

870122

95
24

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANALISIS DE LAS TECNICAS DE MOTIVACION Y
MODIFICACION DE CONDUCTA MAS USADAS EN
EL CONSULTORIO ODONTOPEDIATRICO.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
EMILIA TORRES ANAYA

ASESOR: DR. GUILLERMO HERNANDEZ ORTIZ
GUADALAJARA, JALISCO. 1986



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.

I N D I C E

	PAGINA
INTRODUCCION. -----	2
CAPITULO I.	
LA PSICOLOGIA INFANTIL COMO AUXILIAR EN EL TRA- TAMIENTO DENTAL DE LOS NIÑOS. -----	4
CAPITULO II.	
DESARROLLO INTELECTUAL, FISICO Y PSICOLOGICO - DEL NIÑO. -----	16
CAPITULO III.	
ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS. -----	26
a) Temores Objetivos. -----	26
b) Temores Subjetivos. -----	27
CAPITULO IV.	
MOTIVACION. -----	38
a) Modificación de conducta. -----	40
b) Reforzadores Positivos. -----	41
c) Reforzadores Negativos. -----	41
d) Planeación de Tratamiento. -----	51
CONCLUSIONES. -----	56
SIBLIOGRAFIA. -----	58

INTRODUCCION

La Odontología para niños requiere algo más que conocimientos dentales comunes, puesto que está tratando con organismos en periodo de formación.

El Odontólogo debe poseer necesariamente algunos conocimientos sobre psicología infantil, o dicho en forma más simple, sobre el comportamiento de los niños para poder aplicar los conocimientos específicos de su profesión.

La angustia ante lo desconocido es el elemento dominante en el niño.

No basta que el odontólogo tenga una formación científica, se requiere también el arte de tratar a los seres humanos.

El arte de tratar gente, no sólo requiere conocimientos psicológicos y experiencias prácticas sino el afán por emplear esos conocimientos y experiencias en la práctica.

El objetivo de esta investigación es conocer las técnicas de motivación y modificación de conducta, estudiar a cada una de ellas mediante las cuales podamos dar al niño tranquilidad y confianza para poder efectuar con más eficiencia el tratamiento dental.

CAPITULO I

LA PSICOLOGIA INFANTIL COMO AUXILIAR EN EL TRATAMIENTO DENTAL - DE LOS NINOS.

CAPITULO I
LA PSICOLOGIA INFANTIL COMO AUXILIAR EN EL TRATAMIENTO DENTAL --
DE LOS NIÑOS.

En general, se está de acuerdo en que la orientación de la conducta de un niño en el consultorio odontológico es el requisito previo para su atención dental completa.

Pese al conocimiento a menudo limitado de la psicología del niño, los odontólogos logran en general llevarse bien con los niños y son capaces de trabajar con el mismo grado de eficiencia que con los adultos. (15)

A partir del momento en que ingresa el binomio padres-hijo al consultorio, se ponen de manifiesto distintas conductas. Todas deben ser tenidas en cuenta, respetándolas y si no parecieran inicialmente cooperadoras, hay que reconsiderarlas para volverlas a favor del paciente y del odontólogo, porque generalmente son producto de la falta de información adecuada, no sólo en aspectos odontológicos, sino también psicológicos. (5)

Objetivos del manejo de la conducta:

- 1.- Establecer una buena comunicación con el paciente y sus padres.
- 2.- Planear un tratamiento que sea aceptado por ambos.
- 3.- Informar sobre los aspectos preventivos.
- 4.- Lograr lo antedicho en un ambiente que ofrezca seguridad y cordialidad. (5)

El manejo correcto de los niños surge de una comprensión fundamental de su desarrollo mental y emocional.

Uno de los factores más importantes en el manejo es enten-

der el punto de vista del paciente. Si un niño no se siente feliz, nuestros esfuerzos deben dirigirse a encontrar la causa de esa in felicidad y corregirla, si es posible. (12)

El cariño, la comunicación y los cuidados son quizá las mejores armas con que cuenta el clínico y que desgraciadamente se ven relegadas por estar pensando en las técnicas clínicas. En la primera cita tendremos que relajar la ansiedad tanto de parte de los padres como del paciente; respecto a esta relación que existe entre padres - niño - dentista.

- 1.- Permitir la entrada de los padres al operatorio solamente en la primera cita.
- 2.- Permitir la entrada en las citas subsecuentes sólo cuando el caso lo amerite o el dentista así lo requiera. (14)

El enfoque del paciente debe ser integral, el odontólogo con su comprensión y conocimiento puede implementar ciertos tipos de estrategias, ritmos especiales de atención, usar lenguajes adecuados para que el paciente se reasegure, reoriente favorablemente - sus angustias y se convierta en un colaborador, es decir, que debe ser motivado adecuadamente. (5)

Sin ser psicólogo, ni psiquiatra, el dentista puede identificar a su paciente algunas características de su comportamiento. - Sin embargo, es preciso que su interés por el paciente no se limite únicamente al campo profesional, o sea, en el caso del cirujano dentista, a la cavidad bucal y dientes. (9)

El dentista puede observar al paciente en su totalidad, examinando sus acciones, comportamiento, lo que dice y cómo lo dice, su modo de vestir, aspecto personal, etc. (9)

Conceptos básicos para el tratamiento de los niños.

Preparación del niño para el tratamiento odontológico.

Todo niño recibe, mucho antes de que pise por primera vez - un consultorio, informaciones sobre el tratamiento odontológico. Estas experiencias transmitidas, indirectas, son, por lo general desfavorables, porque la mayoría de la gente tiene miedo y exageran los dolores soportados, para disculpar su propio miedo. Tal narración sugestiva, muchas veces es suficiente para influir sobre el niño desfavorablemente, tal vez para toda la vida.

Más deprimente aún, es el resultado cuando los niños intercambian sus impresiones entre sí. Sus descripciones son adornadas a veces con detalles fantásticos, de modo de que las torturas del tratamiento dental adquieren contornos terroríficos en la mente del niño todavía no tratado.

También el niño oye informaciones importantes y relativamente favorables sobre el tratamiento odontológico, ya por los padres, por dentistas (por televisión o radio), propaganda, etc. - Esta información casi nunca es suficiente, y jamás tendrá el mismo efecto de sugestión que la descripción vivaz de los tormentos sufridos durante el tratamiento. (11)

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, -ya sean agradables o desagradables- a través de sus tratamientos odontológicos que son transmitidos a los hijos; por lo que la situación ideal es aquella en la que los padres se encuentran libres de aprensión en relación a la primera cita de su hijo con el dentista, -debido a que sus antecedentes de historia dental fueron aceptables. (9)

Robertson y Robertson resume tres factores que influyen en la respuesta del niño a la separación materna breve. (22)

Una de las ramas incluye los factores que además de pérdida de la madre, son probables causantes de stress:

- Medio ambiente extraño.
- Acompañante inadecuado.
- Cuidadores extraños.
- Empleo de lenguaje poco familiar.
- Rutina y comida no familiares.
- Demandas y disciplinas raras.
- Interferencia corporal, dolor, enfermedad.
- Restricción corporal.

El segundo grupo de los factores propuestos por Robertson y Robertson es probable que reduzcan la ansiedad del niño:

- Acompañante adecuado familiar.
- Rutinas y comidas conocidas.
- Medio ambiente familiar.
- Reafirmación de reunión eventual con la madre.
- Movimiento corporal no restringido.
- Posesión de pertenencias.

El tercer grupo de factores se relaciona con el estado psicológico del niño que puede aumentar o disminuir tensión abierta durante la separación:

- El ego del niño.
- El nivel del niño de constancia de objeto.
- Calidad de la relación madre-niño.
- Fantasías acerca del dolor, enfermedad, desaparición de la madre y otros.
- Experiencia pre-separación. (10)

Factores determinantes de la actitud del niño ante el tratamiento, son los siguientes:

1.- Factores favorables:

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

2.- Factores desfavorables:

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

La falta de cooperación del niño en el consultorio dental, puede atribuirse a determinados factores; 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. (9)

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 etc., se producirán cambios durante el desarrollo de salud emocional y su conducta.

Se ha demostrado que el medio ambiente en el cual se desarrolla el niño va a tener repercusión problemas tales como pobreza, trabajo inadecuado, relaciones familiares infelices, fric-

ción matrimonial, fatiga, enfermedad, etc., son factores que pueden agotar la capacidad tanto del padre como de la madre de dar algo a los demás.

Por el contrario, si el niño vive en un ambiente en donde hay buena alimentación, alojamiento confortable, cariño, atención y protección de los padres, son factores que van a contribuir en formación de carácter y convivencia con otras personas.
(9)

El comportamiento de los padres y de otros miembros de la familia, a menudo es uno de los factores más importantes que determinan la posición del niño frente al tratamiento dental.

La educación de los niños para el tratamiento odontológico-comienza -como ocurre siempre- con la educación de los adultos.- Debe aconsejarse a los padres la preparación sistemática del niño. Los educadores, que en último término son todos los adultos, porque todos tienen tratos con los niños, deben ellos mismos ante todo, deshacerse del miedo al dentista.

Los padres debieran poseer algunos conocimientos acerca del tratamiento odontológico; ya que el niño también querrá saber algo de esto. El desacierto y la torpeza de los padres al contestar a las preguntas pueden tener como consecuencia que el niño -adquiera una actitud temerosa ante el tratamiento odontológico o se vea confirmado en sus sospechas anteriores.

