

1

113



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

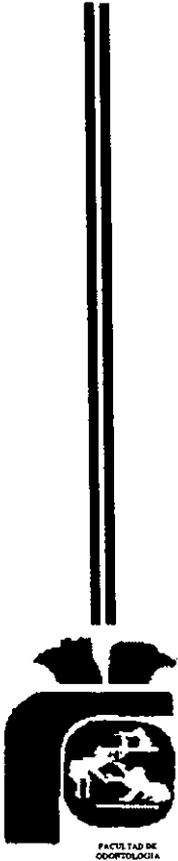
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN NIÑOS BAJO TRATAMIENTO DENTAL

T E S I S I N A  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
C I R U J A N O D E N T I S T A  
P R E S E N T A:

ALEJANDRO JUAN JIMÉNEZ JIMÉNEZ

DIRECTOR: C.D. MARIO ALFREDO SANTANA GYOTOKU



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MÉXICO, D.F.

274466

ENERO 2000



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**EN MEMORIA DE MI PADRE**

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1.
PRIMER CAPÍTULO.	
Conceptos básicos: ansiedad, angustia, temor y miedo.....	5.
1.1. Miedo.....	7.
1.2. Ansiedad.....	8.
1.3. Temor.....	8.
1.4. Angustia.....	10.
SEGUNDO CAPÍTULO.	
Etapas del desarrollo infantil.....	15.
2.1. Período Motosensorial.....	15.
2.2. Período Preescolar.....	17.
2.3. Período Escolar.....	19.
2.4. Período de Adolescencia.....	19.
TERCER CAPÍTULO.	
Conductas del odontólogo y del paciente.....	21.
3.1. Comportamiento del Odontopediatra hacia el niño.....	25.
3.2. Conductas que desencadenan ansiedad y miedo dentro del Consultorio dental.....	28.
3.3. Factores que desencadenan ansiedad, temor y miedo.....	31.

## CUARTO CAPÍTULO.

Abordaje psicológico de las conductas de los niños.....	34.
4.1. Tipos de temperamento.....	36.
4.2. Variables que influyen en la conducta del niño durante la atención odontológica.....	37.
4.3. Clasificación de la conducta de los niños en cuanto a su cooperación.....	38.
4.4. Comportamiento del niño desde el punto de vista emocional.....	40.
4.5. Interrogatorio funcional.....	42.
4.6. Padres de los pacientes pediátricos.....	43.
4.7. Estrategias del equipo de atención odontológica.....	46.
4.8. Modificación de la conducta previamente a la cita.....	47.
4.9. Fundamentos de la conducta dirigida.....	48.
4.10. Comunicación con los niños.....	50.
4.11. Conformación de la conducta.....	53.
4.12. Reentrenamiento.....	54.
4.13. Condicionamiento por aversión.....	55.

## QUINTO CAPÍTULO.

Ansiedad por separación.....	56.
5.1. Factores que desencadenan ansiedad por separación.....	57.
5.2. Presencia de los padres.....	59.
5.3. Diagnóstico para clasificar pacientes con desorden de ansiedad por separación.....	60.

5.4. Presencia de los padres y desensibilización de niños en el consultorio.....	61.
--	-----

## SEXTO CAPÍTULO.

Premedicación de pacientes ansiosos.....	63.
6.1. Clasificación de los fármacos.....	67.
6.2. Factores psicosociales.....	74.

CONCLUSIONES.....	76.
-------------------	-----

BIBLIOGRAFÍA.....	78.
-------------------	-----

## INTRODUCCIÓN

La práctica odontológica en niños, esta encaminada a condicionar a los pacientes pediátricos para aceptar un tratamiento dental futuro, guiándolos a través de sus experiencias odontológicas.

Para lograr esto, es necesario tener el conocimiento y la capacidad de atender de forma adecuada las necesidades odontológicas de los pacientes infantiles.

El miedo a tratamientos odontológicos es una de las primeras razones por las cuales se evade el cuidado dental, además esta íntimamente ligado a otras reacciones o sensaciones negativas como la ansiedad. La ansiedad es uno de los principales problemas por los que se abandona el tratamiento dental.

Considerando a la ansiedad y el miedo del niño como problemas que deben manejarse de forma adecuada por el Cirujano Dentista, es necesario conocer y distinguir correctamente a cada uno por separado.

Los comportamientos o conductas que desencadenan estados de miedo y ansiedad pueden pasar desapercibidos por el profesionalista. Un profesionalista debe estar capacitado para reconocer los factores que influyan en los estados de ansiedad dentro y fuera del consultorio dental.

Para comprender mejor se debe considerar todos los factores que desencadenan ansiedad en los niños. Las influencias por parte del medio en que se desarrolla el niño son variadas; pueden modificarse, controlarse y ajustarse a las necesidades emocionales y físicas del niño.

Es evidente que el comportamiento o conducta del Cirujano Dentista y de su personal influyen de manera directa en el desarrollo del comportamiento del niño dentro del consultorio dental, puesto que la percepción del niño se ve alterada con respecto a su tratamiento.

Para llevar a cabo un tratamiento de forma satisfactoria se debe contar con la cooperación total del paciente y la disposición de los padres. Lograr esto implica el desarrollo de ciertas habilidades y destreza por parte del profesionalista. El desarrollo debe preceder al aprendizaje, las habilidades deben funcionar con respecto al aprendizaje.

El Cirujano Dentista que desee realizar una especialidad en el tratamiento dental para niños, debe contar con la capacidad para reconocer el comportamiento de este dentro del consultorio dental, para lograr un manejo adecuado del niño. El estudio de la psicología es fundamental para comprender las conductas de los niños, corregirlas y también eliminar comportamientos negativos, siendo ésta la meta del profesionalista.

Los problemas de ansiedad se presentan a cualquier edad, sexo, nivel socioeconómico y se da en relación directa con las manifestaciones de angustia, temor, miedo e incluso fobias y estrés del paciente pediátrico. El profesionalista y su personal no están exentos de ser afectados por algunas de estas emociones, por lo que distinguir las características de cada uno garantizará, junto con la cooperación del paciente, un mejor tratamiento.

Dentro de los factores externos que deben tomarse en cuenta para el manejo de pacientes con problemas de ansiedad y miedo que influyen en la actitud del niño hacia el tratamiento, son generalmente las ejercidas por los padres, la escuela y los parientes con los cuales el niño tiene contacto directo.

Por lo tanto, el profesionalista se debe enfocar también hacia la educación de los padres para poder erradicar a futuro las manifestaciones emocionales negativas, no sólo en el consultorio, si no también en su vida futura y así establecer modelos de comportamiento y actitudes benéficas para el comportamiento del niño.

Si deseamos tener buenos pacientes pediátricos primero se debe educar a los padres, esto es educar para ser educado.

La mayoría de los niños han sido preparados psicológicamente con actitudes negativas por los padres para recibir tratamientos dentales, lo cual ocasiona problemas emocionales, ya que la experiencia de los adultos transmitida hacia los niños es de forma subjetiva y los prepara hacia algo terrible, lo cual se hace evidente en el momento de realizar el tratamiento odontológico. Un niño busca la preservación de su seguridad y es nuestra obligación mantener esa seguridad.

Es muy importante considerar la edad del paciente, ya que, por ejemplo, en los niños pequeños el sentimiento de inseguridad y de un daño físico inminente, ocasiona una reacción defensiva.

Es válido, por lo tanto, usar todos los medios disponibles para manejar a los niños y lograr una conducta adecuada en relación con todo el equipo dental y los padres.

No se debe olvidar que como profesionistas de la salud, hay que lograr ciertas metas para asegurar nuestra satisfacción y el mayor beneficio en la salud dental de los pacientes.

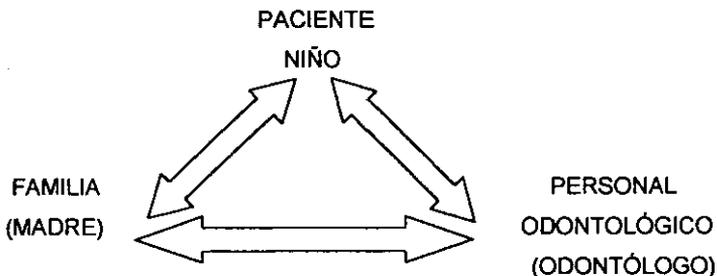
El conocer los estados de ansiedad por los que atraviesa un paciente pediátrico durante el transcurso del tratamiento dental facilita el trabajo del Cirujano Dentista; este trabajo esta destinado a conocer las formas de identificar y actuar ante determinadas conductas y reacciones por las que atraviase un niño.

## I. CONCEPTOS BÁSICOS: ANSIEDAD, ANGUSTIA, TEMOR Y MIEDO.

En el presente capítulo se ofrece distinguir la ansiedad y otro tipo de actitudes o acciones que el niño experimenta con el fin de determinar las características de cada uno y reconocerlas en la práctica diaria dentro del consultorio una vez que se hacen evidentes, para corregirlas de forma adecuada y oportuna, para lo cual comenzaremos con la descripción detallada de los acontecimientos que se presentan en cada actitud y conducta.

Para conocer el proceso de la ansiedad, es necesario evaluar las conductas que desarrolla el niño a lo largo de su vida. Los fundamentos para la práctica odontológica en niños radica principalmente en la capacidad de guiar de una forma correcta al paciente a través de sus experiencias odontológicas.

La diferencia principal entre el tratamiento realizado en niños y uno realizado en adultos, radica fundamentalmente en la relación personal. El tratamiento de niños generalmente involucra una relación uno - a dos, es decir, profesionalista - paciente/niño - familia. Por lo que es necesario conocer y organizar las conductas del niño dentro del consultorio dental.



El trabajo esta encaminado a analizar las etapas físicas y mentales por las cuales atraviesan los pacientes pediátricos como son su desarrollo, reacciones y patrones de conducta, que experimentan a lo largo de su tratamiento dental.

Para llevar a cabo esto, es necesario contar con los conocimientos básicos sobre conducta del niño, su naturaleza y sus diferentes tipos de reacciones.

Se debe contemplar el aspecto psicológico en el que se encuentran los pacientes en el momento de recibir su tratamiento odontológico.

El Cirujano Dentista al recibir al paciente, ya sea por primera vez o en un tratamiento subsecuente, se esta vinculando emocionalmente con cada paciente.

Para manejar con éxito las situaciones de ansiedad, se toman en cuenta diversos factores que influyen en la conducta; estos factores se clasifican fácilmente en psicológicos y socioeconómicos que son los más importantes en la formación de actitudes y modelos de comportamiento en la odontología.

El manejo adecuado del paciente pediátrico es responsabilidad del Cirujano Dentista y su personal, los cuales pueden asumir sin proponérselo cualquier acción errónea que podría desencadenar o influenciar en situaciones de ansiedad, temor o miedo, innecesarios en los niños, por lo cual deben estar alerta y evitar en lo posible este tipo de acciones.

La preparación emocional del niño, proporciona ventajas que pueden decidir el éxito o fracaso en el trabajo a realizarse.

Para comprender eso, es necesario conocer los conceptos de ansiedad, temor, miedo, puesto que cada uno se puede presentar sólo o desencadenar una reacción conjunta.

### 1.1. MIEDO:

Sentimiento de inquietud causado por un daño real o imaginario, suele ser una reacción o actitud de peligro real, es decir a un estímulo específico.

Un niño que presiente una amenaza a la seguridad de su vida al ser llevado al consultorio dental, se enfrenta a una nueva situación lo que desencadenará una reacción de miedo si es demasiado joven para comprender la razón del cambio.

Existe una relación entre la impresión de mimos, cuidados y la atención materna en la personalidad del niño, así como en sus reacciones de miedo posteriores en la vida. A medida que el niño crece y desarrolla su capacidad de razonar, se van descartando los miedos adquiridos, en relación a las experiencias y la inteligencia que le enseñan que hay pocas cosas a las cuales temer.

La inteligencia de los niños esta por lo tanto en relación directa con los sentimientos de miedo y temor, lo que asusta a un niño de 2 años de edad no puede hacerlo con uno de 6. Por lo tanto la edad es determinante e importante de lo que podría producir miedo o no en el niño.

## 1.2. ANSIEDAD:

Sensación o sentimiento indeterminado desagradable de tensión interior de peligro inminente, es decir, reacción psíquica a lo indefinido e irreal.

La ansiedad se encuentra a la par de estados de ánimo o sentimientos como la soledad, falta de afecto, inutilidad, desconfianza, incapacidad, hostilidad, angustia, temor y miedo. Pero no es exclusiva de sentimientos negativos, se presenta también en sentimientos positivos como la felicidad y el afecto.

La ansiedad es el detonante a superar la barrera del miedo, provoca una aprensión mental ante un peligro de carácter físico, en cambio el miedo es un sentimiento o reacción a un peligro real, que hace que el niño intente protegerse de forma instintiva.

## 1.3. TEMOR:

Actividad emotiva caracterizada por una reacción a estímulos que el niño ve, oye y siente de una naturaleza desagradable provocado por estímulos externos.

