318322
1
25

UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

ESCUELA DE ODONTOLOGIA
INCORPORADA A LA U N A M

DESARROLLO EMOCIONAL Y COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN RELACION CON EL ODONTOLOGO Y EL CONSULTORIO DENTAL.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :

MA. DEL ROCIO G. AGUIRRE AVIÑA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F. 1987

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

		PAGINA
INTRODUCCION.		
CAPITULO I.	LA PSICOLOGIA Y EL ODONTOPEDIATRA.	1
CAPITULO II.	COMUNICACION.	7
	1. Medios de comunicación masiva.	7
	2. Comunicador-influenciador.	8
	3. Influencia a los niños.	10
	4. La televisión y los niños.	13
	a) Comunicación familiar.	15
	b) La influencia de la comunicación en la educación.	17
	c) Efectos nocivos que puede producir la televisión en los niños.	18
	d) Conclusión.	23
	5. Entrevistas.	26
	a) Dr. José Armando Medina Pichardo.	27
	b) Dr. Rodrigo Farías Bárcenas.	32
	6. Encuesta odontología-televisión.	36
CAPITULO III.	INFLUENCIA DE PADRES, AMIGOS Y HERMANOS.	41
	1. Proceder de los padres.	41
	2. Proceder de los hermanos.	44
	3. Proceder de compañeros y amigos.	46
	4. Diferentes actitudes que pueden presentar los padres al educar a sus hijos.	47
	a) Protección excesiva.	47
	b) Rechazo.	48

PAGINA

c) Ansiedad excesiva. 49

d) Dominación 49

e) Identidad. 49

5. Instrucciones a los padres. 50

CAPITULO IV. EL DOLOR, EL MIEDO Y LA ANSIEDAD COMO FACTORES IMPORTANTES. 54

1. El dolor 54

2. El miedo. 59

3. La ansiedad. 66

4. Farmacología. 70

CAPITULO V. CONTROL DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL. 81

1. Motivación. 81

2. Circunstancias que rodean a la consulta. 86

a) Necesidad de entender a dos o más personas. 86

b) Responsabilidad e interés del dentista hacia su paciente. 87

c) Influencia de la herencia y del medio ambiente. 89

d) Grado de receptibilidad del niño. 90

e) Estado emocional del dentista. 91

f) Dolor en la primera visita. 93

3. Estados de conducta que puede presentar el niño. 94

a) Estado de ansiedad. 95

b) Síndrome hipocondríaco. 96

c) Estado de fobia. 96

d) Agresividad. 97

e) Oposición y negativismo. 98

PAGINA

f) Estado pasivo-agresivo del carácter. 98

g) Estado antisocial del carácter. 98

h) Estado histérico. 99

i) Estado obsesivo-compulsivo. 100

j) Estado depresivo. 101

k) Estado paranoide-esquizoide. 103

4. Manejo del niño. 104

5. Diferentes técnicas que se utilizan. 116

6. Sondeo comparativo de la opinión que tienen - los niños sobre el dentista. 122

CONCLUSIONES. 129

BIBLIOGRAFIA 135

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

No se puede considerar como completo ningún estudio del niño que no valore el estado de su desarrollo, ni puede darse por acabado ningún programa de tratamiento que no valore en forma contínua el modo en que la enfermedad o el tratamiento pueden modificar o alterar su patrón de crecimiento y conducta. El estudio del niño empieza con el examen de los patrones de crecimiento normal, para que sirvan como guía en la detección y tratamiento de los trastornos de la infancia.

El objetivo de esta tesis es dar a conocer la importancia que tiene el conocimiento del desarrollo emocional y el comportamiento del niño en la odontología pediátrica. Poniendo al alcance tanto del odontopediatra como del dentista general las bases sobre desarrollo psicológico, normalidad y salud mental, y el papel que el odontopediatra debe desempeñar en relación con ellos.

Se ha tomado en cuenta el gran progreso en los conocimientos odontológicos y su posibilidad de aplicación a la asistencia facultativa de los niños.

En la vida del niño existen ciertas situaciones que tienden a provocar molestias, una de estas situaciones es la visita al dentista, por lo que el tratamiento del niño, que por lo general se encuentra emocionalmente perturbado, constituye uno de los mayores problemas en la práctica odontológica.