El esclarecimiento y la educación odontológica deben ser más intensivos y eficaces. Se deberían aprovechar más los conocimientos de la psicología de la propaganda.

La educación de los niños acerca del tratamiento odontológico debe contener las siguientes enseñanzas fundamentales, que deben ser sencillas o más amplias según la edad:

- 1.- La higiene de la boca es importante para la conservación de la dentadura y de la salud general.
- 2.- Una dentadura sana y bien conservada es uno de los factores más importantes para la belleza de la cara.
- 3.- Es imprescindible visitar regularmente al dentista, - - quien examina los dientes y repara todos los daños.
- 4.- La eliminación oportuna de lesiones pequeñas, puede hacerse prácticamente sin dolor.
- 5.- El examen odontológico requiere sólo poco tiempo. (4)

Casi todos, hoy día, están enterados suficientemente de la importancia de un cuidado intenso de la dentadura. Pero se olvida a menudo, incluir al dentista en la higiene de la boca.

Los padres exhortan a los niños a cepillarse los dientes con el argumento de que entonces no habrá necesidad de ver al dentista. Pero no se trata de una alternativa "cepillarse los dientes o dentista", sino de dos componentes inseparables del cuidado dental: esto es, higiene de la boca y visita regular al dentista.

Uno de los obstáculos más grandes para el tratamiento dental, es la imagen falsa que tiene el niño respecto del ambiente de la práctica odontológica y la manera del tratamiento. (11)

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 intensa y perdurable.

El primer contacto que el niño obtenga de su primera experiencia, se recomienda sea positiva, agradable e interesante ya que en cada cita se irá mejorando, pues un sólo fracaso en este sentido, puede cambiar su buena disposición. (9)

El tratamiento de los niños, en algunos aspectos es más difícil, en otros más fácil que el de los adultos. Es relativamente fácil ganarse su confianza, pero se le puede perder también - muy rápidamente. En sus relaciones sentimentales, los niños son inconstantes, siendo sus sentimientos hacia el dentista condicionados emocionalmente. Los niños son más vulnerables psicológicamente; no poseen suficiente voluntad para soportar cualquier molestia, y no suelen comprender por qué tendrían que soportarla.

Desde el momento de que el niño entra en el consultorio, alguien debe ocuparse de él constantemente. Mientras el dentista habla con sus padres. (11)

Es muy importante que el niño sienta que todas las personas del consultorio le infunden confianza. Esto habrá de verificarse con la ayuda del consultorio, la recepcionista y el higienista dental, así como el dentista. Los niños son muy sensibles a emociones ocultas, e identificarán rápidamente cualquier falta de entusiasmo hacia pacientes infantiles, y esto les desalentará - aún más. Si un odontólogo va a tratar a pacientes infantiles, deberá asegurarse de tener los suficientes conocimientos psicológicos para manejar niños sin producir traumas.

El dentista también deberá asegurarse de que el personal que emplea ama a los niños y los trata bien, y que sabe como manejarlos. (8)

La conversación del dentista.

Cuando hable a los niños el odontólogo deberá ponerse a su

mismo nivel en posición y conversación, en palabras o ideas. No tiene ningún valor usar palabras demasiado difíciles que el niño no pueda comprender. Utilice palabras sencillas y cotidianas que usen los niños de la edad de su paciente. Al seleccionar temas de conversación, elija temas y situaciones que le sean familiares. Si, por ejemplo, habla de fútbol con un niño pequeño, no discuta las reglas complicadas del juego, sino hable de las experiencias personales del niño en el campo de juego. Deje que el niño lleve la conversación.

Si el niño es muy pequeño, es conveniente añadir algo de fantasía para dar más interés. También debe evitarse hablar a los niños como si fueran más pequeños de lo que en realidad son. Esto es una ofensa mayor que si les habla como si fueran mayores. No utilice palabras de bebé con niños de 4 ó 5 años. Los niños se sienten halagados si los adultos los consideran mayores de lo que son. Hábleles como si fueran ligeramente mayores. Nunca subestime la inteligencia del niño. Siempre que se esté trabajando con un niño, no le haga preguntas que requieran respuesta si tiene ambas manos y algunos instrumentos en su boca. Los niños tienden a utilizar su pregunta como excusa para interrumpir por unos minutos el tratamiento. (8)

En el curso del tratamiento dental es necesario asegurarse de la cooperación del paciente. Para producir las reacciones deseadas, nunca se pide al niño que se someta a una petición. Al pedirle que haga algo, el odontólogo en realidad le está dando a elegir entre aceptar o rechazar. Si le da elección al niño, no puede considerar mal comportamiento el que rechaza. Si se le dice que obedezca una orden, no hay más elección que aceptar. Si se niega, su comportamiento se vuelve automáticamente inaceptable.

Cuando ordene a un niño que cumpla sus deseos, declárelos de manera agradable, pero decidida. No dude en sonreír y gozar -

con su paciente; sin embargo, sea firme si la situación lo requiere.

Cuando trate con niños, sea realista y razonable. No condene a un niño porque está asustado. Trate de ponerse en su lugar y comprender por qué actúa de esa manera. Respete sus emociones, pero si no están de acuerdo con el patrón deseado para trabajos dentales, trate de alterarlas. El ego del niño le permitirá ajustarse a la tensión. Dele al niño oportunidad de participar en los procedimientos. Si puede sostener el algodón, o ayudar en otra cosa poco importante, el niño sentirá que es parte del servicio que se está realizando, y se interesará y cooperará más. Trátelo como individuo con sentimientos y emociones en la silla.

Es conveniente recordar, al llevar a cabo procedimientos dentales, que los niños de corta edad se asustan con lo desconocido.

Todos sus movimientos, ya sea al manejar a los pacientes o en procedimientos operatorios, deberán mostrar suavidad y gracia. Movimientos rápidos y bruscos tienden a atemorizar a los pequeños. Cuando baje al niño en la silla, o esté inclinado el respaldo de ésta, hágalo despacio. No deje caer al niño de golpe, ni lo incline tan rápidamente en la silla que tenga la sensación de estar cayéndose. Al inyectarle, por ejemplo, no lleve la jeringa a la boca tan rápidamente que el acto en sí asuste al niño. Debe elevarse la jeringa de manera natural y deliberada. (8)

Si sus acciones son naturales y graciosas, podrá evitar gran parte de miedos innecesarios. La odontología es una profesión llena de gracia. Utilice esta gracia para ventaja suya.

Si hubiera que definir los requisitos de un buen odontopediatra serían: gracia, habilidad, conocimientos e inteligencia. Cuando se somete a los niños a tratamientos odontológicos, hay -

que comparar la posibilidad de trauma psicológico con la necesidad de tratamiento. Como casi todos los niños necesitan de la odontología, es esencial que el trauma que produce sea mínimo.

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. (8)

De estas primeras impresiones que el niño obtenga tanto del dentista, como de su personal, dependerá en gran parte su futuro comportamiento frente al tratamiento y cuidado de sus dientes; es decir que la experiencia que obtenga de la primera cita resultará el mejor o peor paciente generalmente.

En lo que respecta al aspecto propiamente psicológico de esta primera visita, la necesidad para los odontólogos que por primera vez van a conocer a su paciente, que se procesa a realizar el examen médico, además de brindarnos seguridad, es un motivo de toma de contacto con el niño. (9)

CAPITULO II

DESARROLLO INTELECTUAL, FISICO Y PSICOLOGICO DEL NINO

CAPITULO II

DESARROLLO INTELECTUAL, FISICO Y PSICOLOGICO DEL NIÑO.

El Odontopediatra es un profesional especializado que no sólo ve en su paciente una serie de dientes, sino que trata, además, un ser humano aún inmaduro, en continuo desarrollo y altamente emotivo. (4)

El odontólogo que guía con éxito a los niños por la experiencia odontológica, se da cuenta de que un niño normal pasa por un crecimiento mental además del físico. Comprende además que el niño está adquiriendo constantemente hábitos, dejándolos y modificándolos. Este cambio es quizás una razón para que la reacción del niño pueda diferir en el consultorio entre una visita y otra.

Es un hecho reconocido que cada niño tiene un ritmo y un estilo de crecimiento. No hay dos niños, ni siquiera en la misma familia, que sigan exactamente el mismo esquema.

Todos los que trabajan con niños deben comprender que la edad psicológica del niño no siempre corresponde a su edad cronológica. Esta, en verdad, no tiene importancia para el dentista. Sin embargo, en el diagnóstico de los problemas de conducta y también en la planificación del tratamiento, debe considerar ambas edades, fisiológica y psicológica. (15)

El crecimiento y desarrollo humanos constituyen un proceso completo, mediante el cual el niño no sólo aumenta su dimensión física y utiliza sus órganos cada vez con mayor destreza, sino también amplía el horizonte de sus habilidades intelectuales y se relaciona con el medio. (6)

El desarrollo psicológico del niño es un proceso complejo. Hay un fuerte factor genético que es modificado por el medio ambiente en el cual el niño crece. La interacción complicada entre herencia y las numerosas presiones sociales que controlan a un niño, ha producido diferencias de opinión entre los psicólogos - sobre las cuales son los factores básicos que controlan la vida emocional del niño. (12)

A medida que el niño crece, cambia toda su estructura. Cada edad está caracterizada por un patrón de conducta diferente, el cual depende de los siguientes factores:

- 1.- Desarrollo psicomotor.
- 2.- Nivel de desarrollo emocional.
- 3.- Influencia del ambiente. (4)

El niño, entre el nacimiento y los 5 años de edad, pasa por varias etapas de independencia de su madre. Inicialmente dependiente por completo para todo, alimento, calor, comodidad, amor y diversión. Se hace cada vez más independiente y capaz no sólo de ver su propia individualidad, sino también de reconocer que su madre tiene derechos propios. El desarrollo social del niño - va acompañado por cambios físicos y emocionales, que reflejan directa e indirectamente, en parte, influencias ambientales. La vida escolar, el primer día de clases es un suceso dramático en la vida del niño y en la de los padres. Su círculo social se ensancha inmediatamente.