El temor por lo general tiene características indefinidas, es más imaginario que real.

La mayoría de los temores han sido adquiridos objetiva o subjetivamente. Los temores objetivos, se producen por estimulación física directa, es decir se ven, se sienten, se oyen, en términos generales son

desagradables para el niño. Los temores subjetivos, se basan en sentimientos y actitudes que han sido sugeridos por padres, amigos o familiares que rodean al niño. Un niño a corta edad es más susceptible a la sugestión, esto provoca un miedo intenso a lo desconocido.

Los niños mayores por lo general experimentan un segundo tipo de temor que es adquirido y desarrollado por imitación de aquellos que temen.

La persona que imita puede temer a las tormentas con truenos, la visita al dentista, o situaciones en las que se vea involucrada su integridad física.

Un tercer temor expresado por el niño es el resultado de experiencias desagradables, por ejemplo, tratamientos que resulten traumáticos para la percepción del niño. En la práctica profesional por lo tanto no debemos suponer que los temores que expresan los niños hacia el consultorio dental se deben a causas específicas, no todos los pacientes mostrarán temor al recibir los tratamientos, puesto que la mayor parte de los temores que se hacen evidentes son de carácter real, resultado de experiencias previas o por imitación.

El miedo y la ansiedad del niño al tratamiento odontológico es ampliamente reconocido como una de las principales razones por las que se evade el cuidado dental, generalmente son adquiridos como resultado de contactos sociales, experiencias médicas y dentales traumáticas.

#### 1.4. ANGSTIA:

Reacción afectiva momentánea caracterizada por la incertidumbre y el pavor acompañado generalmente de alteraciones neurovegetativas como son las palpitaciones cardíacas, sudoración, temblores, visión difusa.

Consiste en una inquietud indeterminada frente a un peligro desconocido e incluso irreal experimentado como amenaza.

Se impone bruscamente y cesa relativamente pronto, dando lugar a un agotamiento tanto físico como mental.

Un Cirujano Dentista debe tener la capacidad de enfrentar cualquiera de estas situaciones, además de ayudar al niño a desarrollar habilidades para enfrentar la ansiedad y la angustia causadas por los tratamientos odontológicos.

Generalmente las situaciones de ansiedad y angustia en niños se pueden presentar desde el momento de la primera visita al consultorio dental, al iniciar la exploración clínica y hasta la realización de tratamientos más complejos (extracciones, pulpectomías, coronas, etc.). Es muy importante tomar en consideración la edad cronológica y mental del paciente ya que en niños muy pequeños, la ansiedad y la angustia son más evidentes.

Otro factor muy importante a considerar, son las conductas que demuestre el Cirujano Dentista y su personal ante el tratamiento. Las conductas dentro del consultorio, suelen llegar a ser detonantes de reacciones de ansiedad, angustia, miedo y temor dentro del consultorio. La

ansiedad produce tensión, tanto en los niños como en el profesionista y puede influir en el curso del tratamiento dental.

Una vez que se ha diferenciado cada una de las conductas, se lleva a cabo un enfoque psicológico de estas conductas para poder evaluar correctamente el grado de desarrollo de la conducta del niño, en relación con la edad física, cronológica y mental del pequeño, el grado de comprensión de los padres y la apreciación hacia el tratamiento dental, así como las posibilidades de interactuar con estas fuerzas.

Las emociones y la personalidad de un niño se establecen por la interacción con la gente importante de su vida temprana como sus padres, hermanos y otros parientes cercanos, incluso amigos, esto es más evidente en la segunda etapa de desarrollo del niño. La comprensión de cada etapa puede facilitar el enfoque de la conducta que presente. Conforme el niño madura su conducta se ve afectada sistemáticamente, es decir, el niño empieza a comportarse de acuerdo a su grado de madurez.

Desde pequeño, el niño empieza a experimentar emociones, aunque no esta consciente de la naturaleza del estímulo que las producen. A medida que crece y aumenta su capacidad mental, toma conciencia de todos los estímulos que producen alteraciones en su percepción de situaciones específicas. Las respuestas más primitivas se desarrollan para proteger al individuo del daño y la autodestrucción.

Los niños demasiado jóvenes tienen un comportamiento difícil de controlar debido a que racionalizan muy poco, es común que estos niños presenten reacciones negativas al tratamiento dental, como son episodios de angustia, miedo, temor y ansiedad.

La ansiedad no siempre constituye la preocupación principal y presenta algunas características especiales a diferencia de otras conductas:

1. No se puede observar directamente, por consiguiente, su presencia ha de interferirse de su efecto sobre la conducta.
2. Es un estado de ánimo, una experiencia subjetiva.
3. Es una emoción, sin objeto específico alguno.
4. Es una experiencia neurofisiológica y sociopsicológica general. Al aumentar en gravedad, produce una menor percepción consciente. Cuando es moderada, la reducción de la percepción es mínima.
5. Aumenta en las relaciones interpersonales que se perciben como amenazas a los sentimientos de valor, dignidad, integridad y respeto.

Se puede decir, por lo tanto, que la ansiedad es inducida por amenaza de alguno de los valores que, en caso de pacientes pediátricos, se consideran como esenciales a su existencia, es una amenaza a la personalidad, más que a un peligro periférico.

La ansiedad se comunica siempre en una relación interpersonal. El niño ansioso comunica a otros sus sentimientos. Por ejemplo, un niño suele experimentar angustia sobre un procedimiento específico de su tratamiento, este sentimiento se transferirá en forma de ansiedad a los pacientes en la sala de espera que desencadenan a su vez episodios de miedo o temor subjetivo.

A la vez, un paciente adulto que va a ser sometido a un tratamiento por períodos largos, puede experimentar cierta angustia que al niño hará evidente, provocando un sentimiento de miedo o rechazo en contra del profesionista (los niños perciben las situaciones y se asustan de las reacciones de los adultos). Por lo tanto es recomendable no intercalar pacientes adultos con pacientes infantiles en la práctica profesional general.

Los pacientes que se encuentran en estados de ansiedad y miedo pueden reaccionar de diversas formas, algunos niños afrontan la situación y contienen sus sentimientos aprensivos permitiendo que el tratamiento dental continúe. Otros, en cambio actúan de forma negativa de un alcance prolongado y amplio, que van desde la timidez hasta la neurosis y conflictos emocionales graves.

Como profesionistas debemos ser conscientes de los estados emocionales del paciente, se debe evitar en lo posible la ansiedad, temor, angustia y miedo, y si se presentan calmarlos resolviendo el conflicto que los causa.

Es muy difícil que un niño que ha sido lastimado por una manipulación inadecuada, al cual se le ha infringido un daño físico y provocado un dolor innecesario, acuda a consulta odontológica por voluntad propia, estos niños han desarrollado barreras en contra de los Cirujanos Dentistas ya que su estado emocional ha sido alterado, en tales casos la atención dental se debe llevar a cabo con lentitud y paciencia.

En los niños que tienen miedo intenso a lo desconocido, cualquier experiencia que sea nueva y desconocida producirá miedo y temor hasta que su bienestar no se vea amenazado. Su miedo es un intento de ajustarse a la

situación que temen sea dolorosa, esto provoca una situación de angustia y ansiedad que persistirá si no se corrige de forma oportuna.

## II. ETAPAS DEL DESARROLLO INFANTIL.

El presente capítulo pretende describir las etapas de desarrollo del niño y la importancia que tiene la edad en el tratamiento dental. La percepción de un niño se basa en el grado de inteligencia, a medida que va creciendo el niño desarrolla su percepción, reconociendo en base a la observación y lenguaje los estímulos que pueden dañarlo o beneficiarlo.

Se ha comprobado que niños más inteligentes muestran más miedo que los demás, tal vez por ser más conscientes del peligro y por mostrarse más reacios a aceptar seguridad expresada verbalmente.

El padre y el Cirujano Dentista deben estar conscientes de las variaciones de edad, para interpretar de manera correcta todas las reacciones a estímulos considerando la edad emocional, mental y cronológica del niño.

### 2.1. PERÍODO MOTOSENSORIAL 0 a 2 AÑOS DE EDAD.

En este período las actividades motosensoriales del niño están en desarrollo y aumentando; se caracteriza por su necesidad de actuar físicamente en el ambiente. Los niños demasiado pequeños no pueden resolver ciertos problemas, aunque estos se les sean mostrados en repetidas ocasiones, el niño mira al mundo de una manera diferente y codifica la información de diversas formas.

Durante el período motosensorial el odontólogo rara vez tiene injerencia. Las fuentes principales que influyen en la formación de su conducta son los padres, que son los que mantienen un contacto más íntimo y prolongado, por lo que es común encontrar en el niño ciertas

características por ejemplo, el síndrome de biberón que se distingue por problemas de caries en las piezas dentales primarias (dientes anteriores y posteriores superiores).

Por lo general el niño requiere de relaciones afectivas y protección para poder sobrevivir y lograr así un desarrollo físico y psicológico normal. La relación que el odontólogo logre con sus pacientes le permitirá adquirir un sentimiento de confianza en sí mismo.

Las características de un niño a esta edad, se dan sobre todo en sus capacidades motoras, por ejemplo, comienza a sujetar objetos y disfruta sus juegos interactuando con su medio.

Desde el punto de vista odontológico, estos pacientes son difíciles de tratar, puesto que no puede existir una comunicación coherente, el niño está más interesado en sí mismo y no le interesa lo que existe a su alrededor.

Entre el año y medio y los dos años de edad, el niño se vuelve desesperante ya que no puede permanecer por mucho tiempo en el mismo sitio y generalmente puede entender más palabras de las que dice y rara vez obedece a una orden verbal.

Se sugiere que para llevar a cabo tratamientos en pacientes muy pequeños se atiendan lo más rápidamente posible ya que la comunicación resulta ser imposible en algunos casos, además los pacientes resultan ser muy inquietos pues a esta edad es cuando empiezan a desarrollar capacidades motoras, interesándose en todo tipo de objetos, por lo que se sugiere usar las técnicas más simples y rápidas dentro de su tratamiento.

## 2.2. PERÍODO PREESCOLAR DE 2 a 5 AÑOS DE EDAD.

Es el período más importante en cuanto a conductas, dentro de la práctica profesional es cuando el Cirujano dentista tiene más contacto con los niños, influyendo en la formación de la actitud hacia la odontología.

Los padres juegan un papel importante en el desarrollo de conductas de ansiedad dentro del consultorio.

El niño tiene un mayor desarrollo de su lenguaje, su tolerancia de espera es muy poca, resulta dominante y puede llegar a expresar sus emociones de forma violenta, en algunos casos resulta difícil comunicarse con él. Aunque el niño ha desarrollado alguna comprensión del lenguaje y puede expresarse verbalmente, actúa de una forma egocéntrica. Como profesional, el odontólogo debe tomarlo en cuenta y diferenciar los pensamientos del paciente.

Cuando el niño preescolar describe sus actividades diarias o alguna lesión traumática puede comenzar por la mitad o por el final y dejar fuera partes esenciales de la información debido a que no entiende las perspectivas de lo que escucha y dice.

Por lo tanto, hasta antes de los 4 años, los niños poseen un razonamiento primitivo, posteriormente el niño empieza a escuchar pláticas de adultos con mayor atención aunque no comprenda totalmente. El niño no tiene experiencia suficiente con el mundo, se interroga a sí mismo, tiende a fantasear y crea pensamientos irreales, aunque para él son muy reales.

Comprende en forma de causa - efecto, las imágenes que representarían la verdad. Tiene un período de atención muy corto, el cual deberá tomarse en cuenta al momento de realizar cualquier tipo de tratamiento, si es que no se quiere fracasar.

A la edad de 4 años de edad se llega a la cumbre de los temores y de los 4 a los 6 años estos disminuyen gradualmente.

Es difícil lograr la cooperación del niño, además, este susceptible a presentar episodios de temor a lo desconocido. Es también a la edad de 4 años cuando el niño entra en períodos de conflictos muy marcados y de inestabilidad emocional. El niño está en inquietud constante entre su yo en evolución y su deseo de hacer lo que se pide.

Dentro del consultorio los niños presentan ansiedad a la separación de sus padres.

La relación del niño de entre 2 y 4 años de edad a la separación de sus padres son distintas cuando:

- a) El niño ha sido muy apegado a ellos, esto se hace más evidente cuando son hijos únicos o cuando son los más pequeños de la familia.
- b) El niño nunca ha podido formar una relación estable y afectuosa con ellos.

El miedo a los extraños alcanza su mayor intensidad entre los 2 y 3 años y se pierde a consecuencia de amplias asociaciones con otros extraños.

### 2.3. PERÍODO ESCOLAR DE 6 a 12 AÑOS DE EDAD.

Conforme el niño se aproxima a la edad escolar, la conceptualización adquiere estabilidad y coherencia, se considera un período operacional concreto esta ansioso por aprender mucho acerca del mundo. Puede clasificar los objetos y discriminar las relaciones entre ellos y el espacio.

Gradualmente capta que otros tienen comprensión e ideas diferentes y que él no está entendiendo mucho; por lo tanto está dispuesto a escuchar.

