Técnica de la Toalla.- Se coloca una toalla cubriendo la boca firmemente.

METODOS:

- 1.- Sedantes.
- 2.- Analgésicos.
- 3.- Hipnosis.
- 4.- Tranquilizantes.
- 5.- Anestesia General.

Pero no es lo indicado para manejar la histeria, el berrinche o el desaffo.

B I B L I O G R A F I A

G E N E R A L

- 1.- BAILEY, P. M. and
TALBOT, A. A comparison of material Anxiety Levels with anxiety Levels - Manifested in the Child Dental patient.
J. Dent Child Vol. 40, 25-32.
1973.
- 2.- BERENIE JAMES and
RIPA LOUIS W. The Use of Behavior Modification Techniques to Successfully Manage The Child Dental Patient.
J. A. D. Vo. 94, 329-334
February 1977.
- 3.- CHAMBERS DAVID W. Behavior Management Techniques for Pediatrics Dentists: and Embarrassment of Riches.
J. Dent Child Vol. 44: 30-34
January 1977.
- 4.- DAVID B. LAW Un Atlas de Odontología
Editorial Mundi S.A.I.C. y F.
Buenos Aires - Argentina
pp. 161 - 170.
- 5.- DAVID MEADOW and
BURTON EDELSTEIN An evaluation of the management of dental emergencies by the school nurse.
- 6.- GARDON D. A. The use of Modeling and Desensitization in the Treatment of Phobic Child Patient
J. Dent Child Vol. 41: 102-105
March-April 1974.

- 7.- JOHNSON RONALD and
MACHEN BERNARD J.
Behavior Modification Technique
and Maternal Anxiety.
J. Dent Child Page 20-24
July-August - 1973.
- 8.- KLEIN, A.
Psychological Effects of Dental
Treatment on Children of Diffe-
rent Ages.
J. Dent Child Vol. 34: 30-36;
January 1967.
Child Behavior During Three
Dental Visits.
Psicología Aplicada a la Odonto-
pediatría. adm XXXVI/4
Jul.Ago. 1979.
- 9.- KOENIGSBERG SAMUEL and
JOHNSON RONALD
Factores Psicológicos que influ-
yen en la Odontología Infantil.
p. 33
Pedodontics.
Vol. 84 January-June 1972.
Children, Dentistry for Journal
Semi anual Index July-December
Vol. 87 1973.
Revista A.D.M.
julio-agosto 1979.
Vol. XXXVI # 4
pp. 376-392.
- 10.- MARIA DEL PILAR
FRAGOSO PIZON
Aspects of Anxiety in Dental
Clicic Patient
J.A.D.A. Vol. 80: 1331-1334
June - 1970.
- 11.- PABLO FUENTES SERVIN
- 12.- PILLARD RICHARD C.
and. FISHER SEYMOUR

- 13.- PINKHAM JIMMY
and FIELD HARRY W
The Effects of Preappointment
Procedures on Maternal Manifest
Anxiety.
J. Dent Child, Vol. 43: 44-47
May - Jun 1976.
- 14.- P. J. HOLLOWAY and
J. N. SWALLOW
Child Dental Health
Editorial Mundi; S.A.I.C. y F.
Primera edición 1979
Argentina
pp. 33-42 y 125-127.
- 15.- RALPH E. Mc DONALD
Odontología para el niño y el
adolescente.
enero - 1971.
Buenos Aires - Argentina
pp. 161 - 170.
- 16.- Rouleau J. Ladouceur
Dofour L.
Pre-exposure to the first
Dental Treatment.
- 17.- SAWTELL RODNEY,
SUNON JOHN and
SIMEONSSON RUNE.
The Effects of five Preparatory
Methods Upon Child Behavior
During the First Dental Visit.
- 18.- SHESKIN RB; KLEIN H.
LOWENTAL U.
Assesment of Childrens Anxiety
Throughout dental treatment by
their drawings.
- 19.- SIDNEY B. FINN
Odontología Pediátrica
Editorial Interamericana
México - 1976
pp. 14 - 39.
- 20.- STOKES, KENNEDY SH.
Reducing Child Uncooperative
behavior during dental treatment
through modeling and reinforce-
ment..