Los niños pequeños son estimulados por sus amigos mayores y hermanos a imaginar y simular. Las fantasías, presentes en la mayoría de las edades, toman diferentes formas en diferentes períodos. Durante el tiempo del niño en la escuela, su desarrollo físico continúa, su coordinación aumenta, y son posibles los juegos complejos.

Su conciencia del sexo se basa en un conocimiento superficial de las diferencias entre los sexos y las impuestas por la cultura en que vive. Una niña pequeña, desinhibida, suele mostrar un instinto maternal y cede a los halagos sobre su aspecto. Es atraída hacia los hombres y tiene una inclinación innata a la coquetería. Un muchachito sano tiende a ser ligeramente agresivo y responde al cumplido sobre su valentía puede ser protector o cruel, según las circunstancias. (12)

EL PROCESO DE APRENDIZAJE.

Yarrow afirmó que el aprendizaje asociativo simple progresa desde el instante del nacimiento, Mediante el aprendizaje, la criatura se sensibiliza a experiencias específicas y se condiciona a los fenómenos del medio. (15)

Del nacimiento a los dos años.

A esta edad el niño es un ser totalmente dependiente de la madre para su protección y su cuidado.

Aunque el cordón umbilical se ha cortado al nacer, el niño no puede vivir sin el cuidado materno o su equivalente y su dependencia emocional persiste largo tiempo, después de que la dependencia física ha terminado.

El niño de esta edad no visita al odontólogo, es extraño y amenazante para el niño de esta edad. Su reacción normal es oponerse al examen bucal hecho por un extraño, ya que lo considera, si bien inconscientemente, como una violación. No existe todavía un desarrollo que le permita obedecer órdenes, tales como: "abra la boca", "no se mueva" y otros.

El niño reacciona como si no oyera la voz o no entendiera la orden. Debido a su dependencia, el niño se fusiona con la ma-

dre como si esta fuera parte de su propio cuerpo.

El niño que es separado bruscamente de la madre, reacciona con violencia, lo cual a su vez se traduce en pánico. No hay que olvidar que el llanto y la resistencia que el niño opone son normales a esta edad. (4)

Dos años.

A veces, el odontólogo deberá examinar o tratar a un niño de dos años. A los dos años, los niños difieren muchísimo en su capacidad de comunicación sobre todo, porque existe una diferencia considerable en el desarrollo de vocabulario a esa edad.

Si el niño tiene un vocabulario limitado, la comunicación será difícil.

A menudo se dice del niño de dos años que está en la "etapa pre-cooperativa". Prefiere el juego solitario, pues no aprendió a jugar con los otros niños. Es demasiado pequeño para llegar a él con palabras solamente y debe tocar y manejar los objetos con el fin de captar plenamente su sentido. A esta edad, el odontólogo debe permitir que el niño sostenga el espejo, huela la pasta-dentífrica. Al hacerlo tendrá una mejor idea de lo que el dentista intenta hacer.

Al niño de dos años lo suele intrigar el agua y el lavado. Se lleva bien con los miembros de su familia. Sin embargo, el padre parece ser en muchos casos el favorito. Puesto que a esta edad el niño es tímido ante la gente extraña y los lugares, y le resulta difícil separarse de sus padres, casi sin excepción debe pasar acompañado al consultorio. (15)

Tres años.

Con el niño de tres años el odontólogo suele poder comunicarse y razonar con más facilidad durante la experiencia odontológica.

Tiene un gran deseo de conversar y a menudo disfrutará contando historias al dentista y sus asistentes. En esta etapa, el personal odontológico puede comenzar a servirse de un acercamiento positivo. (15)

El niño de tres años es muy temeroso, regresa fácilmente a la edad de la infancia y por lo tanto, a la madre. La dependencia emocional de esta edad es todavía muy grande: por esta razón debe tenerse mucha precaución aún al tratar de separarlo de la madre, ya que muchos niños ven a esto como una deserción, lo cual puede dar como resultado un ataque de histeria en ambos. (4)

Hymes informó que niños de 3 años y menos, en situaciones de stress o cuando se los lastima, están fatigados o asustados, automáticamente se vuelven a su madre o sustituto para consuelo, apoyo y seguridad. Tienen dificultades para aceptar la palabra de nadie por nada y se sienten más seguros si se permite que el padre permanezca con ellos hasta que conozcan bien al personal y los procedimientos. (15)

Cuatro años.

El niño de 4 años por lo común escuchará con interés las explicaciones y, normalmente, responderá bien a las indicaciones verbales. Los niños de esta edad suelen tener mentes vivaces y ser grandes conversadores, aunque tienden a exagerar en su conversación. (15)

El proceso de socialización inicia, el niño comienza a jugar con otros. La importancia de esta fase estriba en que va a quedar sólo, en el sentido de ejercitar la capacidad de descubrir las cosas por sí mismo. Explora el ambiente, aparece la individualidad. (6)

A esta edad, la conducta, tanto en el consultorio odontológico como en el hogar, es impredecible y con gran margen de variación.

A esta edad, es donde el odontopediatra encuentra el mayor número de casos problemas. La conducta del niño depende en esta etapa, de los padres y del ambiente familiar. (4)

Un niño de cuatro años de una familia de seis hijos se comporta distinto del hijo único. Si el niño es dócil y la madre agresiva, la conducta de aquél tenderá a ser sumisa (un niño - "bueno, obediente"). Si el niño es agresivo y la madre es insegura y dócil, aquél aprende pronto a dominar la situación y puede presentarse como exigente, quizá destructor, un rebelde (un "moscoso"). (2)

En algunas situaciones, el niño de cuatro años puede tornar se bastante desafiante y puede recurrir al empleo de malas palabras. En general, sin embargo, la criatura de cuatro años que ha ya vivido una vida familiar feliz con un grado de educación normal y disciplina, será un paciente odontológico muy cooperador. (15)

Cinco años.

El niño de cinco años ha alcanzado la edad en que está listo para aceptar las actividades en grupos y la experiencia comunitaria. A esta edad la relación personal y la social están mejor definidas, el niño no suele sentir temor de dejar al padre en la sala de recepción. (15)

La mayor parte de los niños de cinco años desean ser libres y separarse de sus madres, pero no demasiado. Suelen aceptar bien los procedimientos simples. Pero cuando son amenazados con procedimientos dolorosos, los niños reaccionan violentamente, como bebés, pero ahora mucho más grandes y fuertes. (2)

Su resistencia al dolor es mejor que la de un niño de tres años, pero todavía es un reactor talámico; su conducta cortical no está plenamente desarrollada, tiene capacidad de discriminar entre diferentes procedimientos, gente y situaciones. En el momento en que no puede controlar la situación, reacciona con agresividad o regresa como medio de seguridad, a la infantil y a la madre.

Es normal que en ocasiones no acepte los procedimientos - - odontológicos, pero la seguridad que el odontólogo le brinde puede cambiar totalmente su comportamiento. Es indispensable entender y tolerar sus actitudes para cambiarlas y sacarlo de ese estado de negativismo. Esta es posiblemente la edad más difícil de manejar para el odontólogo. (4)

Si el niño de cinco años ha sido bien preparado por sus padres no tendrá temor a experiencias nuevas, como las relacionadas con ir al jardín de infantes o al consultorio del médico o del dentista. Los niños de este grupo cronológico suelen estar muy orgullosos de sus posesiones y sus ropas, y responden muy bien a los comentarios sobre su aspecto personal. Los comentarios sobre sus vestidos pueden ser usados eficazmente para establecer la comunicación con el nuevo paciente. (15)

Seis años.

El niño de seis años generalmente va a la escuela sin temor, su comportamiento fuera del hogar es diferente al del hogar porque es capaz de aceptar cosas que aunque no le gusten, se esperan de él. En el consultorio odontológico prefiere estar sólo con el odontólogo, pues ya puede sostener un diálogo sin que la madre intervenga. El odontólogo es reconocido como un ser humano bueno o malo, pero no como un objeto temeroso. (4)

A los seis años, la mayor parte de los niños se separan de los lazos muy estrechos con la familia. A esta edad suele haber-

un claro incremento en las respuestas temerosas. Muchos de los - preescolares tendrán miedo a los perros, a los elementos o aún a los seres humanos. Algunos niños de esta edad tienen temor a los traumatismos en su cuerpo.