Este factor de desarrollo no sólo facilita el tratamiento, también ayuda a simplificar las explicaciones debido a que el niño está desarrollando un modelo lógico de causa y efecto basado en su creciente habilidad para conceptualizar y generalizar.

Aún cuando estos niños pueden resolver problemas más complejos, todavía tienen más confianza en las imágenes visuales que en los símbolos; en este período se requiere el uso de ejemplos concretos de ideas y de explicaciones abstractas de procedimientos.

### 2.4. PERÍODO DE ADOLESCENCIA DE 13 A 17 AÑOS DE EDAD.

Con el inicio del período operacional formal, el niño está entrando a la adolescencia, la cual puede ser un período fácil de desarrollo, o por el contrario confuso.

El paciente puede enfrentarse con lo abstracto así como también con la realidad, puede ver el futuro y sus potenciales. El adolescente a menudo tiene necesidad de explicaciones reales detalladas, incluyendo

razonamientos por los cuales él debe cooperar y comportarse, especialmente cuando a los adultos no se les exige que lo hagan. Hay varias opciones disponibles cuando la respuesta o la explicación no parece satisfactoria al adolescente:

- a) Explorar cualquier problema oculto subyacente a la cuestión verbalizada e intentar contestarlo.
- b) Valorar si el adolescente se siente desafiado por una respuesta y por consiguiente la anule.
- c) Asegurarse de que aún en el caso de que la respuesta no satisfaga al adolescente, él sepa que su cooperación con ciertas reglas es necesaria.

### III. CONDUCTAS DEL ODONTÓLOGO Y DEL PACIENTE.

El presente capítulo ofrece un punto de vista en relación con las conductas más comunes que se presentan dentro del consultorio dental, por lo cual se comenzará con la revisión de los principios de la conducta en la práctica de odontología pediátrica.

Conforme el niño normal madura y pasa por las diversas etapas del desarrollo, adquiere diversas experiencias. Obviamente mientras más pequeño es el niño, menor es el número de experiencias que ha aprendido y mayor la responsabilidad del dentista para enseñar la forma de comportarse.

La primera visita al consultorio odontológico debe ser en lo posible, una experiencia agradable para el niño. Si bien el odontólogo debe crear una atmósfera grata, hay niños que llegan con un diente dolorido que requieren atención aunque se resista, hay además problemas de manejo de la conducta del pequeño por lo que requieren suavidad en su trato, como también comprensión, y firmeza que resultaran en una cita productiva.

Se ha cuestionado como se debe iniciar el tratamiento dental del paciente pediátrico, algunos profesionistas recomiendan no utilizar instrumentos cortantes ni rotatorios a menos que sean muy necesarios, otros por el contrario recomiendan en la primera cita adentrar al paciente al consultorio para "familiarizarlo". Desafortunadamente no siempre tenemos la posibilidad de educar a los padres puesto que el niño al momento de llegar por primera vez al consultorio, es por una urgencia, molestia o dolor que ha sido evidente, por lo que el profesionista debe asegurar que los padres comprendan claramente las razones de una cita futura y evitar situaciones

que comprometan la integridad del sistema estomatognático brindando así una atención adecuada al niño.

Durante la primera visita dental del niño, es probable que no sea capaz de comprender la experiencia hasta que se encuentre activamente involucrado.

Por supuesto, puede haber sido preparado de antemano para reducir el temor a lo desconocido, pero si el niño es demasiado pequeño, particularmente si es menor de tres años de edad, el componente del desarrollo (maduración) no le permitirá formar un cuadro apropiado en su mente, que le permita prepararse para la nueva experiencia o para enfrentarla. En consecuencia, todos los odontólogos que tratan niños y adolescentes deberán enseñar al paciente lo necesario para que se comporte en forma apropiada durante el tratamiento.

El dentista debe discernir cual es la conducta apropiada y la forma de enseñarla y manejarla, esto se hace en base a la edad del paciente.

La Teoría de Aprendizaje Social, discutida por Miller sugiere que la mayoría de las conductas son aprendidas de otras personas.

Por otra parte, ciertos patrones de conducta aprendidos como los berrinches en una situación extraña, pueden cambiarse, este componente de la teoría predice que es posible eliminar muchas conductas hecho que no se asocia demasiado con la intervención en el manejo de la conducta.

Las diversas técnicas de la Teoría de Aprendizaje Social no son nuevas. Los profesores especiales, padres, trabajadores encargados de los niños y otros con habilidad inherente en su manejo, utilizan con frecuencia

las técnicas de conducta. La investigación ha demostrado sencillamente que técnicas son más eficaces, cuando y como deberán de emplearse. Como consecuencia, debido a que las conductas pueden ser aprendidas, estas mismas técnicas en el manejo de los niños, puede enseñarse a practicantes sin esa destreza.

Muchas personas que aprenden acerca de los procedimientos generales de la modificación de conducta, dicen que no hay nada más que el sentido común.

Los principios de la modificación de la conducta, moderan y organizan el sentido común y muestran bajo qué condiciones y en qué circunstancias cada aspecto del sentido común deberá aplicarse.

La conducta es una acción que puede ser observada y medida.

Observar la conducta de un niño es a menudo mucho más fácil que observar la de un adulto, debido a que las acciones del primero son en general más honestas. Las reacciones de un niño son con frecuencia el producto directo de sus sentimientos y no están disfrazadas por mecanismos de defensa y de experiencias previas.

El foco de la conducta es también importante, debido a que es más fácil trabajar con problemas observables que con algo vago como la inmadurez y el mal humor. Por último y más importante, el Cirujano Dentista debe ser capaz de definir la conducta apropiada o inapropiada antes de que pueda reforzarla o cambiarla. La modificación de la conducta asume que el ambiente actual (el consultorio dental) tiene mayor relevancia para afectar la conducta del niño que las experiencias más tempranas en la vida, los conflictos intrapsíquicos o la estructura de la personalidad.

El dentista debe estar consciente de algunos principios básicos de las dinámicas conductuales operantes.



Un evento que antecede, a menudo reconocido como un estímulo, provoca una conducta particular o una combinación de conductas que a su vez pueden conducir a una consecuencia o consecuencias particulares.

Esta es la percepción y la integración del estímulo o estímulos antecedentes, los cuales son moderados por la condición de desarrollo del niño, las experiencias previas y el temperamento básico. Las conductas resultantes pueden ser motoras (física), afectivas (emocional) o cognitivas (intelectual).

La consecuencia es un evento o respuesta que el niño comprende que es para reforzar o para castigar. Como resultado, las consecuencias a menudo determinan la forma en que el niño se comportará al recibir el mismo estímulo o uno similar.

Las consecuencias deseadas, dependen de la personalidad del dentista y del uso de refuerzos y represiones. Los refuerzos ayudan a que el aprendizaje se realice con más rapidez y por lo tanto debe ser algo que el niño identifica como para ser dado a consecuencia de su conducta.

La constancia es un factor principal en el manejo de la conducta. Para acelerar el proceso de aprendizaje y también debido a que la atención del niño puede ser corta, es necesario premiar inmediatamente y cada vez que se realice una conducta deseada. Una vez que el niño aprende la(s) conducta(s) deseada(s), el esfuerzo intermitente mantendrá la conducta.

### 3.1. COMPORTAMIENTO DEL ODONTOPEDIATRA HACIA EL NIÑO.

La conducta de un odontopediatra comprende una disciplina que se enfoca hacia los problemas psicológicos, sociológicos y del aprendizaje de los niños en relación con el tratamiento dental.

El trato con los niños es lo más importante, se está obligado a ser cortés e infundirles confianza conforme sea posible para familiarizarse con su entorno. La plática con los niños será en temas que a él le agraden e interesen, generalmente serán enfocadas a temas infantiles como los superhéroes, caricaturas, deportes, familia y amigos.

No se deben usar palabras agresivas o hirientes que el niño no entienda, ya que pueden desencadenar intranquilidad en el pequeño paciente. La modulación de voz es también importante, entre más alto sea el tono más inquietud producirá.

Es aconsejable relacionar al niño con nuestro trabajo, por ejemplo, hacer que el niño se sienta responsable de la jeringa triple y la importancia de su ayuda en el avance del tratamiento.

El odontopediatra debe comprender el desarrollo del niño antes de poder aplicar con éxito cualquier tratamiento.

La comprensión de un niño está determinada por la etapa del desarrollo por la cual curse, el enfoque que el Cirujano Dentista realice deberá ser apropiado y específico para cada paciente.

Los modos del niño para percibir son fundamentales y su reacción al ambiente es de forma innata y se modifica con la edad.

Cuando el profesional invite al niño a entrar por primera vez al consultorio, se debe saludar al niño y al acompañante, es recomendable que el acompañante sea el padre o la madre, los cuales proporcionarán información sobre la salud y conducta del niño.

Si el niño puede responder normalmente se puede excluir la presencia del acompañante. Una vez que se han obtenido los datos de la historia clínica por medio del interrogatorio debemos ganar la atención del niño y asegurar que escuche las indicaciones u ordenes que se expresen.

El uso de amenazas y sobornos es un medio erróneo para obtener obediencia, si un niño está asustado ha de intentarse aminorar su temor, si el niño no desea cooperar además de estar asustado, puede sentir aprensión.

La aprensión puede ser aliviada dando tiempo para explicar lo que se está realizando.

Para el desarrollo de nuevas experiencias el niño utiliza el ambiente y su entorno:

- ❖ Desarrollo motor: Aumento en el control y coordinación muscular.
- ❖ Desarrollo cognoscitivo: Pensamiento, conceptualización, razonamiento.
- ❖ Desarrollo de la percepción: Integración de las impresiones de los sentidos como el olfato, el oído y la vista.

❖ **Desarrollo social y de la personalidad:** Vías habituales de comportamiento con otras personas.

❖ **Desarrollo del lenguaje:** Progreso de las destrezas del lenguaje.

Un niño nace con varios reflejos como llorar, moverse o aferrarse, de esos reflejos se desarrollan un conjunto de conductas emocionales como la ansiedad, la angustia y el temor.

Para entender de mejor manera las características de conducta que provoquen ansiedad y miedo en los niños, es necesario identificar los factores más importantes en cada etapa en la vida del niño.

Las separaciones frecuentes o prolongadas durante los vulnerables años preescolares pueden producir diversos daños y causar problemas en la personalidad y en el comportamiento de los niños.

La mayoría de los pacientes presentan tres fases sucesivas, bastante características al verse separados de sus padres:

1) **Protesta:** En la que el niño muestra una congoja obvia, llora intensamente, se aferra a los padres y da muestras de mucha agitación a través de movimientos. Es frecuente que esto continúe después de que los padres se retiran a la sala de espera y generalmente el niño rechaza los intentos del odontólogo y la asistente por tranquilizarlo. A menudo el niño se duerme por que llega a estar exhausto. La reaparición de los padres es capaz de desencadenar otro ataque de protesta.

2) **Desesperanza:** Donde el niño es obviamente infeliz, menos demostrativo, tiende a permanecer inmóvil o a lloriquear, muestra poco interés por el ambiente.

3) **Separación:** Esta es la fase de comportamiento realmente engañosa, ya que el niño da una apariencia superficial de indiferencia, deja de llorar.

### 3.2. CONDUCTAS QUE DESENCADENAN ANSIEDAD Y MIEDO DENTRO DEL CONSULTORIO DENTAL

La ansiedad, angustia, miedo y temor son problemas comunes encontrados dentro del consultorio dental, estas manifestaciones pueden tener consecuencias severas. Resulta estresante para el profesionalista y para el paciente en sí, dando como resultado visitas irregulares, puesto que las manifestaciones de ansiedad interfieren con la percepción del paciente pediátrico.

Se ha demostrado que la conducta del Cirujano Dentista, asistente o personal dentro del consultorio puede ser un detonante de angustia y ansiedad en niños bajo tratamiento dental. Basta recordar que los temores de los adultos proviene de experiencias negativas o dolorosas de tratamientos pasados, y en consecuencia su temor ante una visita futura.

La relación entre la conducta del profesionalista y el paciente pediátrico se da en forma directa con episodios de ansiedad, angustia y miedo en los pacientes.

Se ha demostrado que la conducta del Cirujano Dentista juega un papel importante, puesto que a pacientes infantiles se les llega a tratar como adultos, queriendo corregir conductas normales de niños pequeños de forma

errónea, lo cual ocasiona que pacientes cooperadores se conviertan en pacientes difíciles. Un ejemplo de ello es que el paciente muestre ansiedad y angustia antes del tratamiento o durante éste por miedo a ser obligado, humillado o ignorado, puesto que en ocasiones esas son las conductas adoptadas por los profesionistas, que bajo promesas, o premios logran sus objetivos sin importar las consecuencias.

Debemos por lo tanto realizar intervenciones afectivas, que eviten un retroceso durante el tratamiento dental, sin presionar u obligar al niño a "dejarse atender" sin importar sus intereses. Esto se hará en base a la reacción emocional que el niño muestre al momento del tratamiento.