El propósito es, proporcionar una síntesis de los conocimientos odontopediátricos que son precisos para el buen manejo y control del niño en el consultorio dental; dando una gran importancia al comportamiento y técnicas que utiliza el dentista durante la práctica odontológica con niños, así como, a los estados de conducta que éstos pueden presentar; con el fin de que los estudiantes que desean iniciarse en la especialidad cuenten con una referencia útil para su aprendizaje.

He tratado de presentar los temas en el orden que juzgué sería el más conveniente para entender e irnos familiarizando con el desarrollo de la tesis, el material está presentado de manera clara, sin complicaciones y lo más completo posible.

Está incluido material que atañe a la práctica odontológica para niños, como la motivación, que juzgo es un elemento muy importante para lograr el buen manejo del niño; también se encuentran desarrollados temas que se refieren al aspecto del consultorio, personalidad del odontólogo y de su ayuda auxiliar y circunstancias que rodean a la consulta.

El dolor, el miedo y la angustia desafían cualquier descripción exacta. La simple idea de dolor evoca, en la mayoría de la gente, un sentimiento de cautela, resistencia y temor. Todo tratamiento dental implica dolor y ésta es la razón por la cual la mayoría de las personas odian todo tratamiento dentral y asocian el nombre del dentista con recuerdos siempre desagradables que provocan angustia y miedo.

He considerado importante dar a conocer datos y procedimientos con los que el odontólogo puede luchar para dominar el miedo, el dolor y la angustia en el enfermo dental.

Se encuentran también datos sobre la comunicación masiva y los medios de comunicación, por ser considerados como factores que influyen en el comportamiento del niño en el consultorio dental, además de las influencias familiares y del medio ambiente.

Se realizaron entrevistas a psicólogos capacitados en comunicación, así como encuestas comparativas, una referente a la odontología y la T.V., y otra a la opinión de los niños con respecto a la odontología, de ambas se espera obtener resultados benéficos para la odontología.

Con el desarrollo completo de la tesis, espero que se entienda que el odontopediatra debe comprender, respetar y disfrutar a los niños ya que se interesa y trabaja por su bienestar. Debe --- siempre buscar ser humanitario para poder ser considerado como una persona amable y de gran utilidad.

CAPITULO I. LA PSICOLOGIA Y EL ODONTOPEDIATRA.

Todo lo que se hace a favor del niño puede considerarse como preventivo.

Hay que empezar realizando psicología preventiva a los padres y a los niños, dando consejo e información sobre los métodos de -- crianza, pudiendo ser de esta forma como profesional, un agente vital, valorativo y educativo de consulta durante la primera infan-- cia y el período preescolar.

Puede ser útil como asesor proporcionándole a los padres algunos de los factores ambientales o situacionales más importantes, - indicándoles los medios para hacerse de una información básica y - sugiriendo algunos planes de orientación. Todo lo anterior lo realiza el Odontopediatra con un conocimiento previo sobre las características de la familia.

Es necesario poseer un conocimiento sobre los efectos que el ambiente ejerce en el desarrollo psicológico del niño, existiendo complejos problemas de conducta relacionados con éstos.

Al niño hay que tratarlo como un individuo, examinando tanto sus emociones como sus signos físicos; un acercamiento completamente impersonal no es posible, ya que tanto el médico como el paciente reaccionan uno frente al otro como personas, debe haber entendimiento y reconocimiento para que el paciente pueda ser beneficia-- do, ya que la relación médico-paciente desempeña un papel definitivo en el resultado.

La personalidad del paciente es la totalidad de las respues-- tas a los estímulos internos y externos y el médico debe estar --- alertado y preparado sobre ésto para que pueda haber una verdadera comunicación. Las actitudes del paciente y las respuestas emocionales hacia el Odontopediatra puede reflejar la interacción que ha habido con su familia, amigos, maestros, otros médicos y gente de significación en su vida.

Es importante el conocimiento de la familia del paciente para poderlo atender correctamente y para darnos una idea de cómo lo - han educado, saber si tiene un sentimiento básico de confianza en la gente que lo ayuda a enfrentarse con experiencias difíciles.

Los hermanos también desempeñan un papel importante en el desarrollo de la personalidad y por lo consiguiente en las actitudes del niño ante ciertas circunstancias.