Con la debida preparación para la experiencia odontológica, se puede esperar, sin embargo, que el niño de seis años responda de manera satisfactoria. (15)

Gesell postula que la conducta comienza a organizarse desde mucho antes del nacimiento y va de arriba hacia abajo (de la cabeza a los pies), y de los elementos más centrales hacia los periféricos. Las pautas de desarrollo que este investigador considera son las siguientes:

- a) En los tres primeros meses de vida, el niño desarrolla y controla sus doce músculos óculo-motrices.
- b) En los tres meses siguientes controla los movimientos, - hasta entonces difusos, de los músculos que mantienen - firme la cabeza; mueve los brazos y además intenta alcan-
zar los objetos que percibe en su campo visual.
- c) En los tres meses siguientes adquiere el dominio de sus - manos, de su tronco, se sientan, toma los objetos, los - escudriña y los cede a la persona que está cerca de él.
- d) En los tres meses siguientes, es decir, en el cuarto es-
tadío, su control muscular se extiende hasta las piernas
y los pies, manejando con mayor firmeza los dedos Índi-
ces y pulgar, con los cuales hurga y ase los objetos.
- e) A los dos años camina, corre, articula palabras y frases,
y controla los músculos de sus esfínteres rectal y urina-
rio. Empieza a observarse en él un sentido primario de -

identidad personal y de posesión de cosas materiales.

- f) A los tres años de edad habla, utilizando oraciones más o menos bien construidas y maneja las palabras para expresar sus pensamientos; asimismo, inicia su actitud de comprensión al ambiente, sometiendo a las exigencias culturales de éste.
- g) A los cuatro años de edad inicia la época de la continua pregunta acerca de todas aquellas cosas para las cuales requiere una explicación más clara y precisa. Va es capaz de establecer semejanzas y, por consiguiente, de formular preconceptos y generalizaciones. Indica también sus primeros intentos de liberarse de la dependencia familiar.
- h) En el quinto año de vida, su control motor ha madurado perfectamente, se moviliza con gran facilidad y destreza; articula las palabras y las oraciones sin el matiz infantil que anteriormente utilizaba; muestra una retención de hechos, historias o cuentos suficientemente larga. De sea interactuar en actividades de todos los tipos con sus compañeros; se preocupa por su indumentaria y ya es capaz de discriminar y exigir atenciones de cierto nivel social. (16)

CAPITULO III

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

CAPITULO III

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

Dolor, temor y angustia dificultan el tratamiento odontológico. La lucha contra ellos, ni aproximadamente es siempre exitosa, pese que precisamente los mismos constituyen el núcleo de la problemática psicológica.

No sólo es una exigencia psicológica, sino también ética, - que el profesional debe eliminar el dolor, donde quiera que éste se produzca, y más todavía debe esforzarse por no provocarlo.

(11)

Temores objetivos.

Los temores objetivos son los producidos por estimulación física directa de los órganos sensoriales y generalmente no son de origen paterno. Los temores objetivos son reacciones a estímulos que se sienten, ven, oyen, huelen o saborean y son de naturaleza desagradable. Un niño que, anteriormente ha tenido contacto con un dentista, y ha sido manejado tan deficientemente que se le ha inflingido dolor innecesario, por fuerza desarrollará miedo a tratamientos dentales futuros.

Es muy difícil lograr que un niño que ha sido dañado de esta manera, acuda al dentista por voluntad propia. Cuando le hacen volver, el odontólogo debe comprender su estado emocional y procede con lentitud para volver a establecer la confianza del niño en el dentista y en tratamientos dentales.

Los miedos objetivos pueden ser de naturaleza asociativa, - temores dentales pueden asociarse con experiencias no relacionadas.

Un niño que ha sido manejado deficientemente en un hospital o que ha sufrido en él intensos dolores inflingidos por personas con uniformes blancos, puede desarrollar un miedo intenso a los uniformes similares de los dentistas o los higienistas dentales. Incluso el olor característico de ciertas drogas o compuestos químicos asociados anteriormente con situaciones desagradables - puede causar temores injustificados. Un diente doloroso puede asociar dolor con odontología y puede causar aprensión hacia la visita dental.

El miedo a los estímulos objetivos, como el dolor que produce una inyección, puede ser superado sin demasiada dificultad - por el niño si se usa lógica y comprensión siempre que el dolor haya sido experimentado anteriormente. El niño sabe que la intensidad y duración del dolor pueden ser soportados y que esta situación ha ocurrido anteriormente sin producir daño ulterior. (8)

Temores Subjetivos.

Los temores subjetivos están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridos al niño por personas que le rodean, sin que el niño los haya experimentado personalmente. Un niño de corta edad es muy sensible a la sugestión. Un niño de corta edad y sin experiencia, al oír de alguna situación desagradable, o que produjo dolor, sufrida por sus padres u otras personas, pronto desarrollará miedo a esa experiencia. La imagen mental que produce miedo permanece en la mente del niño, y con la evolución e imaginación de la infancia, se agranda y vuelve impotente.

Un niño que oye hablar a sus padres o a un compañero de juegos sobre los supuestos terrores del consultorio dental, los aceptará muy pronto como reales y tratará de evitarlos lo más posible. En niños, como en adultos, lo que más temor infunde es oír hablar a padres o amigos de experiencias desagradables en el

consultorio dental.

Los niños tienen un miedo intenso a lo desconocido. Cualquiera experiencia que sea nueva y desconocida les producirá miedo hasta que obtengan pruebas de que su bienestar no se ve amenazado por ella. Su miedo es un intento de ajustarse a una situación que temen sea dolorosa.

Hasta que el niño esté convencido de que no existe razón para asustarse, persistirá el miedo. La influencia de los padres es de importancia vital en la actitud del niño hacia odontología. El niño debería conocer, de manera general, los procedimientos que podrían serle aplicados y el aspecto y descripción del equipo de laboratorio antes de la primera visita dental.

En la odontología actual, no se debe inflingir dolor innecesario. Ningún padre, por lo tanto, deberá decir a su hijo que va experimentar dolores intensos. Pero tampoco debe minimizar o mentir sobre las molestias de la odontología. Debe emplearse honestidad sin exageración emocionales.

Los temores subjetivos también pueden experimentarse por imitación. Un niño que observa miedo en otros, puede adquirir temores hacia el mismo objeto o hecho tan genuino como el que está observando en otros. Esto se verifica principalmente si el miedo es observado en los padres. Frecuentemente, los niños se identifican con sus padres. Si el padre muestra miedo, el niño está temeroso. La ansiedad del niño y su comportamiento claramente negativo están íntimamente relacionados con ansiedades de los padres. Los temores por imitación pueden transmitirse sutilmente, y el padre puede hacer muestra de ello y el niño adquirirlo, sin que ninguno de los dos se dé cuenta; son temores que ocurren regularmente y por lo tanto difíciles de eliminar.

Una emoción, como por ejemplo ansiedad, que se observa en -

el rostro del padre, puede impresionar más que una sugerencia verbal. Una madre que teme ir al dentista y que siempre va presa de gran tensión emocional, transmite inconscientemente ese miedo a su hijo que la observa. Es fácil darse cuenta de que incluso un gesto como apretar fuertemente la mano del niño en el consultorio dental es un gesto de aliento, y lo que significa puede ser suficiente para que el niño sospeche y empiece a sentir miedo. Generalmente, mientras más tiempo subsisten temores subjetivos en la mente, más se irán agrandando. Los temores más difíciles de superar y eliminar son los que vienen de tiempo atrás, generalmente subjetivos.

Los miedos sugestivos a dolores de tratamientos dentales no están circunscritos a ninguna experiencia real y personal, de manera que el miedo que pueda experimentarse no encuentra límites. En la mayoría de los niños, el miedo es subjetivo no consecuencia de tratamientos dentales anteriores.

Aunque las influencias de los padres son las más profundas en materia de sugestión, los niños pueden adquirir miedos sugeridos de amigos o compañeros de juegos, o de materiales como libros, periódicos, dibujos animados, radio, televisión y teatro.

La eficiencia de estas influencias dependerá de la fuerza y repetición de los estímulos y de la sugestibilidad del niño. Por lo general, un niño miedoso temerá a todas las personas y cosas.

Los niños, sin embargo, parecen tener ciertos temores naturales, tales como los asociados con la inseguridad o la amenaza de inseguridad.

Los niños mayores experimentan un segundo tipo de temor, un temor adquirido desarrollado por imitación de aquellos que temen. La persona que imitan puede temer las tormentas con truenos, la visita al odontólogo o una gran variedad de situaciones. Un ter-

cer temor expresado por un niño es el resultado de experiencias desagradables: con un animal, un compañerito o quizá un médico o un dentista. (15)

No debemos suponer por lo tanto, que todos los niños temen el consultorio odontológico. En vez, quienes tengan esta reacción pueden estar imitando a alguien o haber adquirido el temor como resultado de una experiencia real.

En el manejo del niño temeroso en el consultorio dental, el odontólogo debe primero procurar determinar el grado de temor y los factores que pueden ser responsables de él.

Algunos niños llegan al consultorio dispuestos a responder con tensión y temor, sobre todo a causa de la manera en que la odontología les fué presentada en su hogar. En casos aislados, el temor a un odontólogo puede ser el resultado de una experiencia odontológica traumática que dejó sensibilizado al niño y desarrolló en él sus propios temores a partir de padres, familiares y relaciones.

Son muchos los enfoques que han sido recomendados a la profesión dental en cuanto al problema de eliminar el temor. Incluyen la postergación de la sesión, intentos de razonar con el niño, ridiculizarlo, retarlo o dejar que observe la atención dental de otro niño. Ninguno de estos métodos ha tenido gran éxito para resolver el problema.