El Cirujano Dentista de práctica general frecuentemente emplea técnicas erróneas cuando afronta a niños pequeños con una conducta ansiosa o temerosa, lo que solo ocasiona que ésta se incremente, un ejemplo de ello es la realización de tratamientos o intervenciones sin interacción con el paciente (comunicación), lo cual repercute en la cooperación puesto que el niño no tiene la confianza de actuar.

En niños de corta edad el temor a caerse o movimientos súbitos e inesperados, desencadenan sentimiento de angustia y miedo a caer, el no avisar que se va a bajar el sillón o emplear movimientos muy enérgicos, es motivo suficiente para provocar miedo en el niño.

Una vez que el paciente se encuentra en el sillón dental, no se deben emplear movimientos de mano o brazos que sean muy enérgicos o rápidos ya que por lo general este tipo de movimientos atemorizan a niños muy pequeños. Las luces fuertes, especialmente la luz muy intensa de la unidad operatoria, produce miedo si se deja que brille en los ojos del niño.

Cuando un paciente hace evidente su condición de miedo, temor o ansiedad, se deberá emplear un abordaje distinto, sin restringir contacto, ya que resulta un error común evitar el contacto con niños "problema". Se deberá buscar, por lo tanto, una estrategia apropiada para su manejo.

Debemos emplear un lenguaje adecuado que no altere la percepción del niño evitando interferencias, además es importante el empleo de los materiales adecuados al momento de realizar un tratamiento, contar con lo necesario evitará que se comprometa el estado emocional, puesto que se reduce significativamente el tiempo del paciente en el sillón dental.

Algunas manifestaciones del niño se hacen evidentes, ejemplo de ellos son:

- ❖ Relajado.- Sonriendo, voluntarioso, capaz de conversar, lo cual es propicio para lograr las mejores condiciones de trabajo.
  
- ❖ Tenso.- Su tono de voz, sus preguntas demuestran o reflejan ansiedad, se hace manifiesto mientras dure el tratamiento, el niño se calla para mostrar su inconformidad. Sus manos permanecen abajo o ligeramente elevadas como señal de inconformidad. El niño coopera y es capaz de interpretar experiencias, su expresión facial es tensa, algunas veces respira elevando el pecho. Este tipo de paciente es capaz de cooperar bien al tratamiento que se le realice.
  
- ❖ Reacio.- Renuente a aceptar el tratamiento dental, es difícil de valorar, pronuncia protestas verbales, llora y usa sus manos para tratar de detener el tratamiento, protesta bastante durante el tratamiento, después de terminado este se expresa bien, hace frente a la situación con poca disposición, el tratamiento se efectúa con dificultad.

La ansiedad y el miedo interfieren con la habilidad para valorar la situación, generalmente su llanto no es asociado al tratamiento, frecuentemente se mueve excesivamente por lo que en algunas ocasiones se requiere de la restricción física. El niño puede rechazar la comunicación verbal y eventualmente esta poco dispuesto al tratamiento, e interrumpe de manera constante, por lo que se requiere de un esfuerzo para empezar a trabajar.

Hay niños que son más susceptibles al temor y ansiedad, generalmente son los niños más pequeños los que hacen evidente estas conductas (niños entre 0 y 3 años de edad).

Dentro del consultorio dental no solo la conducta del Cirujano Dentista y de su personal desencadenan ansiedad, una gran ventaja psicológica es la adaptación adecuada del consultorio dental, tanto los padres como los niños se impresionan si se demuestra un interés especial en los pacientes niños.

### 3.3. FACTORES QUE DESENCADENAN ANSIEDAD, TEMOR Y MIEDO.

Se puede enunciar en forma de lista cuáles son los factores que desencadenan ansiedad dentro del consultorio dental.

- ❖ La visita al dentista. Es quizá el más importante puesto que el niño presenta una predisposición a lo negativo.
  
- ❖ Gente con uniforme blanco. Generalmente el niño lo asocia de manera inmediata con el "doctor", "inyecciones", "piquetes", "dolor", "enfermedad", situaciones de peligro.

❖ **Extracciones.** Desafortunadamente esta predisposición se debe más a lo que el niño ha escuchado sea en el hogar o en la escuela. Muchos padres de familia amenazan con mandar al dentista a que les "saquen la muela" para corregir su comportamiento.

❖ **La pieza de mano.** El sonido que produce una pieza de mano puede ser molesto a algunos pacientes, principalmente a los niños, debido al desconocimiento de su funcionamiento.

❖ **Inyecciones.** El aplicar anestésicos puede desencadenar miedo, el empleo de jeringa debe de ser sin que el paciente se percate de la maniobra, puesto que un paciente niño que ve la jeringa o la aguja, se predispone al dolor de manera inmediata.

❖ **Alguna persona externa observando.** Un niño no gusta de ser visto, se incomoda puesto que cree que algo malo le esta ocurriendo. El profesionista que requiere de la ayuda de personas para tratarlo, el asistente deberá estar al tanto de lo que se ofrezca.

❖ **Tener la boca abierta,** lo cual significa para el niño que algo esta mal y requiere que lo traten, al igual que con las extracciones la predisposición se da más por lo que ha escuchado por los padres o por sus compañeros de la escuela.

El Cirujano Dentista debe tomar en consideración todo lo que puede desencadenar ansiedad, angustia o miedo en el consultorio. Esto se logra valorando y observando la respuesta de los niños ante situaciones específicas.

El Profesionalista que atienda a pacientes infantiles, deberá llevar un seguimiento formal, ganar la confianza de un niño no es tan fácil, ésta se puede alterar cuando el niño es tratado por diversos Cirujanos Dentistas en periodos muy cortos, puesto que el trato será muy diferente.

La consistencia del tratamiento se logra ganando la confianza tanto del niño como de los padres, una voz y personalidad agradables combinadas con un evidente interés en los problemas del momento, han conquistado los temores de muchos niños y el agrado de los adultos. Para el profesionalista, es mejor que la persona que acompañe al niño (sea padre, madre o alguna persona responsable) este enterado y comprenda el estado de salud dental del niño, para asumir las responsabilidades relativas al tratamiento. No se debe atender niños solo por conservar a los padres como pacientes.

#### IV. ABORDAJE PSICOLÓGICO DE LAS CONDUCTAS DE LOS NIÑOS.

Los fundamentos de la práctica odontológica para niños radican en la capacidad de guiarlos a través de sus experiencias odontológicas; esta capacidad es un prerequisite para poder atender sus necesidades odontológicas inmediatas.

El desarrollo de los niños abarca el estudio de todas las áreas del desarrollo humano desde la concepción hasta la adultez. El desarrollo implica cambios de tamaño, forma, función, estructuras o habilidades.

Alpren estableció que el principio general concerniente al desarrollo es que el desarrollo humano, no es unitario. Él sostenía que había diversos aspectos relativamente importantes en la evaluación del desarrollo infantil y que ningún aspecto único puede ser tomado para evaluar el desarrollo.

El estudio del desarrollo temprano de los niños relaciona los cambios con edades cronológicas específicas.

El amplio campo del desarrollo físico abarca cambios que ocurren en el tamaño del niño, su fuerza, coordinación motora, funcionamiento de los sistemas orgánicos, entre otros. Por eso el crecimiento físico total y la eficiencia del niño desde el momento de la concepción hasta la adultez se denomina "desarrollo físico".

Debido a que el desarrollo físico de un niño es relativamente independiente de las otras áreas principales del desarrollo, las subáreas del desarrollo físico también serán relativamente independientes.

Al relacionar cambios físicos con edades cronológicas específicas se llega al establecimiento de caracteres del desarrollo que se convierten en medios para evaluar en forma individual a los niños.

Estos van desde la lactancia hasta la niñez, se derivan dos especies de información:

1. La edad promedio en la cual un niño adquiere cierta habilidad en particular.
2. La gama normal de las edades en las cuales se adquiere determinada habilidad.

Conocer el principio general del desarrollo recuerda al odontólogo que debe considerar la capacidad o aptitud del individuo.

Otra área que ha recibido una gran atención por parte de los psicólogos se refiere a la socialización de los niños. De modo similar a lo ocurrido con el desarrollo físico, se han derivado aptitudes específicas para el desarrollo social; estas toman en cuenta tanto las aptitudes para las relaciones interpersonales como para la función independiente.

Un proceso importante para los odontólogos es el crecimiento del niño hacia su función independiente. Para su supervivencia, los niños pequeños dependen de otros para que los cuiden, alimenten y vistan. A medida que los

niños crecen y aumenta su capacidad de cuidarse o atenderse a sí mismos, van ganando una independencia social.

El reconocimiento del paso de la dependencia funcional a la autonomía funcional como proceso normal del desarrollo social, puede ayudar al odontólogo.

El desarrollo intelectual es, posiblemente, el área estudiada más ampliamente ya que cuantifica la capacidad mental en relación con la edad cronológica.

Un aspecto importante del nivel de funcionamiento, en general, es el nivel de las aptitudes sociales y adaptativas del niño. Es decir, es importante considerar cuán efectivo es el niño en alcanzar los estándares para la independencia individual y la responsabilidad social en las situaciones cotidianas.

El papel del medio ambiente es un factor tan especial como el desarrollo humano. El hecho de que parezca que cada niño tiene un temperamento característico desde su más temprana edad se hace evidente en el medio en que se desarrolla.

#### 4.1. TIPOS DE TEMPERAMENTO.

Hay tres tipos generales de temperamento:

- ❖ Uno de los tipos está caracterizado por un humor positivo. Estos niños exhiben una regularidad en las funciones orgánicas, baja o moderada intensidad de las reacciones, adaptabilidad y un abordaje positivo en lugar de rehuir a las situaciones.

❖ El otro grupo de características describe a los "niños difíciles" con funciones orgánicas irregulares, reacciones intensas, tendencia a alejarse de nuevos estímulos y lentitud para adaptarse a cambios funcionales.

❖ El tercer tipo de niños puede describirse como "lentos para calentarse". Típicamente, tienen bajo nivel de actividad, tienden a apartarse ante la exposición a nuevos estímulos, son lentos para adaptarse y de humor algo negativo y responden con mucha lentitud.

#### 4.2. VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA.

Resulta evidente que un niño temeroso o ansioso que supone que su visita al odontólogo será desagradable, probablemente tenga esa experiencia, en comparación con un niño con menor grado de temor o ansiedad. La ansiedad, miedo y el temor afectan la conducta del niño y, en gran medida, determinan el éxito de una sesión odontológica.

##### ANSIEDAD MATERNAL.

El efecto de la ansiedad materna sobre la visita del niño al odontólogo en ocasiones interfiere con el curso del tratamiento de forma directa

Los padres muy ansiosos tienden a afectar en forma negativa la conducta de sus hijos. Aunque los datos científicos revelan que los niños de toda edad pueden ser afectados por la ansiedad de la madre, el efecto es mayor en niños menores de 4 años de edad.

## HISTORIA MÉDICA.

Algunos odontopediatras creen que tiene poca importancia en cuanto a la conducta del niño en el consultorio odontológico, mientras que otros la consideran un factor primordial que afecta la cooperación del niño. Sin embargo, hay acuerdo general en cuanto a que los niños que tuvieron buenas experiencias médicas son más cooperativos con el odontólogo. Lo que importa es el aspecto emocional de las visitas pasadas, más que la cantidad.

## CONOCIMIENTO DEL PROBLEMA ODONTOLÓGICO.

Algunos niños llegan al odontólogo sabiendo que tienen un problema bucal. El problema puede ser serio o simple; sin embargo, hay una tendencia hacia la conducta negativa en la primera consulta odontológica cuando el niño cree o sabe que existe un problema.

### 4.3. CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA DE LOS NIÑOS EN CUANTO A SU COOPERACIÓN

Se han desarrollado numerosos sistemas de clasificación de la conducta de los niños en el ambiente odontológico.

El conocimiento de estos sistemas, es para el odontólogo una ventaja en más de un sentido ya que puede ayudarte en la orientación y elección adecuada del método de abordaje, brindando un medio para registrar metódicamente la conducta y ayudar a evaluar la validez de las investigaciones actuales.

Una de las clasificaciones clínicas agrupa a los niños en tres categorías:

- ❖ **Cooperadores.** La conducta cooperadora del paciente se toma en cuenta por que es la clave para realizar el tratamiento. La mayor parte de los niños que atendemos en el consultorio cooperan con el tratamiento.
- ❖ **Con falta de capacidad para cooperar.** Esta categoría incluye a los niños muy pequeños con los cuales no se puede establecer comunicación y de los cuales no puede esperarse comprensión. A causa de su edad, no tienen la capacidad para cooperar son aquellos que tienen estados específicos que los debilitan o discapacitan. La gravedad de su estado impide la cooperación de la manera habitual. A veces, se emplean con ellos técnicas especiales para manejar su conducta.
- ❖ **Potencialmente cooperadores.** Son los niños con problemas de conducta; este tipo de conducta difiere de las de aquellos que carecen de la capacidad de cooperar, por que estos niños tienen la capacidad de actuar cooperando. La conducta del niño puede ser modificada.