En el caso de los niños perturbados, la empatía con ellos se logra, principalmente, a través de la comprensión de sentimientos y conflictos psicológicos, empatía que en el último término, está vinculada a la permiabilidad que muestra el adulto en relación con el recuerdo de su propia infancia y para constituir, a través de - ello, una sólida base para la comunicación.

La comunicación con los demás no es sólo cuestión de aprender una lengua o unos gestos socialmente aceptados, es también, acercamiento, identificación, expresión de uno mismo, depende naturalmente, de la calidad de las relaciones establecidas con los otros

Un enfoque basado en la aplicación de un modelo estructural -

del desarrollo será el más útil para aproximarse al diagnóstico, - partiendo del supuesto de que cada niño posee métodos individuales y únicos para hacer frente a la experiencia interna o externa y -- que las estructuras más deseables facilitan un desarrollo progresivo, apropiado a cada edad y fase sin compromisos significativos en el funcionamiento.

Es importante que el Odontopediatra tenga conocimientos sobre lo que es normal para que en sus manos esté la decisión de cómo -- tratar de ayudar al infante, por lo que hay que recurrir a normas de edad y normas evolutivas.

No es posible basar una apreciación correcta sólo en los he-- chos externos, sino que lo más importante son los sentimientos del niño respecto a lo que le ocurre, lo que casi siempre queda de lado, incidiendo la incomprensión del adulto, ya sea por el olvido - de su propia infancia, la negación de los conflictos vividos y la aún posible concepción de la infancia como época feliz e inocente, agregando a ésto la idea errónea de que el niño no comprende mu--- chas cosas.

Hay que comprender el sufrimiento interno del niño frente al problema, siendo que éste puede no entender intelectualmente ciertos aspectos de la situación, pero las registra emocionalmente y - es capaz de juzgarlos.

Se debe tomar en cuenta que las rabietas, pataletas y berrinches, expresan la impotencia en forma de agresión externa del niño frente a sus padres y a sus propias limitaciones, y en general, ante un mundo externo que se vive hostil. Conviene distinguir entre

la agresividad que genera malestar y aquella otra que causa satisfacción de posible alcance patológico.

Las reacciones desusadas en el niño son más fáciles de entender y controlar si se conoce algo de sus experiencias pasadas.

Un conocimiento, aunque sea poco profundo, acerca de las alteraciones en el desarrollo, nos puede facilitar la tarea y nos da - la oportunidad de tener una actitud correcta para que pueda ser posible una mejor comunicación con el niño.

La responsabilidad de trabajar con niños es algo difícil, por lo que se deben de expander lo más posible los conocimientos sobre odontopediatría y abarcar áreas de interés más amplias como la psicología infantil.

Gran parte de los conocimientos odontológicos se utilizan tanto para adultos como para niños, por lo que hay que hacer un es--- fuerzo adicional para dominar todo lo que es pertinente sólo para niños y tomar mucho en cuenta que se está tratando con organismos en formación.

Algunos pacientes parecen caer en categorías que los hacen difíciles o poco atractivos para trabajar con ellos pero lo que hay tras esa fachada es una criatura preocupada y emocionalmente con-- fundida, por lo que hay que prestarle ayuda y tratarla de la manera más adecuada y profesional. El niño enojado puede estar abiertamente buscando desviar su angustia y su temor de lo que está ocurriendo.

El Odontopediatra puede tener reacciones emocionales hacia --

sus pacientes, incluso antes de verlos, debiendo tomarlo muy en -- cuenta por sus posibles implicaciones terapéuticas, estas reacciones pueden ser debidas a la situación socioeconómica del paciente, recomendaciones, humor en que se encuentra el dentista, etc. Debe darse cuenta de las formas características que usa con sus stresos internos y externos, obteniendo así sus propios patrones de personalidad para poder confiar posteriormente en lo que sus sentimientos le dicen acerca de sus pacientes.

Las motivaciones del médico hacia su carrera también son muy importantes, ya que si uno está haciendo lo que le gusta, desempeña mejor su trabajo, así mismo, debe sentirse capaz y confiar en - sí mismo para desarrollar su trabajo correctamente.

El médico debe tener los atributos de ego y humildad para poder lograr el éxito; el ego ayudará a que se enorgullezca de su -- profesión; y deberá tener la suficiente humildad para darse cuenta de que el aumento de capacidad trae consigo aumento de responsabilidad, situación que no debería tomarse a la ligera.