Los miedos sugeridos pueden aumentarse a tal grado que llegan a la irracionalidad.

Jersild ha estudiado las experiencias más temidas por los niños y no encontró relación entre estas y las experiencias más desagradables que en realidad vivieron. Los temores más profundos los inspiraban objetos o acontecimientos imaginarios.

A medida que se desarrollan las capacidades imaginativas - del niño, los miedos imaginarios se vuelven más intensos. Los temores imaginarios por lo tanto, aumentan con la edad y el desarrollo mental, hasta cierta edad en que la razón prueba que no tiene fundamento.

Los temores pueden ser irracionales en el sentido de que el niño no sabe por qué está atemorizado. Puede que recuerdos de experiencias pasadas se borren totalmente de su memoria consciente pero las emociones asociadas con la experiencia olvidada determinan en gran parte su reacción a acontecimientos similares en el futuro.

La intensidad de los temores de los niños varía. Estas diferencias pueden explicarse por hechos tan sencillos como la necesidad o el deseo que tiene el niño de dormir. Un niño adormilado tiende a mostrar más miedo e irritación que uno despierto, porque se le ha reducido la capacidad de razonar y controlar sus temores, y tiene una tolerancia inferior a las situaciones desagradables.

El patrón del miedo puede ser impredecible, ya que no todos los temores que manifiestan los niños son genuinos. Frecuentemente utilizan el miedo para otros propósitos. Tal vez si utiliza - el miedo al dentista como mecanismo de defensa, no se le pedirá al niño que haga su visita dental, o realice la tarea que le encomendó el dentista para cuando esté en casa.

Son los padres y el dentista que tienen que determinar si - el miedo es real o simulado. (8) Cada niño es un individuo y - reacciona de manera individual. Gran parte de la reacción dependerá de las capacidades innatas físicas y mentales del individuo.

El odontólogo que trata niños se dará cuenta rápidamente de que el niño no siempre demuestra una reacción definida o única.

Puede darse una combinación de varias de esas reacciones. Esta combinación torna más complejo el problema, en particular, dado que el odontólogo debe diagnosticar la reacción con rapidez y sin la ventaja del conocimiento de la experiencia previa del niño con miembros de las profesiones de salud.

Reacciones a la experiencia Odontológica.

Hay por lo menos cuatro reacciones a la experiencia odontológica:

- a) Temor.
- b) Ansiedad.
- c) Resistencia.
- d) Timidez. (15)

Temor.

El temor es una de las emociones que con más frecuencia se experimentan en la infancia. Su efecto sobre el bienestar físico y mental del niño puede ser extremadamente dañoso.

Watson y Lower, estiman que el temor es, en su mayor parte, "cultivado en el hogar", tal como los estallidos de amor o de rabia. Creen además, que hacia los 3 años, la vida emocional del niño ha quedado establecida y que los padres han determinado ya si el niño se convertirá en una persona feliz, íntegra y de buen carácter, o en una persona llorosa y quejosa, una cuya vida estará regida por el temor.

La mayor parte de los niños llegan al consultorio necesitados de algún tipo de tratamiento inmediato o de atención preventiva; por lo tanto, no es práctico postergar el tratamiento de un niño miedoso en la esperanza de que finalmente superará su te

mor a la odontología y se tornará más cooperativo. Puesto que el miedo es controlado por el sistema nervioso autónomo, es imposible razonar con el niño realmente asustado y controlar su temor. El ridículo o la comparación con un niño normal que pasó por la experiencia odontológica sin problema alguno sólo podrán complicar la vida emocional del niño asustado y por lo general no conduce a un grado satisfactorio de cooperación.

La mitad de la batalla estará ganada si el odontólogo conversa con el niño y procura enterarse de la causa del temor. A menudo el niño expresará su temor a determinado procedimiento o relatará que escuchó algo sobre la experiencia odontológica que lo asustó. En este caso, el profesional podrá proceder a borrar esa idea mediante demostraciones y explicaciones. (15)

El temor hacia dentistas y a tratamiento dental tradicionalmente ha sido considerado como impedimento grande para la entrega de servicios dentales con calidad. Por ejemplo, el temor de dentistas se da para reducir la cooperación de los pacientes durante el tratamiento al igual que para influenciar negativamente su ajuste a los procedimientos terapéuticos empleados.

Además, el temor ha sido observado como contribuidor para resultados no satisfactorios, para ser tensionantes para los dentistas, y aumentar la dificultad de realizar los procedimientos dentales. (13)

Las investigaciones indican que el temor a la odontología, que a menudo resulta en evitar el cuidado dental, ocurre en 5% a 6% de la población.

Incidencia de temor puede ser tan alto como 16% entre niños. La investigación sugiere que la adquisición y perpetuación de actitudes negativas hacia la odontología son un proceso cíclico que tiene su génesis en la niñez. Factores numerosos han sido -

identificados como contribuidores de desarrollo de tales actitudes en niños. Shoben y Borland demostraron que los pacientes pueden, y de hecho, pasan sus actitudes negativas hacia los niños, y un número de estudios han indicado una relación directa entre la ansiedad materna y niveles de ansiedad en el paciente dental del niño. (17)

El temor del niño hacia la odontología aparece teniendo múltiples orígenes.

Una identificación precisa de estos estímulos que los perciben como entre las fuentes de su temor de odontología deben preceder intentos para alterar o prevenir el desarrollo de actitudes negativas. En forma inversa, es importante identificar estos aspectos de la experiencia dental que los niños perciben como reforzadores, a fin de dar actitudes positivas hacia la odontología. (17)

Ansiedad.

La ansiedad o inseguridad está probablemente muy relacionada con el estado de temor. Edelston estima que algunos niños desarrollan la necesaria seguridad con lentitud y permanecen inseguros y ansiosos mucho tiempo después que superaron esos sentimientos. Los niños angustiados están esencialmente asustados de toda nueva experiencia; su reacción puede ser violentamente agresiva: por ejemplo, una exhibición de rabietas en el consultorio dental.

Si al niño que hace demostraciones de rabietas en su hogar se le recompensa, las rabietas pueden convertirse en hábito. - - Cuando este niño se comporta de modo similar en el consultorio odontológico, el profesional deberá decidir si la reacción es de temor agudo o es una rabietas. Por supuesto, si el niño está real

mente asustado, el odontólogo debe mostrarse comprensivo y proceder con suma lentitud. Si el niño está claramente en una demostración de rabietas, en cambio, el odontólogo puede demostrar su autoridad y su dominio de situación. (15)

Resistencia.

La resistencia es una manifestación de ansiedad o inseguridad, y de hecho el niño se revela contra el miedo. Puede hacer despliegue de rabietas o darse la cabeza contra las paredes o provocar vómitos cuando no desea adaptarse. La regresión puede ser otra manifestación, en cuyo caso el niño rehúsa a desarrollarse. Puede seguir mojando la cama, puede no intentar hablar bien o puede seguir con sus hábitos de juego más infantiles.

La retracción es otra manifestación de ansiedad, en cuyo caso el niño rehúsa participar en el juego y no hablará con extraños y ni siquiera con conocidos. El odontólogo tiene dificultades para comunicarse con este tipo de paciente. El niño se siente lastimado con facilidad y llora casi por cualquier ocasión.

Si bien no entra en la responsabilidad del odontólogo tratar los estados psicológicos antes mencionados, será útil que pueda reconocerlos y comprender que la reacción del niño en el consultorio dental está condicionada por la experiencia previa, la educación en el hogar y el medio. (15)

Tímidez.

La tímidez es otra reacción que se observa ocasionalmente en particular en el caso del paciente de primera vez. Suele estar relacionada con una experiencia social muy limitada por parte del niño.

El niño tímido necesita pasar por un período de "pre-calentamiento". Esta es una instancia en la que puede ser útil permitir que el niño tímido sea acompañado al consultorio mismo por otro niño paciente bien adaptado. El tímido necesita ganar confianza en sí mismo y en el odontólogo. Por otra parte, la timidez puede reflejar una tensión resultante de que los padres esperan demasiado del niño o aún protegen en exceso. (15)

CAPITULO IV

MOTIVACION

MOTIVACION.

Motivación: Este es un aspecto vital de la odontología para niños. Las primeras etapas de la vida ofrecen la oportunidad de influir sobre actitudes para toda la vida con respecto de la atención odontológica.

Si se establecen actitudes de salud bucal positiva en los niños y sus padres servirán para preservar la salud dental en los años posteriores.

Una experiencia negativa en esta etapa de la vida del niño puede actuar como un desaliento para la atención odontológica regular. (3)

Los psicólogos suponen que las motivaciones activan o suscitan la conducta. ¿Cómo operan? Considérense primero los impulsos básicos o primarios, motivaciones que activan la conducta orientada hacia la satisfacción de necesidades biológicas fundamentales, como alimento, la regulación de la temperatura corporal, la edad, etc. (7)

La conducta, deseable o indeseable, no sucede por casualidad; ocurre en respuesta a cierta forma de estimulación y es dirigida hacia la consecución de una meta.