Existe la Escala de Frankl de Clasificación de la conducta, que divide a las conductas observadas en niños en cuatro categorías:

**TIPO 1. DEFINITIVAMENTE NEGATIVA.** Rechaza el tratamiento, grita frecuentemente, esta temeroso o tiene cualquier otra evidencia de negativismo extremo.

**TIPO 2. NEGATIVO.** Dificilmente acepta el tratamiento, no coopera tiene algunas evidencias de actitudes negativas pero no pronunciadas (arisco, lejano).

**TIPO 3. POSITIVO.** Acepta el tratamiento, a veces es cauteloso pero muestra voluntad para acatar las indicaciones del odontólogo, a veces con reservas, pero el paciente sigue todas las indicaciones cooperando.

**TIPO 4. DEFINITIVAMENTE POSITIVA.** Buena relación y armonía con el odontólogo, interesado en los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta.

#### **4.4. COMPORTAMIENTO DEL NIÑO DESDE EL PUNTO DE VISTA EMOCIONAL.**

Las actitudes asumidas por los padres de familia, tienen una repercusión muy grave en el estado emocional y la personalidad del niño; por lo tanto debemos reconocer los diferentes tipos de niños en relación con el afecto o descuido de sus padres:

- ❖ **Niños que reciben afecto exagerado:** Estos niños demuestran estar inadecuadamente preparados para valerse por sí mismos, ya que en la mayoría de los casos, la madre es quien decide por ellos logrando con esto que el niño sea incapaz de conducirse por sí solo y además demuestre falta de valor en el consultorio. Por lo general distinguimos a estos pacientes como hijos únicos o primogénitos y su conducta es renuente.
- ❖ **Niños sobre protegidos:** Son niños similares a los niños que reciben afecto exagerado, pero estos, por estar acaparados por la madre, se vuelven berrinchudos y fanfarrones. Por lo general los padres de niños sobreprotegidos, tienden a sentir incomodidad a dejar al niño con el Cirujano Dentista por miedo a daño, si se permite la presencia de los padres el trabajo del Profesionista se ve alterado.

❖ **Niño que es hijo único:** Es aquel en el que se vuelcan demasiadas atenciones, o manifestaciones de cariño, ansiedad, protección o indulgencia.

No es muy común en todos los casos, pero con estas características el niño se puede volver sumamente caprichoso, tímido, miedoso, ansioso o retraído. El uso inadecuado de conductas con este tipo de paciente da como resultado un rechazo a tratamientos posteriores.

❖ **Niños carentes de afecto:** Son aquellos niños que sufren por la indiferencia y el desapego que les demuestran sus padres, lo cual trae como consecuencia que el niño se vuelva inseguro e incapaz de enfrentarse a cualquier circunstancia o experiencia. Suelen manifestar ansiedad y angustia con mayor frecuencia, son más susceptibles a presentar episodios de temor o miedo, por lo general estos niños provienen de familias numerosas o de bajos recursos económicos lo cual no permite una atención apropiada por parte de los padres. El descuido puede ser evidente en uno o varios de los hijos.

❖ **Niños con padres gritones o con padres autoritarios:** Si el padre suele ser regañón, trae como consecuencia que el niño se vuelva asustadizo y que demuestre tensión física o emocional, por lo tanto, el niño se aleja del medio que le rodea y es incapaz de convivir con los demás, aún convenciéndolo por medio de la razón o por otros medios. Dentro del consultorio dental el paciente pediátrico suele mostrar ansiedad y temor ante el tratamiento, y su estrés emocional es más evidente. El manejo de estos niños debe enfocarse a modificar su actitud social para permitir tratamientos dentales futuros.

❖ **Niños tímidos, asustadizos o vergonzosos:** Son aquellos que no han tenido contacto con personas fuera del ambiente familiar, son incapaces de convivir o alternar con personas extrañas. Las manifestaciones de temor y

ansiedad que presentan estos niños generalmente no son hacia el tratamiento en sí, estos se desencadenan por la presencia de personas desconocidas y quedar alejado de los padres.

❖ Niño incorregible: Es aquel que tiende a llorar, patear y golpear lo que se encuentre a su alcance o inventa un sin número de situaciones alarmantes para que no lo lleven al consultorio dental. Generalmente, los pacientes al momento de presentarse al consultorio llegan en un estado de estrés emocional y ansiedad, harán lo posible por evitar o dificultar el trabajo del profesional. El Cirujano Dentista debe de convencer al niño de aceptar el tratamiento dental en citas posteriores.

❖ Niño miedoso: Es aquel que puede sentir realmente miedo al tratamiento dental, o bien se encuentra amenazado en su hogar o en la escuela, en donde constantemente se ve bombardeado por comentarios negativos como "te va a doler", "te van a inyectar", "si te portas mal te van a sacar tus dientes". Corregir los estímulos que provoquen su miedo o temor, reducirá significativamente las manifestaciones de ansiedad.

❖ Niños desafiantes: Son aquellos que se sienten capaces de retar al Cirujano Dentista en un momento dado, ya que suelen comportarse de una manera primitiva y retadora o de mucha autosuficiencia, que puede ser una manifestación de ansiedad o de inseguridad presente ante lo desconocido.

#### 4.5. INTERROGATORIO FUNCIONAL.

Antes de que el odontólogo llegue a tratar al niño, por lo general obtiene primero la Historia Clínica. Sin embargo también debe hacerse un interrogatorio funcional desde el punto de vista de la conducta. Durante el interrogatorio, tenemos dos objetivos principales:

- a) Conocer todo acerca del interés del paciente y de sus padres.
- b) Reunir información que nos permita una estimación segura de la capacidad de cooperación del niño.

Uniendo los hallazgos del interrogatorio funcional con la experiencia clínica, el odontólogo estará en una posición mucho mejor para satisfacer las necesidades del paciente y para aplicar las estrategias de abordaje apropiadas para tratar a los niños que por el simple procedimiento estando inadecuadamente informado.

#### 4.6. PADRES DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS.

Casi desde el día de su nacimiento la conducta de los niños es modelada por sus padres por medio del aliento y desaliento selectivo de conductas determinadas, por medio de sus técnicas disciplinarias y por la libertad que permiten. En sus primeros años, por lo menos, los niños aprenden especialmente de sus padres, lo que supuestamente pueden o deben hacer y las conductas que les están prohibidas. Por eso, los padres pueden desempeñar un papel importante en el tratamiento odontopediátrico debido a que la odontología es simplemente otra faceta de la vida en la cual los pequeños deben enfrentarse.

Aunque es responsabilidad del equipo odontológico modelar la conducta del niño en el consultorio odontológico, el apoyo y la comprensión de los padres son necesarios para esa empresa, mantener una buena comunicación con ellos es prioritario.

La situación socioeconómica de los padres también tiene cierta conexión con su aceptación de los métodos de abordaje.

Los padres con orientación al futuro, conscientes y de clase media, tienden a buscar atención odontológica antes de que exista un problema y cooperan bastante. El equipo odontológico debe reconocer la individualidad de los padres para brindar la mejor atención a sus hijos.

Wright y colaboradores, describieron actitudes inconvenientes de los padres y sugirieron estrategias para su manejo:

#### **PADRES SOBREPTECTORES.**

Las actitudes de los padres sobre protectores a menudo impiden el progreso natural el niño hacia su independencia. Esta actitud puede surgir de una diversa cantidad de factores como:

- ❖ Una experiencia peligrosa para la salud del niño durante su gestación o después de su nacimiento.
- ❖ Por que el padre o la madre fueron criados en un lugar donde faltaba amor y calor.
- ❖ Por desajustes en la familia.
- ❖ Por ciertas perturbaciones psíquicas del padre o la madre, que le crean una necesidad anormal de que el niño dependa de ellos.

Apuntar a la falta de aprensión de los niños pequeños y a señalar la importancia de establecer una relación uno - a uno entre el niño y el

odontólogo. satisface generalmente a la mayoría de los padres sobre protectores.

#### **PADRES MANIPULADORES.**

El comportamiento manipulador se manifiesta por las actitudes demasiado exigentes. Inicialmente, las demandas pueden centrarse a la hora de la consulta pero pueden extenderse hasta pretender dirigir el diagnóstico o el tratamiento. Como las exigencias o manejos pueden ser contrarios a las normas de atención en el consultorio o a los mejores intereses para la atención de la salud bucal del niño, el profesional debe regular la situación y manejar a los padres.

#### **PADRES HOSTILES.**

La conducta hostil la demuestran los padres que cuestionan la necesidad de tratamiento. La razón de la hostilidad puede no ser evidente por el profesional ocupado, pero puede ser el resultado de:

- 1) Malas experiencias personales con la odontología.
- 2) Un negativismo general hacia los profesionales de la salud.
- 3) Sentimientos de inseguridad en un ambiente extraño.
- 4) Errores de concepto en cuanto a la odontología.

El odontólogo debe tener paciencia con estos padres, por que puede ser que simplemente no entiendan el tratamiento que se propone.

## **PADRES NEGLIGENTES.**

Los padres negligentes pueden no ser advertidos inicialmente. Por lo general se descubren por que no cumplen con las especificaciones, faltan a las conductas de seguimiento y no controlan la higiene ni los hábitos de acuerdo con lo programado. Algunos padres no pueden apreciar los beneficios de la buena atención odontológica, a pesar de que llevan a sus hijos al odontólogo. Otros padres que reconocen la importancia de la odontología para sus hijos pueden no ser cuidadosos o estar muy ocupados con sus actividades cotidianas como para ocuparse de la odontología con su debida atención.

### **4.7. ESTRATEGIAS DEL EQUIPO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA.**

Un objetivo primario durante los procedimientos odontológicos es llevar a los niños paso a paso para que desarrollen una actitud positiva hacia la odontología. Afortunadamente, la mayor parte de los niños progresa con facilidad y agradablemente a través de sus visitas al odontólogo, sin que se ejerzan presiones indebidas sobre ellos mismos o sobre el equipo odontológico. Estos éxitos pueden ser atribuidos a una cantidad de factores, como una personalidad confiada del niño, la preparación adecuada del niño por parte de los padres para la visita o bien las excelentes cualidades comunicativas del equipo odontológico. Por otra parte, las experiencias de algunos niños en el consultorio les provocan ansiedad y el principio de una actitud negativa hacia la odontología.

Dado que las técnicas de abordaje se usan cotidianamente y con naturalidad por muchas personas, muchas veces su importancia es subestimada o se da por sabida. Esto aumenta la posibilidad de que ocurran

problemas de conducta que serían evitables. Sin embargo, la comprensión plena y la implementación consiente de las estrategias pueden llegar a mejorar de manera significativa la capacidad para abordar a los niños.

#### 4.8. MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA PREVIAMENTE A LA CITA.

Los psicólogos desarrollaron muchas técnicas para modificar la conducta de los pacientes usando los principios de la teoría del aprendizaje.

Estas técnicas se denominan modificación de la conducta. Por lo general están pensadas en conjunción con las relaciones intraoperatorias odontólogo – paciente. Sin embargo, la modificación de la conducta previamente a la cita se refiere a algo que se dice o se hace para influir positivamente sobre la conducta del niño antes de que éste entre al consultorio dental. El mérito de esta estrategia es preparar al paciente pediátrico facilitando su introducción a los tratamientos odontológicos.

La primera visita odontológica es crucial en la formación de las actitudes del niño con respecto a la odontología. En años recientes se formularon varios métodos de modificación preoperatoria de la conducta con ayuda de medios audiovisuales. Se produjeron películas o videos para brindar un modelo al joven paciente; el objetivo era que el paciente reprodujese la conducta exhibida por el modelo.

La modificación preoperatoria de la conducta puede efectuarse también con modelos vivientes de pacientes, como por ejemplo hermanos, otros niños o los padres. Existen varios procedimientos modeladores, los cuales ofrecen al odontólogo algunos medios interesantes para modificar la conducta del niño antes de su atención odontológica y son:

- 1) Estimulación de nuevas conductas.
- 2) Facilitación de la conducta en un tiempo más breve.
- 3) Desinhibición de la conducta inadecuada por causa del miedo.
- 4) Extinción de los temores.

La importancia de brindar instrucciones a los padres para que preparen a sus hijos para la atención odontológica no puede ni debe ser subestimada.

#### 4.9. FUNDAMENTOS DE LA CONDUCTA DIRIGIDA.

La conducta o manejo de la conducta implica a todo el equipo odontológico. De allí que todo el personal tiene el compromiso de guiar al niño a través de su experiencia odontológica.

La dirección o manejo de la conducta es el medio por el cual el equipo odontológico realiza efectiva y eficazmente el tratamiento de un niño y, al mismo tiempo, le infunde una actividad positiva hacia la odontología.

Se han desarrollado varios métodos de dirección de pacientes odontopediátricos en el transcurso de los años, ciertas prácticas y conceptos siguen siendo fundamentales para el buen manejo de la conducta. Estas son básicas para establecer buenas relaciones entre el equipo profesional y el niño. Estas prácticas aumentan las posibilidades de éxito al tratar niños, deben ser consideradas como inviolables. Los siguientes principios de manejo de la conducta se centran alrededor de la actitud e integridad de todo el equipo odontológico.

## EL ABORDAJE POSITIVO.

La actitud o las expectativas del odontólogo pueden afectar el resultado de una sesión odontológica. El niño responderá con el tipo de actitud esperada, en esencia el niño cumple con las expectativas del odontólogo.

Para poder obtener éxito en el tratamiento de los pacientes pediátricos, es importante anticiparse al desarrollo del tratamiento y estar preparados para resolver cualquier eventualidad.

## LA ACTITUD DEL EQUIPO.

Los factores de personalidad, como la calidez y el interés, pueden transmitirse sin necesidad de hablar y son factores críticos al tratar con niños.

## ORGANIZACIÓN.

Cada consultorio odontológico debe tener su propio programa para contingencias, y el todo personal debe conocer con anticipación qué se espera de ellos y que deben hacer. Tales programas aumentan la eficiencia y contribuyen las buenas relaciones niño – personal del equipo asistencial.

## VERACIDAD.

Para los niños, el equipo odontológico asistencial será veraz o no.

Como la veracidad es extremadamente importante para generar confianza, es una regla fundamental para tratar con niños.

## **TOLERANCIA.**

El nivel de tolerancia varía de una persona a otra. Se refiere a la capacidad del odontólogo para enfrentar racionalmente la mala conducta del niño manteniendo la compostura.

## **FLEXIBILIDAD.**

Los niños pequeños pueden requerir un cambio en la posición de trabajo, por eso el equipo asistencial debe ser flexible.

## **4.10. COMUNICACIÓN CON LOS NIÑOS.**

Muchas técnicas efectivas han sido sugeridas para la comunicación.

Estos puntos clave son pautas, no reglas inflexibles, por que en el mundo impredecible del trato con los niños debemos siempre de estar preparados para improvisar según lo demande la situación.

## **INSTAURACIÓN DE LA COMUNICACIÓN.**

Al entablar una comunicación con un niño, el odontólogo no solo conocerá más de su paciente sino que también puede lograr que el niño se relaje. Hay muchos modos de iniciar la comunicación verbal y la efectividad de estos abordajes difiere según la edad del niño.

## DETERMINACIÓN DEL COMUNICADOR.

Es importante que la comunicación surja de una fuente única.

Cuando el odontólogo y asistente dental dan indicaciones al mismo momento, el resultado puede ser una respuesta indeseable simplemente por que el niño se confunde.

## CLARIDAD DEL MENSAJE

El mensaje debe ser comprendido en el mismo sentido tanto por el emisor como por el receptor. Para mejorar la claridad de los mensajes para los jóvenes pacientes, se usan eufemismos o palabras sustitutivas para explicar los procedimientos.

Es importante ser cuidadoso en la selección de las palabras y frases que se ha de emplear para adoctrinar al nuevo paciente odontopediátrico, para el niño pequeño las palabras son la base para muchas generalizaciones.

Cabe recordar que en pacientes muy pequeños, el empleo de mensajes por muy claros y sencillos que se empleen no serán recibidos de forma correcta, puesto que en este periodo el niño actúa de forma egocéntrica, debido al desarrollo de lenguaje, por lo que se recomienda el empleo de claridad del mensaje cuando el paciente tenga un dominio de lenguaje. En ocasiones se reduce la ansiedad de los niños escolares al comprender los tratamientos que se le han de aplicar.

## CONTROL DE LA VOZ.

Se usan órdenes súbitas y firmes para llamar la atención del niño o para que suspenda lo que estaba haciendo. La conversación monótona y confortante

se supone que funciona como la música con respecto al ánimo. En ambos casos, lo que se oye es más importante por que el odontólogo intenta influir directamente en la conducta y no por medio de la comprensión o el intelecto.

Es quizá el elemento más empleado en niños que sufren de ansiedad, angustia, miedo o temor puesto que su estado emocional no le permite escuchar o comprender las indicaciones o mensaje que el Cirujano dentista desea transmitir. Si el mensaje es transmitido correctamente se lograra una ventaja sobre el control de la conducta del paciente infantil.

### **ESCUCHA ACTIVA.**

Escuchar también es importante en el tratamiento de niños. Sin embargo, al tratar con los niños de más edad el escuchar puede ser más importante que con los pequeños, con los cuales la atención a la conducta no verbal con frecuencia es más crucial. De esto nos valdremos para educar a nuestros pacientes fomentando el interés y la importancia de recibir un tratamiento dental a futuro, también es el medio adecuado para corregir problemas de conducta, reducir ansiedad, temor, miedo y estrés al recibir tratamiento, por el nivel de comprensión y razonamiento.

### **RESPUESTAS APROPIADAS.**

Otro de los principios de la comunicación con los niños es que la respuesta debe ser apropiada para la situación. La propiedad de la respuesta depende principalmente de la extensión y naturaleza de la relación con el niño, de la edad de este y de la evaluación de los motivos de su conducta.

Las manifestaciones de ansiedad, miedo o temor, desencadenan episodios de estrés emocional y físico que repercute en el éxito o fracaso del tratamiento, por lo general el empleo de control de conducta, busca lograr

una respuesta adecuada de acuerdo a la edad del paciente, al lograr esto se reduce el tiempo operatorio al mínimo.

#### 4.11. CONFORMACIÓN DE LA CONDUCTA.

La conformación o regulación de la conducta es una técnica no farmacológica habitual. Es una forma de modificación de la conducta; en consecuencia, se basa en los principios establecidos del aprendizaje social.

Por definición, es el procedimiento que desarrolla muy lentamente la conducta por el refuerzo de sucesivas aproximaciones, hasta que esta se presenta. Se llama Teoría del estímulo y la respuesta (E-R).

Al conformar la conducta, asistente dental y odontólogo enseñan al niño como conducirse. Los niños pequeños son enseñados por estos procedimientos paso a paso. Deben ser comunicativos y cooperadores para absorber la información que puede ser compleja para ellos. El siguiente es un modelo de conformación de la conducta:

- 1) Establezca desde el principio el objetivo general para ese niño.
- 2) Explique la necesidad del procedimiento. Un niño que comprende las razones es más probable que colabore.
- 3) Divida la explicación del procedimiento. Los niños no siempre pueden comprender todo el procedimiento con una explicación única; en consecuencia, serán llevados con lentitud a través del procedimiento.
- 4) Haga todas las explicaciones al nivel de comprensión del niño. Incluya el uso apropiado de eufemismos.

- 5) Use aproximaciones sucesivas. Técnica decir – mostrar - hacer. (DMH) Debe ser usado como rutina por todos los miembros del equipo odontológico que trabaja con niños. Cuando el odontólogo trabaja en la boca, se deberá mostrar al niño todo lo posible del procedimiento. Sólo cuando el niño tenga esta visión es que las aproximaciones sucesivas se estarán haciendo correctamente.
- 6) Refuerce la conducta apropiada. Sea lo más específico posible, por que el refuerzo específico es más efectivo que uno generalizado.
- 7) Hacer caso omiso de las conductas inapropiadas de menos importancia. Al ignorar esas muestras menores de mala conducta, tenderán a extinguirse por sí mismas al no reforzarlas.

#### 4.12. REENTRENAMIENTO.

Los niños que requieren reentrenamiento llegan al consultorio odontológico mostrando una aprensión considerable o conducta negativa.

La conducta demostrada puede ser el resultado de una visita anterior o el efecto de una orientación incorrecta de los padres o los colegas. La determinación del origen del problema es por supuesto útil, pues entonces el problema puede ser evitado mediante el empleo de otra técnica o minimizado o podrá usarse la distracción.

Cuando se encuentra ante conductas negativas, el odontólogo siempre debe tener en cuenta que el objetivo es el de construir una nueva serie de asociaciones en la mente del niño. El niño desarrolla una nueva percepción del consultorio odontológico y una nueva relación hacia la odontología. Las conductas inaceptables aprendidas anteriormente se extinguen.

Los individuos responden a los estímulos para los cuales han sido precondicionados. Si el estímulo original y el nuevo estímulo son muy similares, entonces la respuesta será similar. Esto se conoce como generalización del estímulo.

#### 4.13. CONDICIONAMIENTO POR AVERSIÓN.

El método de modificación de la conducta del condicionamiento por aversión es conocido como: mano sobre la boca - aversión. Su propósito es ganar la atención de un niño con alta oposición, de modo que se pueda establecer la comunicación y obtener la cooperación para un tratamiento sin alternativas. La técnica se ajusta a la teoría del aprendizaje; los actos de desadaptación (gritos, puntapiés) se relacionan con la restricción y la conducta cooperadora se relaciona con la suspensión de la restricción (mano sobre la boca) y el uso del refuerzo positivo (elogio).

El condicionamiento por aversión no se usa rutinariamente sino como último recurso, por lo general con niños de 3 a 6 años de edad; para los muy pequeños, los inmaduros, los discapacitados físicos o aquellos que tienen afecciones mentales o emocionales este abordaje de la conducta es inaceptable.

## V. ANSIEDAD POR SEPARACIÓN

El presente capítulo pretende describir como reconocer la ansiedad por separación existente durante el tratamiento dental en el consultorio, con el fin de distinguir entre un estado normal de ansiedad, de temor, y la ansiedad por separación por lo cual se comenzará por describir la ansiedad por separación, y su importancia para el Cirujano Dentista en su práctica privada.

La angustia por separación es intensa, al punto del pánico, ya que el niño la experimenta cuando se separa de uno de sus padres o de otras personas queridas. Generalmente el síntoma emerge súbitamente en un niño que no ha tenido problemas. La angustia es suficientemente intensa para interferir en sus actividades normales.

En niños muy apegados a sus padres, la ansiedad por separación se inicia entre los 10 o 12 meses de edad y persiste hasta los 18 o 24 meses como un objeto permanente; probablemente como una coincidencia, a los 2 años el niño ha desarrollado su lenguaje y se relaciona con otros pequeños.

El apego parece tener importancia en la pérdida de ansiedad por separación. A los 18 meses de edad, el niño que es muy unido a sus padres debe ser capaz de sobrellevar la separación de su madre.

La ansiedad por separación pudiera no ser considerada como un comportamiento apropiado en un niño a la edad de 24 meses.

Un niño marca un orden, una necesidad y una adaptación. En este periodo la madre y el niño están en una interacción durante la cual la estructura psicológica es formada en un ambiente familiar.

Los profesionales que trabajen con niños deben entender y reconocer la ansiedad por separación, ya que es un factor importante en el manejo de conducta del niño. La ansiedad se relaciona de forma directa con objetos o situaciones específicas presentes en niños pequeños a los cuales no se les ha dado un tratamiento adecuado.

## 5.1. FACTORES QUE DESENCADENAN ANSIEDAD POR SEPARACIÓN.

A.- Ansiedad excesiva relacionada con separación de aquellos a quienes el niño está muy apegado.

1. Preocupación injustificada por posible daño que amenace a familiares cercanos, o temor por que se vayan y no regresen.
2. Miedo infundado de un suceso infortunado, por ejemplo ser lastimado por el Cirujano Dentista, que este lo "opere" lo "inyecte" o le "saque la muela".
3. Resistencia o renuencia a presentarse a consulta, con el fin de permanecer con sus padres y en casa.
4. Oposición insistente o negativa a visitar al médico o dentista, ir a la escuela o a lugares que para él representan la posibilidad de una separación.

5. Negativa persistente a estar solo con el Cirujano Dentista y malestar emocional al momento de recibir tratamiento.
6. Se queja de síntomas físicos en días de consulta y de escuela, por ejemplo de dolores de cabeza, dolores de estómago, náuseas e incluso vómito.
7. Signos de aflicción excesiva al separarse o antes de familiares cercanos, por ejemplo, berrinche o llanto, suplicas al padre que no se vaya en niños menores de 6 años, este malestar llega a convertirse en pánico.
8. Aislamiento social, apatía, tristeza o dificultad para concentrarse durante la consulta si no esta presente un familiar cercano.

B.- Edad del paciente.

C.- Trastornos del desarrollo.

D.- Trastornos psicológicos.

En el consultorio dental la ansiedad por separación es un problema en niños pequeños, no sólo es la separación también el ser sometidos a tratamientos molestos en algunos casos.

El niño se puede mostrar afligido por no estar con sus padres, el permitir o no la presencia del padre durante la atención odontológica es todavía un tema de controversia en la comunidad odontológica.

La Academia Americana de Odontología Pediátrica marca unos reglamentos (96-97) y reconoce que hay un amplio rango de diferencias

entre la filosofía del Cirujano Dentista y la interacción de los padres con sus hijos.

Pese a que se ha investigado poco la ansiedad por separación, las experiencias clínicas sugieren que es relativamente común. Su frecuencia es casi la misma en niños y en niñas y suele ser más común en pequeños de familias muy unidas y sobreprotectoras.

Los parámetros que deben seguirse para incluir o excluir a los padres del consultorio se debe considerar individualmente si se logra en el paciente un comportamiento positivo. La presencia de los padres puede mejorar el comportamiento del niño. Esto depende de la interacción del padre e hijo, por que padres ansiosos o agitados influyen negativamente en el tratamiento.