Hall (1951) postula que el individuo tiene un propósito, se esfuerza y es selectivo. (20)

Aunque todas las facetas de la interpretación de la conducta se caracterizan más por controversia que por unanimidad, hay un consenso general de que la conducta es, en un sentido, un intento de satisfacer cierta necesidad. Una versión algo restringida de esta posición es que la conducta nace de la tensión generada por la frustración de una necesidad y se orienta hacia la reduc

ción de esta tensión.

El término motivo -en contraste con necesidad e impulso se usa generalmente para designar ciertas condiciones existentes - en el organismo que no sólo suscitan y mantienen la actividad, - sino que también lo predisponen a comportarse en formas apropiadas desde el punto de vista de la necesidad en cuestión.

En otras palabras, aunque las necesidades continúan siendo condiciones antecedentes apropiados para la actividad, es la dirección de esta actividad hacia la meta la que da la definición de un motivo.

Motivos internos y externos intervienen en la motivación - de la conducta. Necesitamos distinguir, por ejemplo, entre estímulos internos (como estímulos fisiológicos de hambre que impulsan al individuo a la actividad y lo sensibilizan a ciertos aspectos de su medio que tienen propiedades de reducir el hambre) y los estímulos externos, tales como el olor y la vista del alimento, que despiertan y promueven la conducta de buscar alimento, en realidad, la conducta motivada es desencadenada frecuentemente más por estímulos externos que por necesidades internas. Los maestros usan frecuentemente señuelos verbales para estimular a los niños a hacer cosas, y ciertamente las sugerencias pueden incitar a los individuos a actuar respecto a hambre, sexo y otras necesidades.

Los determinantes de la conducta humana -llamados necesidades, impulsos o propósitos- son designados generalmente con el amplio título de motivación, que tienen por lo menos dos componentes fundamentales: un estado de necesidad y una meta externa. Podríamos definir entonces la motivación como un estado del organismo en el que sus energías son movilizadas selectivamente hacia la consecución de una meta dada. Más específicamente, los motivos sirven a tres funciones importantes:

- 1.- Energizan, es decir, activan y sensibilizan al organismo hacia ciertos estímulos.
- 2.- Dirigen su conducta hacia ciertas metas.
- 3.- Refuerzan la conducta que es eficaz en la consecución de metas deseadas. (18)

Modificación de conducta.

Principios básicos del control de la conducta. Las especies de animales inferiores reaccionan al enfrentarse a un problema - huyendo o peleando pero lo que nos distingue de esas especies - es precisamente la capacidad de razonar y solucionar los problemas inteligentemente; cuando reaccionamos peleando o huyendo - nunca lo hacemos abiertamente, reprimimos nuestra ira o nos damos por vencidos y nos sentimos frustrados. Nacemos sabiendo hacer valer nuestra voluntad pero poco a poco el proceso de educación de nuestros padres nos impone reglas que tenemos que respetar.

A esto se le ha llamado "Manipulación emocional", todos somos víctimas de este proceso, el cual podemos aprovechar en el consultorio para señalar al niño los reglamentos y conducta que tendrá que observar.

Si un niño empieza a llorar al ser colocado en el sillón dental, el llanto es visto más positivamente, no como una reacción de temor provocada por el sillón sino porque en situaciones similares el llanto ha sido recompensado retirándolo del sillón dental, es decir que esto es una conducta en función de su consecuencia. (14).

Dentro de los factores que pueden llegar a modificar la conducta, se consideran el empleo o no de reforzamientos que pueden llegar a aumentar en un momento dado la frecuencia de la conducta deseada estos se van a clasificar en diferentes clases como: (9)

Reforzadores positivos.

Un reforzador positivo se define en la práctica como cualquier estímulo o hecho en que aumenta la frecuencia de una conducta o una respuesta que provoca inmediatamente. Los estímulos que tienen valor de supervivencia para el organismo, tales como alimentos y agua, suelen servir de reforzadores. Existen además gran número de estímulos sociales que han adquirido propiedades de reforzadores, tales como una sonrisa, una palabra de halago, un cumplido o diversos estímulos ambientales.

El decorado de nuestro consultorio y el ambiente debe ser adecuado para el paciente infantil y el personal que nos asiste tendrá que estar capacitado o entrenado para la atención a niños.

Esto no quiere decir que tengamos un patrón para este tipo de reforzadores ya que los que pueden servir para un niño pueden no serlo para otro o ser imprudente en otra ocasión. (14)

Reforzadores negativos.

Estímulos aversivos.- Se define como un estímulo que disminuye la frecuencia de la conducta que sigue inmediatamente.

Los estímulos de aversión pueden ser aquellos hechos que son físicamente dolorosos o que han adquirido propiedades de aversión tales como: críticas y la pérdida de privilegios o estímulos que señalan la proximidad de un hecho desagradable, es

to lo podemos ejemplificar con uno de nuestros procedimientos -- que son con frecuencia en nuestros pequeños.

Cuando se infiltra el anestésico el niño trata de evadirlo llorando y se le dice que si continúa llorando su propio llanto provocará un dolor mayor; este estímulo aversivo en ocasiones - puede ser por sí solo suficiente para lograr una conducta mejor, pero todo lo que puede servir en un niño no hace efecto en otro. (14)

a) Persuasión.

Uno de los aspectos básicos en la terapéutica de sostén es la importancia de la actitud y de los modelos del dentista. - - "Es posible evitar un gran número de aberraciones de la percepción, si el dentista demuestra calor, amistad y tranquilidad en el trato de su paciente". (9)

La persuasión, es un procedimiento activo que nos es de mucha utilidad en el manejo del niño ya que nos ayuda a lograr un mutuo entendimiento entre dentista y paciente sobre lo que está hablando, o sea el establecimiento de la comunicación, que es - uno de los principales objetivos que se pretende obtener. Para lograr la comunicación verbal nos podemos valer de preguntas - con respecto a su persona o medio ambiente; sin embargo la comunicación, no solamente significa conversación sino efectuar - acciones como acariciarle la mejilla, el cabello, etc., que puede conducir al niño a dar aprobación y aceptación.

Los componentes verbales y no verbales de la comunicación - deben ser todo el tiempo específicos y simples, teniendo en -- cuenta el nivel de la comprensión del niño, ya que no es lo mismo como se expresan las ideas, a lo que realmente se dice. El - escuchar y ver influye en la persuasión de su propio lenguaje, -

por lo que si el mensaje no concuerda, se distorsionará lo -- que se ve y oye, cambiando el significado de éste.

Tanto la actitud, como los sentimientos son importantes -- para llegar a establecer la comunicación.

El odontólogo deberá aceptar al paciente no solamente -- cuando demuestra buen comportamiento, sino también cuando es rebelde y agresivo, pondrá atención a sus palabras y senti_ -- mientos, contestando a sus preguntas de la mejor manera posi_ -- ble sin dar rodeos, empleando un lenguaje y conceptos al niño de su entendimiento.

"El dentista puede ser infinitamente útil cuando dedica -- el tiempo suficiente para conquistar la confianza de su pa_ -- ciente para ello ha de acercarse con consideración y una segu_ -- ridad hábil. (9)

Addels ha descrito la técnica de "decir, mostrar y hacer" -- cuyo procedimiento es el siguiente: (19)

Se deberá explicar al niño cómo y por qué se van a em_ -- plear los aparatos con los cuales va a tener contacto, como -- el aparato de rayos X, la lámpara dental, algunos instrumen_ -- tos, etc. Se le darán a entender los procedimientos que se -- realizarán como son la proxilaxis, toma de radiografías, exa_ -- minación oral, etc., en un lenguaje claro, de acuerdo a la -- edad y talento como sea necesario, hasta que el niño quede en_ -- terado de lo que será el procedimiento, evitando cualquier co_ -- mentario que pudiera ser mal interpretado o que alarme al pa_ -- ciente, provocándole temor y desconfianza. El dentista se pue_ -- de ayudar demostrándole sobre él mismo y por último sin des_ -- viarse de la explicación y demostración del tratamiento, se -- llevará a la práctica. Los materiales que se emplean dentro -- de la boca tales como restauraciones con amalgama de plata, --

coronas de acero, policarbonato, sellador de fisuras, toma de impresiones con alginato, etc., deberán de ser explicadas de talladamente evitando el empleo de palabras completamente des conocidas para él.

Es muy importante evitar ruidos innecesarios, así como - gestos o alguna otra manifestación ya que se podría perder la relación o simpatía lograda entre el dentista y el niño, por lo que los instrumentos que producen ruido deberán de ser mos trados a cierta distancia de manera que el niño no puede ser sorprendido. En el caso de la pieza de mano, sólo se le permi tirá sentir la vibración, sin presión tratando que logre lle gar a diferenciar entre ruido, vibración y dolor. Esta téni ca deberá de ser empleado desde que el niño entra al consul to rio, hasta el final del tratamiento.

Tanto el dentista como su asistente, deben tener cuidado de escuchar lo que el niño está diciendo, así como preguntas- y comentarios que nos hagan ya que pueden ser fácilmente mal- interpretados o entendidos.

Se le deberá mostrar absoluta confianza para que nos pre gunte sobre aquello que le cause miedo, como sería el equipo- dental o el tratamiento que se esté realizando y no intentar- callarlo o interrumpirlo puesto que perderíamos su confianza.

La administración del anestésico local juega un papel - muy importante en la práctica diaria, por lo que debemos te - ner en cuenta los siguientes detalles: Quien trabaja con ni - ños, deberá tratarlos individualmente según edad y mentali dad, recordando de que muchos no tienen el suficiente dominio de sí mismos y expresan sus sentimientos desagradables en di versas formas y tonos.