## 5.2. PRESENCIA DE LOS PADRES.

La presencia de los padres y el comportamiento en el consultorio se ha estudiado mucho, enfatizándose en la relación que existe entre la presencia de los padres ante la ansiedad de separación del niño y la edad del paciente. La presencia o ausencia de los padres durante el tratamiento con el comportamiento del niño por lo tanto es proporcional.

Generalmente la ansiedad por separación se desarrolla en forma normal en niños de 2 años. Si esto continua y comienza a interferir con la función del niño, se convierte en un desorden de ansiedad por separación.

Se pueden presentar diversas características que van desde temor a que algo lo dañe, preocupación por eventos pasados, que se rehusen a ir a la escuela, temor a dormir o solo querer dormir con los padres.

Se debe prestar atención a las actitudes de niños en edad preescolar.

Una característica de desorden de ansiedad por separación es la alteración de la función del niño con relación a su nivel de atención en la escuela.

Para niños que rehusan a ir a consulta, se recomienda mandarlos sólo cuando se tengan síntomas de algún problema bucal. Para casos más severos los padres deben acompañarlos al principio y poco a poco irse alejando hasta que el niño pueda quedarse solo (desensibilización).

El Cirujano Dentista no debe de confundir una simple fobia o ansiedad con un desorden de ansiedad por separación, el paciente que presente esto, deberá ser remitido con un especialista.

### 5.3. DIAGNÓSTICO PARA CLASIFICAR PACIENTES CON DESORDEN DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN.

1. Excesiva ansiedad desarrollada inapropiadamente por separación sea de su casa o de la persona a la que esta muy unido.
2. Estrés recurrente cuando se presenta antes de la separación.
3. Excesiva preocupación de perdida o alejamiento de la figura a la que se encuentra muy unido.
4. Se rehusa a ir a la escuela, al consultorio, o a cualquier lado que implique separación por miedo a quedar solo.

5 Demasiado temor a estar sólo, con otras personas que no sean la figura a la que esta muy unido.

#### 5.4. PRESENCIA DE LOS PADRES Y DESENSIBILIZACIÓN DE NIÑOS EN EL CONSULTORIO.

El profesionalista una vez que a distinguido problemas de ansiedad en el consultorio, debe desarrollar habilidades que le permitan ejercer su trabajo. El odontopediatra debe ser capaz de enfrentar y manejar de manera adecuada la conducta del niño, además de ayudar al niño a desarrollar habilidades para enfrentar la ansiedad causada por los procedimientos odontológicos y por la separación de los padres.

Es importante, por lo tanto, lo que los niños aprenden durante la primera visita al consultorio dental. El establecer una relación con base a la comunicación verbal con los padres y con los niños se considera un requisito primario para lograr un tratamiento exitoso. Las interpretaciones precisas de indicaciones no verbales, como expresiones faciales y movimientos del cuerpo, es otro medio de entender la conducta del paciente.

En los últimos años ha existido un incremento en la participación por parte de los padres durante el tratamiento dental de sus hijos, pues consideran que el comportamiento de estos será mejor con su presencia.

Se debe considerar la ansiedad de separación durante el tratamiento dental, por la presencia de los padres en niños menores de 3 años, como un comportamiento normal.

Si un niño mayor demanda la presencia de los padres puede ser un signo de desorden de ansiedad de separación o fobia odontológica, los orígenes de conducta fóbica, provienen de ansiedad generada por impulsos amenazadores.

A pesar de la edad, la presencia de los padres será demandada en un futuro. Por regla general los pacientes pequeños presentan estrés elevado al momento de la separación de los padres. El profesional tiene la obligación de decidir a que padres se excluye y a cuales no, con excepción de niños muy pequeños o con algún tipo de discapacidad, firmando previamente un contrato de consentimiento por parte de éste.

Algunos Cirujanos Dentistas, aceptan la presencia de los padres en el consultorio dental, basándose en la triada niño - padre - profesionalista (Triángulo de Wrigth).

A su vez es necesario valorar la conducta de los padres para permitir o no su presencia durante el tratamiento.

1. El padre repite ordenes que molestan al niño.
2. El padre da ordenes interviniendo en el manejo del odontopediatra.
3. El odontopediatra no puede usar el control de voz por que el padre pueda ofenderse.
4. El niño divide la atención entre el padre y el odontopediatra.
5. El odontopediatra divide la atención entre el padre y el hijo.

## VI. PREMEDICACIÓN DE PACIENTES ANSIOSOS.

Cuando son evidentes los estados de ansiedad ante el tratamiento dental, se produce una excitación en el paciente. Con frecuencia el dentista puede disminuir su ansiedad, temor, angustia o miedo, si maneja de manera adecuada al paciente, cuando esto falla, es posible administrar fármacos para relajar al paciente.

La producción de sedación moderada se obtiene mediante administración oral de fármacos clasificados como hipnóticos sedantes, ansiolíticos (tranquilizantes menores) y antihistamínicos sedantes, así como inhalación de óxido nitroso.

El empleo de fármacos para tratamiento de ansiedad en niños no es de uso reciente, desde los años treinta, se han usado fármacos para tratar muy distintas perturbaciones emocionales y de conducta del niño. En 1985, la Academia Americana de Pediatría Dental y la Academia Americana de Pediatría, firmaron un documento titulado Lineamiento para el uso de sedación consciente, la sedación profunda y la anestesia general en niños.

Según estos lineamientos, los objetivos de la sedación consciente son:

1. El bienestar del paciente.
2. Controlar la conducta del paciente.
3. Producir una reacción psicológica positiva al tratamiento.

4. Regresar al nivel preterapéutico de conciencia al momento de dar de alta al paciente.

Las sustancias que se usan en la actualidad, se pueden administrar por diversas vías:

- ❖ Vía intravenosa.
- ❖ Vía intramuscular.
- ❖ Vía oral.
- ❖ Vía parenteral.
- ❖ Por inhalación.

Muchas de las sustancias se emplean de manera combinada para potencializar el efecto, generalmente son empleados para producir sedación profunda cuando existe ansiedad grave.

Un niño que interrumpe frecuentemente el tratamiento y no responde a los procedimientos de manejo convencionales, ya sean psicológicos o físicos, pueden requerir de una terapia con drogas a fin de poder recibir un tratamiento odontológico adecuado.

La premedicación puede estar indicada para los siguientes tipos de pacientes:

1. Niños muy pequeños, de menos de tres años de edad que carecen de capacidad emocional e intelectual para cooperar.

2. Niños muy aprensivos en quienes la terapéutica con drogas puede ser usada conjuntamente con otras técnicas de reacondicionamiento.

3. Niños físicamente impedidos como los pacientes con parálisis cerebral ya que éste tipo de pacientes no pueden controlar sus funciones motoras adecuadamente ni voluntariamente.

4. Niños mentalmente impedidos como los pacientes con diversos Síndromes ya que carecen de la capacidad intelectual para cooperar y responder a las indicaciones.

El uso de medicamentos para controlar problemas de conducta en los pacientes pediátricos, se emplea cuando no es posible manejarlos con las técnicas de control de conducta convencionales como la restricción física.

En países como Estados Unidos, el uso de la premedicación es común así como la sedación y la anestesia general ya que los lineamientos legales son más estrictos que en México, aún así, en este país el uso de estas técnicas no está limitado.

Puntos a considerar para la premedicación del paciente pediátrico:

1. Conocer el tratamiento a realizar.
2. Regular el tiempo aproximado del tratamiento.
3. Conocer posibles molestias y efecto psicológico que desencadena el tratamiento en el paciente.

4. Valorar si la conducta puede ser manejada sin sacrificar la calidad del tratamiento.
5. Valorar si la ansiedad y el miedo el paciente pueden ser controlados en procedimientos largos con medidas especiales.
6. Elegir adecuadamente el medicamento para que brinde los efectos deseados.
7. Seleccionar dosis, vía de administración y momento de administración que logre el control deseado de la conducta.

La premedicación debe llevarse a cabo después de una valoración correcta, tomando en consideración las características físicas y fisiológicas de cada paciente puesto que una premedicación inadecuada puede desencadenar problemas postoperatorios y comprometer la salud del niño.

Es recomendable que los procedimientos de premedicación se realicen en conjunto con el médico pediatra general o en un centro hospitalario adecuado que tenga el personal especializado y evitar causar daños o problemas psicológicos en los niños.

El uso de placebos es más común en la comunidad odontológica en México, la paciflora, azahar, tila, valeriana se han usado con éxito para tratamiento de conducta de niños ansiosos.

## 6.1. CLASIFICACIÓN DE FÁRMACOS.

Han sido clasificados por su efecto en las conductas, la cual deriva de investigaciones psicofarmacológicas en adultos y se basa en los síntomas objetivos que parecen aliviar, por ejemplo, el carbonato de litio, fármaco para enfermedades maniaco – depresivas en adultos se ha usado para corregir conducta violenta o agresiva en niños.

### ❖ FÁRMACOS ANTIPSICÓTICOS.

Han sido empleados para reducir:

- a) Hiperactividad en niños con o sin retardo mental, lesión cerebral o sin ella.
- b) Conductas estereotipadas como tics.
- c) Conductas agresivas o violentas.

Son más sus indicaciones que contraindicaciones, los efectos colaterales ocasionados por el uso de estos medicamentos son a corto plazo, los más comunes son:

- a) Somnolencia, apatía y letargo general.
- b) Efectos anticolinérgicos como visión borrosa, boca seca, retención urinaria, estreñimiento y dolor abdominal.

c) Efectos extrapiramidales que abarcan distonías y reacciones tipo Parkinsonianas, tales como temblores leves, movimientos oscilantes de los dedos, rigidez en movimientos voluntarios.

d) Cambios de conducta y ánimo que incluyen irritabilidad, excitabilidad, euforia, depresión, distorsión perceptiva.

Estos efectos colaterales se eliminan o reducen significativamente por medio de ajustes en el nivel de dosificación o suspensión de medicación.

NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL.
Clorpromazina.	Thorazine.
Procloroperazina.	Compazine.
Tioridazina.	Mellaril.
Perferazina.	Trilafon.
Flufenazina.	Prolixin.
Molindona.	Lidone.
Loxapina.	Loxitane.

La dosificación será dada por cada fabricante, por lo general la dosificación en farmacología es en base al peso del niño.

#### ❖ FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS.

El término antidepresivo es engañoso cuando se emplea en pediatría, es de uso frecuente en niños y adolescentes para tratar trastornos conductuales y por déficit de atención señalados por el DSM-III, reducen la intranquilidad así como la conducta hiperactiva y antisocial, pero en general son menos eficaces que los estimulantes.

Uno de los medios de los que nos valemos para el criterio de valoración de los desordenes de niños y adolescentes es el sistema DSM que requiere de cuidado especial. El sistema DSM reconoce los estados de depresión facilitando el tratamiento de este tipo de desordenes. Este sistema fue adscrito a la Asociación Psiquiátrica Americana en 1987.

El sistema de clasificación DSM – III incluye 12 diferentes categorías para el diagnóstico de los estados de animo, 3 categorías generales para diagnosticar desordenes depresivos, basándose en síntomas preestablecidos en un tabla de este sistema, para lo cual se hacen presentes 5 de 9 síntomas por u periodo de tiempo de 2 a 3 semanas y en base a los rangos de edad (Carlson y Garden 1986).

Los criterios DSM-III coinciden en el uso de estos fármacos para trastornos de conducta, angustia de separación y déficit de atención con hiperactividad sólo o en combinación de problemas de conducta. Esta contraindicado en la categoría de diagnostico DSM-III de trastornos profundos de desarrollo, movimientos estereotipados y conducta en ausencia de sintomatología depresiva primaria.

#### EFFECTOS COLATERALES.

Los efectos colaterales a corto plazo son similares a los de los adultos, es decir:

- a) Ligera somnolencia y letargo.
- b) Temblores.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- c) Efectos anticolinérgicos de boca seca, estreñimiento, retención urinaria y dificultad para fijar la vista.
- d) Insomnio y supresión de apetito.
- e) Irritabilidad y lagrimeo.

Se ha comprobado que el empleo en niños tiene efectos en el sistema cardiovascular.

Dosis alrededor de 5 mg/kg provocan anomalías en el electrocardiograma. En dosis de 7 a 10 mg/kg inducen ataques cardíacos.

La Imipramina y amitriptilina se proporcionan en dosis de 2 a 5 mg/kg en el tratamiento de trastornos por déficit de atención y ansiedad.

Aunque existen pocos datos sobre la eficacia de los antidepresivos en niños y adolescentes para el tratamiento de angustias escolares, angustia de separación, trastornos por déficit de atención y tratamiento de depresión, los clínicos sugieren que el empleo de éstos medicamentos mejora esos estados.

**NOMBRE GENÉRICO****NOMBRE COMERCIAL.**

Imipramina.

Tofranil.

Amitriptilina.

Elavil.

Desipramina.

Norpramin.

### ❖ ESTIMULANTES.

Se ha visto que dan resultados en trastornos de conducta, aunque se ha restringido su uso a unos cuantos estados, son más indicados en el tratamiento de trastornos por déficit de atención. En pediatría se emplean cinco clases de estimulantes para tratar perturbaciones de conducta:

- 1) Anfetaminas. (Dextroamphetamine)
- 2) Metilfenidato. (Ritalin)
- 3) Pemolina de magnesio. (Cylert)
- 4) Xantinas, es decir cafeína y deanol.

### EFFECTOS COLATERALES.

Los efectos colaterales más comunes de los estimulantes son irritabilidad, somnolencia, tristeza y llanto, además de dolor de estómago y pérdida del apetito.

Estos efectos se relacionan con la dosis y suelen aparecer al inicio del tratamiento. Hasta ahora no se ha comprobado que los estimulantes causen adicción ni que tengan efectos colaterales a largo plazo como los antipsicóticos.

### NOMBRE GENÉRICO

### NOMBRE COMERCIAL.

Metilfenidato.

Ritalin.

Pemolina.

Cylert.

Xantina y cafeína.

Deanol.

Deaner.

La dosificación va en relación con la estatura y peso del niño.

Se ha demostrado que a dosis de .3 mg/kg se obtiene niveles óptimos de conducta y actividad social hasta 1 mg/kg.

#### ❖ FÁRMACOS ANSIOLÍTICOS.

Estos medicamentos tienen la capacidad para sedar y desinhibir la conducta. Los pediatras utilizan estos fármacos para control de angustia de separación, temores, perturbaciones y problemas de sueño que se deben más a una inmadurez del Sistema Nervioso Central que a una alteración emocional ya que a medida que crecen los niños son superadas esas dificultades.

La ansiedad es sintomática de muchas categorías de diagnóstico por lo que su presencia no basta para recomendar el empleo de un ansiolítico, no se han realizado investigaciones sistemáticas en torno al uso de estos fármacos por ansiedad que aparecen en el DSM-III.

En el tratamiento de angustia por separación y fobias escolares o a visitas con el odontólogo se recurre más a menudo a antidepresivos.

Aunque se sugiere que los medicamentos para combatir la ansiedad podrían ayudar a tratar niños tímidos y retraídos por su capacidad para desinhibir su conducta, no existen estudios sistemáticos al respecto.

Los fármacos para combatir la ansiedad se componen de:

- a) Depresivos generales, tales como barbitúricos, hidrato de cloral y opiáceos.
- b) Depresivos selectivos como benzodiazepinas y propanedoles.
- c) Antimuscarínicos, entre los que están los antihistamínicos.

Sus características comunes como sedantes y desinhibidores de conducta son potencialmente útiles en el tratamiento sintomático de ansiedad. Pocos clínicos utilizan éstos agentes por períodos prolongados.

#### EFFECTOS COLATERALES.

Los más comunes son somnolencia y sedación excesiva, demasiada desinhibición conductual y dependencia física, psicológica o ambas, así como accesos de aislamiento.

#### NOMBRE GENÉRICO

#### NOMBRE COMERCIAL.

Diazepam.	Valium.
Clordiazepoxideo.	Librium.
Oxazepam.	Serax.
Clorazepam.	Ativan.
Clonazepam.	Clonapin.

#### ❖ FÁRMACOS ANTIMANIACOS.

El carbonato de litio es el único de estos medicamentos que se emplea en pediatría, se prescribe para el control de la conducta agresiva y explosiva,

sin embargo hay pocos datos de investigación acerca de la eficacia del litio en tales estados.

Existen diversas sales de litio pero el carbonato de litio y el cloruro de litio son los más utilizados por sus propiedades psicotrópicas. Debe emplearse con precaución ya que posee efectos colaterales a corto y largo plazo ya que el litio es una substancia bastante tóxica. Dosis no tóxicas dan lugar a efectos colaterales que van de leve a moderado, los más frecuentes son náusea, diarrea, debilidad muscular, temblores, visión borrosa, somnolencia, poliuria y polidipsia.

Los efectos colaterales a largo plazo suelen ser metabólicos y endocrinos abarcan Bocio eutiroideo, Hipotiroidismo y síntomas parecidos a los de la diabetes insípida, no obstante esos síntomas son reversibles al suspender el fármaco.

La toxicidad por litio suele ser gradual y afecta primeramente al Sistema Nervioso Central, los síntomas incluyen funcionamiento deprimido, dificultad para hablar, vómito, pérdida del conocimiento y coma.

## 6.2. FACTORES PSICOSOCIALES.

La mayoría de los trabajos de investigación farmacológica no mencionan los posibles efectos psicológicos negativos de los medicamentos psicotrópicos en los niños.

Hay que recordar que no es el niño quien pide el medicamento si no los adultos que lo cuidan, no es raro escuchar a niños que dicen que algo anda mal con su cuerpo o cerebro porque deben tomar medicamentos.

Aún cuando mejora la conducta no se debe sobreestimar los posibles efectos psicológicos negativos. Para el profesionalista la evaluación adecuada de cada paciente dará pauta a corregir trastornos de conducta por medio de medicamentos o por manejo y control de conducta con técnicas convencionales, si se opta por lo primero se debe tomar en consideración que no se tiene control del empleo adecuado del medicamento fuera del consultorio así como no se conocen los efectos que provocan fuera de este.

## CONCLUSIONES.

Para el tratamiento de niños en la práctica profesional, debemos involucrar, desde mi punto de vista, no sólo aspectos psicológicos, también es importante conocer métodos de prevención y control del dolor, lo cual garantizara el éxito de los trabajos realizados.

Dentro de los aspectos psicológicos, una vez que el niño se ha presentado al consultorio, se le debe manejar de forma adecuada, ya que de esto depende que el niño, al crecer acepte de manera favorable sus tratamientos dentales.

El conocimiento previo de los temores que son creados en el niño bajo tratamiento dental, deben ser estudiados, puesto que estos desencadenarán estados psicológicos que interfieren con la percepción y fisiológicamente alteran el funcionamiento adecuado de la comprensión y cooperación del niño.

En la actualidad, existen diversos métodos y técnicas por medio de las cuales el Odontólogo se apoya para moldear la conducta de los pacientes pediátricos, por lo tanto, todos los profesionistas de esta área debemos familiarizarnos con estos conceptos y capacitamos rutinariamente para llevarlas a cabo en el desarrollo diario de nuestra profesión.

El fin de este trabajo es el conocimiento de los factores psicológicos negativos que se presentan en los niños durante el tratamiento odontológico y el uso adecuado de las técnicas para controlarlos y así obtener mejores resultados en los tratamientos, ya que a veces la ignorancia por parte nuestra es el detonante de esas conductas negativas (ansiedad, temor y

miedo) al no considerar o ignorar los detalles que influyen en la conducta de los niños.

El estudio de las conductas, es útil para comprender los estados psicológicos por los que cursa un niño durante el tratamiento dental y así no sobrestimar al paciente. El entorno en el que se desarrolla es esencial para conocer el grado de comprensión que presentará un niño hacia los tratamientos.

En ocasiones los factores externos no pueden ser modificados, nuestra obligación será que por medio del manejo adecuado de las conductas se llevará al paciente hacia un estado de salud bucal óptima y fomentar en él un enfoque positivo hacia la odontología y de esta manera ayudarlo a que acepte sus tratamientos subsecuentes.

No debemos olvidar que el abordaje en cada niño será diferente, la conducta que llevemos a cabo varía de acuerdo a la edad del niño, su grado de inteligencia, su nivel de percepción y sobre todo la reacción más favorable a la que responda el niño ante una situación específica.

No debemos pensar que la responsabilidad de la conducta del niño dentro del consultorio es exclusiva del profesional, el entorno en el que se desarrolla en ocasiones no es tomado en cuenta; en principio, se debe educar a los padres dentro de lo positivo, enfocándose en la importancia de la salud dental del niño. La interacción con los padres, debe ocurrir desde la primera cita, ya que los pequeños mantienen un contacto prolongado e íntimo con los padres, los cuales transmitirán la seguridad que necesitamos en los pequeños al momento de atenderlos.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Aartman, Irene, et. Al. 1998, "Self report measurements of dental anxiety And fear in children", Journal of dentistry for children, Amsterdam, Julio – Agosto, 252 – 256 p.p.
- (2) Alvin, N. et. Al. 1994, "The effect of children's dental anxiety on the Behaviour of a dentist" International Journal of Pediatric Dentistry, Tomo 4, Newcastle, 19 – 24 p.p.
- (3) Barber, Thomas. et. Al. 1995, Odontología pediátrica, México, Editorial El Manual Moderno, 42 – 54 p.p.
- (4) Berge, Maaïke. et. Al. 1999, " Dentist's behavior in response to child Dental fear", journal of dentistry for children, Amsterdam, Enero – Febrero, 36 – 39 p.p.
- (5) Brauer, John, 1998, " Práctica odontológica para niños", Odontología para Niños, México, Editorial Interamericana, 3 – 16 p.p.
- (6) Carson, P. et. Al. 1997, "Assesing child dental anxiety" , Intemational Journal of pediatric dentistry, Volumen 7, Belfast, 171 – 176 p.p.
- (7) Corkey, Barry. et. Al. 1994, " Predictors of dental anxiety", Journal of Dentistry for children, Belfast, Julio – Agosto, 267 – 270 p.p.
- (8) Finn, Sidney, 1896, Odontología pediátrica, México, Editorial Interamericana, 14 – 39 p.p.

- (9) Gaudio Dino, 1991, "Training dentally anxious children to cope" Journal of Dentistry for children, Jamaica, Enero – Febrero, 31 – 36 p.p
- (10) Genco, Tobert. et. Al. " Control del dolor y ansiedad". Periodoncia, México, Editorial McGraw – Hill, 85 – 92 p.p
- (11) Guthrie Andrew, 1997, "Separation anxiety: an overview" , Pediatric dentistry, Volumen 19, 486 – 490 p.p.
- (12) Gutiérrez. María. et. Al. 1998, " Presencia de los padres, desensibilización y conducta de los niños en el consultorio dental", Odontopediatría, Volumen 18, Número 12, 35 – 39.
- (13) Gutiérrez, María de los Angeles, et. Al. 1995, " La conducta de los niños en el consultorio dental", Innovación odontológica, México, 8 – 1 p.p.
- (14) Johnson, James. et. Al. 1992, " Introducción a la teoría, investigación y Práctica", Métodos de tratamiento infantil, México, Editorial Limusa, 52-58 p.p.
- (15) Klingberg, Gunilla. Et. Al. 1994, "Children's dental fear picture test: A Projective test for the assessment of chil dental fear", Journal of Dentistry for children, California, Marzo – Abril, 89 – 95 p.p.
- (16) Mc. Donald, Ralph. et. al. 1996, Odontología pediátrica en el adolescente, México, Editorial Panamericana, 45- 46 p.p.

- (17) Merrel, Kenneth, 1994, " Direction and objective method for use with children And adolescents", Assesment of behavioral, social and emotional Problems, California, 187 – 191 p.p.
- (18) Murtomaa, H. et. Al. 1996, "Dentist's perceptions and management of pain Experienced by children during treatment", International journal of Pediatric dentistry, seattle, Volumen 6, 25 – 30 p.p.
- (19) Myoyo, Kan, et. Al. 1999, "A study of psychological stress created in Dentists by children during pediatric dental treatment" , Journal of Dentistry for children, Hiroshima, Enero – febrero, 41 – 47 p.p.
- (20) Roberts, John, 1995, " Behavior. How important are techniques? ", Journal Of dentistry for children, Grecia, Enero – Febrero, 38 – 42 p.p.
- (21) Roberts, Susan, et. Al. 1992, "Evaluation of morphine as compared to Meperidine when administered to the moderately anxious pediatric Dental patient" , Pediatric dentistry, Dallas, Volumen 14, No. 5, Octubre, 306 – 313 p.p.
- (22) Tafaro, Stephen. et. Al. 1991, "the evaluation of child behavior during dental Examination and treatment using premedication and placebo", Pediatric dentistry, Carolina, Volumen 13, 339 – 342 p.p.
- (23) Veerkamp, J. et. Al. 1994, "Treating ferful children: Does a parent's view of the Child's for change? ". Journal of dentistry for children, Amsterdam, Marzo – Abril, 105 – 108 p.p.

- (24) Veerkamp, J. et al. 1995, "Anxiety reduction with nitrous oxide: A permanent Solution?", Journal of dentistry for children, Amsterdam, Enero – Febrero, 44 – 47 p.p.
- (25) Veerkamp, J. et al. 1997, "Intravenous sedation for out patient treatment of Child patient" Pediatric dentistry, Amsterdam, Enero – Febrero, 48 – 53 p.p.
- (26) Whittaker, James. et. Al. 1984, Psicología, México, Editorial Interamericana, 785 p.p.
- (27) Wrigh, Clive. et. Al. "Stretegies used by dentists to manage children with Anxiety problems, Journal of denitry for children, Australia, Mayo – Junio, 223 – 228 p.p.