El odontólogo deberá tener una conversación con el niño-

para enterarse si ha tenido una experiencia previa desagradable o no, se le dará una explicación del empleo de anestesia y de los efectos que ésta le va a producir, nunca se le mentirá acerca de la molestia o dolor, ni alejarlo de ello. Para aquellos niños que nunca han experimentado una anestesia local, se le explicará la sensación de adormecimiento sobre sus tejidos, e inclusive se recomienda darle un espejo al niño, inmediatamente después de aplicarla para que observe que nada ha modificado la estructura original de su boca y su cara. El dentista deberá mostrar seguridad, con una actitud positiva, cuando se aproxime al niño, debe confiar en su habilidad, no manifestando gestos de preocupación o susto ya que afectaría inmediatamente el comportamiento del niño, prodigándole verdadera sensación de confianza.

Es importante el empleo de anestésico tópico en el sitio donde se haga la punción, por lo menos 1 minuto antes de su aplicación, para lograr un mínimo de dolor y angustia.

En el momento de la aplicación del anestésico, deberán evitar manipulaciones bruscas del dentista, así como evitar la interferencia del paciente, por lo que la asistente deberá encontrarse cerca del niño, en caso de que esto pudiera ocurrir.

Es primordial evitar que el niño observe como prepara la asistente la jeringa y en qué forma y cómo nos la entrega, para que sea apropiadamente llevada a la boca. Es muy importante que se distraiga su atención en esos precisos momentos con plática sobre temas completamente ajenos a la odontología, -- por lo que debemos evitar el silencio.

Existen dos tipos de caricias:

a) Las positivas, que se dan verbalmente, por medio de -

frases, palabras de aceptación, de estímulos, sonrisas o caricias físicas, por el contacto y la proximidad.

b) Las negativas, como amenazas con acciones físicas, gestos, etc. En caso de que el dentista emplee constantemente las caricias negativas para adquirir un comportamiento determinado, deberá considerar el precio o consecuencias que esto pueda ocasionar.

Se deberá establecer ante todo una mutua simpatía antes de iniciar el tratamiento para que de este modo, muchas órdenes sean más tarde efectivas.

El odontopediatra hará entender al niño que se encuentra completamente capacitado tanto en conocimiento como en habilidad. así como de que es capaz de ayudarlo sin hacerle ningún daño innecesario.

Debemos tener en cuenta que los niños de dos y medio y tres años de edad, son generalmente incapaces de entender expresiones directas así como súplicas respecto a objetos presentes; como "se un niño bueno", "comportate bien", etc. son palabras poco probables de ser comprendidas, ya que el niño desconoce el significado de ser bueno.

Los niños de tres, cinco y siete años de edad tienen mayor desarrollo intelectual, además de que las fantasías son muy notables. Los niños de cinco, siete y nueve años de edad, son capaces de actuar socialmente, aunque algunos no entienden las consecuencias de sus acciones.

Existen tres elementos importantes para lograr la comunicación en el consultorio dental y serán representados de la siguiente manera:

El dentista será el transmisor

El consultorio, el medio

El paciente, el receptor

El transmisor preparará la información para ser transmitida, después el mensaje será recibido y descifrado; el transmisor espera que el receptor lo acepte y lo interprete sin distorcionarlo.

Va que el consultorio es el medio en el cual proyectamos nuestra comunicación, este deberá ser tranquilo, para que el niño nos preste atención. La sala de espera deberá ser agradable, luminosa, con muebles que sean atractivos al niño, así como juguetes, flores, etc., manteniendo todo en buen estado, recordando que un lugar decorado de esta manera causa una impresión bien determinada, que pudo ser muy intensa y perdurable.

El odontólogo deberá asegurarse de que su transmisión sea interesante, informativa, amigable, confidencial y sincera. Debe tener paciencia, pero hacer sentir su autoridad, tener suficiente habilidad para trabajar rápido y suavemente, debe comprender el carácter del niño y conocer su temperamento para adaptarse a sus procedimientos. Esta postura, unida a la habilidad técnica, asegura al paciente un cuidado excelente de la boca y procurará al dentista el éxito, además de la satisfacción de haber atendido a las necesidades del paciente. (9)

b) Control de voz.

Se ha reconocido y valorado la importancia que tiene el-

tono de voz que el dentista emplea al dirigirse a sus pacientes; por lo que un cambio en el volúmen, firmeza y suavidad de esta nos ayudará a obtener la atención del niño, que es el objetivo primordial tanto del control de voz como de todas -- las técnicas que se emplean en el consultorio.

Debemos tener muy en cuenta el evitar conversaciones monótonas, así como un tono de voz muy suave, ya que no es tan importante lo que se dice, sino cómo se dice, puesto que se pretende influenciar directamente en el comportamiento sin -- que medie el entendimiento. El control de voz es más efectivo cuando se emplea en conjunción con la comunicación, que es un intercambio de experiencias comunes, cuyo propósito es un mejor acercamiento con los pacientes. No debemos olvidar que el significado del mensaje que se transmite al niño puede llegar a ser interpretado de diferente manera por él. Se recomienda que nos lo repita en sus propias palabras.

Es muy importante no dejar de mantener una actitud confidencial, así como un tono de voz fuerte y firme cuando se ordene al niño hacer algo, de manera que el mensaje resulte eficaz, ya que si se emplea un tono de voz débil y una actitud nerviosa, se obtendrá como resultado el efecto contrario al deseado. (9)

c) Técnica de mano sobre boca y nariz.

La manera más sencilla de hacer esto es colocar suavemente la mano sobre la boca del niño, indicando que esto no es un castigo, sino un medio para que el niño oiga lo que usted va a decir. No debe intentarse bloquear la respiración bucal. -- mientras que el niño llora, hablele al oído con voz normal y suave, diciéndole que quitará la mano cuando pare de gritar. -- No deberá haber malicia en su voz. Puede que la admonición -- surta efecto, aunque crea que el paciente no le oye. Cuando --

ha dejado de llorar, quite la mano y hable con el niño sobre alguna experiencia sin relación alguna con la odontología.

Es sorprendente lo eficaz que esto puede ser y cómo es -
tos niños se vuelven pacientes ideales. No guardan resentimi -
mientos y se dan cuenta de que lo que se hizo fue para su pro -
pio bien. Generalmente, se convierten en los pacientes más -
cooperadores, e incluso en sus amigos. Colocar la mano sobre -
la boca del paciente es medida extrema y solo deberá usarse -
como último recurso en un paciente ya histérico, cuando hayan
fallado todos los demás medios. Puede ser necesario usar esta
técnica con niños demasiado mimados. (8)

d) Modelaje.

La técnica de modelaje empleado en el consultorio den -
tal, es un procedimiento que tiene como finalidad mostrar -
una conducta apropiada ante el paciente logrando una reduc -
ción del miedo y ansiedad.

Este se encontrará como observador, mirando el comporta -
miento del modelo durante el tratamiento, que puede encón -
trarse (vivo) o filmado (simbólico), obteniendo los mismos -
resultados de éxito de las dos formas.

Con la técnica de modelaje, se han logrado obtener tres
finalidades, que son las siguientes:

a) Adquirir una nueva conducta.

b) Eliminar el miedo que se encuentra asociado con un es -
tímulo.

c) Obtener la atención del paciente.

Sawtell explica que un niño es capaz de aprender patrones de conducta aprovechando su susceptibilidad al modelaje e imitación, con el empleo de técnicas como la ya mencionada, que provocan la estimulación cooperativa del niño, así como el mejoramiento de la higiene bucal en el futuro. Estas técnicas serán empleadas en el momento en que el paciente entra al consultorio con un comportamiento adecuado. (23)

Melamed y Col al llevar a la práctica experimentos con dos grupos de niños, observaron que los que vieron el video tape adquirieron una conducta menos temerosa durante su tratamiento dental en comparación con los otros niños que no lo vieron. (21)

En la práctica privada, debemos considerar el tiempo que se encuentran en la sala de espera, antes de ser atendidos, ya que pueden encontrarse influenciados por la ansiedad materna. El modelaje vendría a beneficiarlos con un mínimo de esfuerzo. Un paciente con comportamiento cooperativo se evitará como modelo por lo que el dentista decidirá que tipo de paciente podrá ser empleado como tal y a quien le favorece la observación del mismo. (9)

e) Desensibilización (desensitización).

Técnica considerada por los terapeutas de la conducta como un medio favorable para poder reducir la ansiedad del niño, así el comportamiento inadecuado, temor intenso, fobia hacia el tratamiento dental, que como consecuencia, tratarán por todos los medios de eludir, no prestando una cooperación adecuada y provocando una situación que influirá sobre la salud física como psicológica.

La metodología en la que la presente técnica está basada -

proviene en parte de estudios realizados por Jones, en donde se motiva una respuesta en presencia de estímulos que provoquen miedo, en adición a un procedimiento de imitación social o modelaje. (9)

Planeación de tratamiento.

Ciertas consideraciones básicas indican el plan de tratamiento del paciente pediátrico.

Si el odontólogo escoge una aproximación orientada a los problemas, se identifican éstos, se verifican las necesidades para el tratamiento y se escoge el mejor poniéndolo en perspectiva con otros problemas y tratamientos. (1)

Para iniciar el tratamiento de un paciente pediátrico típico, se tomarán en cuenta las siguientes consideraciones importantes:

- 1.- Siempre debe localizarse y tratarse la molestia principal.
- 2.- Todos los cuidados de salud bucal, deben relacionarse a las condiciones sistemáticas y al tratamiento de esas condiciones.
- 3.- Debe eliminarse la enfermedad existente y se prevenirá una nueva enfermedad.
- 4.- Debe considerarse el efecto de un tratamiento anterior.
- 5.- Cuando se ejecutan los elementos del tratamiento que están disponibles para la práctica pediátrica moder

na, tienen que considerarse los antecedentes sociales y económicos del paciente. (1)

Las cuatro áreas básicas de interés en el diagnóstico y en el plan de tratamiento son las siguientes:

- 1.- Problemas médicos-orales.
- 2.- Consideraciones periodontales -de larga duración.
- 3.- Cariés dentales -restaurativas.
- 4.- Oclusión -crecimiento y desarrollo cráneo-facial.

El dentista necesita un enfoque organizado para diagnosticar, prevenir y corregir los problemas en cualquiera de estas cuatro categorías. Los objetivos del tratamiento son los siguientes:

- 1.- Eliminar la infección.
- 2.- Reparar y retener todos los dientes primarios hasta su exfoliación normal.
- 3.- Reconocer y, si es posible, corregir cualquier variación del patrón normal de desarrollo y de los dientes permanentes.
- 4.- Prevenir e interceptar cualquier maloclusión incipiente.
- 5.- Educar a las familias para controlar y prevenir la enfermedad dental.
- 6.- Acostumbrar al niño a ser un buen paciente dental.

Entonces se aplican los principios para la secuencia y planeación del tratamiento:

- 1.- Iniciar el control de caries profundas tan pronto como sea posible (durante la planeación del tratamiento o en la primera consulta.
- 2.- Si la vitalidad del diente está en peligro, dar prioridad al tratamiento de los dientes permanentes, a continuación los molares deciduos, después los caninos deciduos y finalmente los incisivos deciduos.
- 3.- Normalmente el tratamiento se planea por cuadrantes. Si el trabajo es mínimo o el niño está sedado, tratar dos o más cuadrantes en la primera consulta.
- 4.- Si todas las secciones están en igual condición, comenzar con un cuadrante inferior, debido a que una vez se obtiene la anestesia, el niño ya no experimentará molestia. La anestesia en los cuadrantes superiores, con frecuencia es insegura y la mayoría de los problemas de conducta que se observan después de una inyección se deben a la mala anestesia.
- 5.- Estar conscientes del estado de erupción de la dentición permanente y no restaurar dientes primarios que pronto van a ser exfoliados. Esta decisión se basa en (a) la edad del niño; (b) la cantidad de raíz que se ha desarrollado del diente permanente (el desarrollo de la mitad o de las tres cuartas partes por lo general significa que está listo para erupcionar) y (c) la cantidad de raíz resorbida, el hueso superpuesto al diente en erupción y la movilidad del diente primario.

- 6.- Si el niño es muy aprensivo o pequeño. se considerará comenzar con una profilaxis o un tratamiento con fluoruro.- De otra manera se dejará este procedimiento para el final del tratamiento, cuando las amalgamas pueden pulirse al mismo tiempo.
- 7.- Las consultas no serán una mera lista de restauraciones.- Deberán incluirse servicios preventivos y procedimientos ortodónticos que sean apropiados para la vista.
- 8.- Si se está en duda acerca de cuáles restauraciones deberán hacerse en realidad, planéese el tratamiento para un trabajo más extenso. Es fácil decirle a un padre que costará menos de lo esperado pero difícil decirle que será más.
- 9.- Incluya el cálculo del tiempo requerido para completar la consulta dentro del plan de tratamiento para que el odontólogo y su recepcionista puedan planear su día de trabajo.
- 10.-El plan de tratamiento deberá terminar a lo sumo después de 90 días.

Lo que se había planeado restaurar 3 meses antes, puede en ocasiones estar para esas fechas ya en exfoliación. El dentista debe tratar de completar los procedimientos con rapidez.

CONCLUSIONES.

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

Es de primordial importancia el manejo del niño en el consultorio dental, tal vez lo más importante consiste en la preparación psicológica del niño en todo lo referente a los dientes y al odontólogo.

El niño debe adquirir una conciencia dental y aprender a superar sus miedos.

Si el odontólogo logra que el niño acepte en forma progresiva, el sentido y la importancia de la prevención, el niño se transformará en un paciente ideal que recurre con regularidad al dentista.

El conocimiento de las características correspondientes a cada edad nos permite no sobre exigir al niño y hacerle entender que el odontólogo y sus auxiliares son sus amigos y están dispuestos a ayudarlo.

El manejo del niño a través de su sensibilidad y del medio ambiente que lo rodea dentro de los límites o diferentes niveles de edad, logran que el odontólogo convierta al niño en un paciente cooperador y solamente los casos excepcionales requerirán manejo especial.

BIBLIOGRAFIA.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Barber, Thomas K., y Luke S. Larry., Odontología Pediátrica., 1a. Edición., México, D.F., Editorial El Manual Moderno., S.A. 1975.
- 2.- Borlan., R. Loren., Psicología en Odontología., - - Vol. 18, Buenos Aires, Editorial Hundi, S.A. 1964
- 3.- Braham, L. Raymond, y Morris E, Merle., Odontología Pediátrica., Editorial Médica Panamericana, S.A. 1984
- 4.- Cárdenas, Guillermo, y Cárdenas Darío., Crecimiento y Desarrollo Emocional del Niño., Ceron, Vol. 4., No. 2 Agosto 1979., p.p. 21-27
- 5.- Compostella, Elsa., Manejo de la conducta del niño y el Adolescente., El Cooperador Dental., Vol. 49. No. 3-4., Julio-Diciembre 1983., p.p.22-24
- 6.- Cordón, A. Jorge., Desarrollo Psicosocial del niño -- en America Latina., Ceron., Vol. 7., No. 3., Diciembre 1982., p.p. 27-33
- 7.- Davidoff, L. Linda., Introducción a la Psicología., - 1a. Edición., México., Editorial Edimex., 1981
- 8.- Finn, B. Sidney., Odontología Pediátrica., 4ta. Edición., México, D.F., Editorial Interamericana, -- 1982.
- 9.- Fregoso, Picón Maria., Psicología Aplicada a la Odontopediatría., Asociación Dental Mexicana., Vol. -- XXXVI., No. 4., Julio-Agosto 1979., p.p. 376-386
- 10.- Gershen, A. Jay., Maternal Influence on the Behavior patterns of Children in the Dental Situation., -- Journal of Dentistry for Children., Vol. XLIII, - No. 1., Enero-Febrero 1976., p.p. 28-32

- 11.- Harndt Ewald y Meyers Helmut., Odontología Infantil.
Buenos Aires ., Editorial Mundi, 1969
- 12.- Holloway, P.J., y Swallow, J.H., Salud Dental Infantil., 1a. Edición., Argentina., Editorial Mundi 1979.
- 13.- Kleiman, B. Michael., Fear of dentist as an inhibiting factor in Children's use of dental services
Journal of Dentistry for Children., Vol. 49., -
No. 3., Mayo-Junio 1982., p.p. 209-313
- 14.- Martínez Herrera J.H., Manejo del Paciente en Odontopediatría., Asociación Dental Mexicana., Vol. -
XXXVII., No. 3., Mayo-Junio., 1980 p.p. 146-148
- 15.- Mc. Donald, Ralph., Odontología para el niño y el --
Adolescente, 3a. Edición., México, D.F., Edito--
rial Mundi., 1975
- 16.- Morales, María Luisa., Psicometría aplicada., 1a. E--
dición., México, D.F., Editorial Trillas., 1983
- 17.- Morgan, H, Patrick. y otros., Children's perceptions
of the dental experience., Journal of Dentistry
for Children., Vol. 47., No. 4., Julio-Agosto -
1980., p.p. 243-245.
- 18.- Mouly, J. George., Psicología para la enseñanza., 3a.
Edición., México, D.F., Nueva Editorial Inter--
americana., 1978.

CITA BIBLIOGRÁFICA.

- 19.- Addels. En: Fregoso, Pícion María., Psicología Aplicada a la Odontopediatría., Asociación Dental Mexicana., Vol. XXXVI., No. 4., Julio-Agosto 1979 p.p. 383 [9]

- 20.- Hall., En: Mouly, J. George., Psicología para la enseñanza., 3a. Edición., México, D.F., Nueva Editorial Interamericana., 1978 (18)
- 21.- Melamed y Col., En: Fregoso, Picón María., "Psicología Aplicada a Odontopediatría"., Asociación Dental Mexicana., Vol. XXXVI., No. 4., Julio-Agosto 1979., pag. 385 (9)
- 22.- Robertson, y Robertson., En: Gershen, A. Jay., "Maternal Influence on the Behavior Patterns of Children in the Dental Situation"., Journal of Dentistry for Children., Vol. XLIII, No. 1 Enero-Febrero 1976., p.p. 29-30 (9)
- 23.- Sawtell., En: Fregoso, Picón, María., "Psicología Aplicada a la Odontopediatría"., Asociación Dental Mexicana., Vol. XXXVI., No. 4., Julio-Agosto 1979., pag. 385 (9)