Las habilidades y conocimientos deben seguir mejorando y creciendo para no estancarse y en consecuencia volverse ineficaz. -- Tendrá que ser honesto en la evaluación propia y prestar el mejor servicio de que sea capaz.

El médico debe evaluar su habilidad para manejar adecuadamente al paciente, quien es hostil o amable, suspicaz o sumiso, evasivo o cooperador, deprimido o hiperactivo, ingrato o demasiado agradecido, seductor, frío, etc. Con algunos puede llegar a ser muy -

considerado y con otros no, lo que podría crear conflictos que --- afligen al paciente en lugar de acercarlo.

Mientras más entienda el médico sus actitudes emocionales y - se acepte a sí mismo, será menos probable que proyecte sus problemas y que trate a sus pacientes de una manera incompetente.

El Odontopediatra debe inspirar confianza y sentimientos positivos en el niño, ya que daría mejores resultados para el tratamiento que si se le temiera o desconfiara.

Puede y debe usar su propio yo como un instrumento con el --- cual pueda entender al paciente y sacar adelante el tratamiento -- dental.

CAPITULO II. COMUNICACION

1. Medios de comunicación masiva.

Los medios de comunicación masiva, en un principio fueron producto de necesidades de propaganda política, religiosa, bélica, -- etc.; pero, más tarde, la necesidad de hacer publicidad por parte de las empresas del sector de medios de consumo ejerció cada vez - más presión para que los medios disponibles acepten publicidad.

De esta forma se integran periódicos, revistas, radio y televisión en un sistema que más que de difusión masiva es de publicidad masiva; ya que a medida que se desarrolla depende cada vez más del gasto publicitario para su propia existencia.

La expansión del sistema mexicano de comunicación masiva se - ha realizado en función de las expectativas de ganancia de los propietarios de las estaciones transmisoras y de los anunciantes. Para ello, la radio y la televisión se establecen en zonas de mayor concentración de población, por el gran número de consumidores potenciales.

Para el desarrollo responsable de los medios de comunicación es fundamental un personal bien preparado y con vías a acciones positivas que beneficien a la población. Los medios de comunicación tienen la función de informar, vender, promover, distraer, formar actitudes y sobre todo tener control sobre la opinión pública.

El papel principal que los medios de comunicación tienen asignado, es el de lograr la integración económica y la homogenización cultural, y para lograrlo se busca orientar la tecnología informa-

tiva hacia la construcción de una estructura universal de comunicación.

La conciencia de la problemática de la comunicación social se arraiga también en otros sectores, por lo que periodistas, intelectuales, organizaciones partidarias y académicas han llegado a la raíz del debate. La disputa por los medios de comunicación no es tan sólo un problema de modernización o ajuste de un sistema político, sino la construcción de una sociedad distinta.

2. Comunicador-influenciador.

Todo mensaje apunta a influir sobre el público, tratando que los demás adopten la opinión del comunicador; por lo tanto, todo comunicador es un influenciador.

Se conocen dos tipos de influencia, la intelectual que influye a través de la información que ya tiene el público, sea positiva o negativa; y la efectiva en donde el influenciador actúa sobre los móviles que pueden inducir a alguien a desear o a temer algo de la realidad, ya sea esperanza de ciertas satisfacciones o miedo a ciertas insatisfacciones; la comunicación colectiva actual se basa en esta última.

El público ya está habituado a esperar mensajes elaborados a partir de un lenguaje cargado de elementos emotivos, que más que decir una información, la agigantan, la visten de ropajes vistosos, la hacen lúdica o dramática y le dan lustre.

No hay nada en el intelecto que no pase antes por lo emotivo, ésto se puede aplicar a la comunicación y éso lo sabe el influen--

ciador, por lo que su tarea no es tanto la de reunir información a emitir cuánto la de saber elaborar esa información a fin de que -- llegue de la forma más impactante posible.

La función social de un influenciador es la de unificar opi-- niones y voluntades, cohesionar la vida cotidiana de las diferen-- tes clases sociales y asegurar la funcionalidad de un determinado sistema de vida.

El influenciador adopta el papel de padre sabio, de conduc--- tor, aconseja desde todos los ángulos, desde todos los medios de - comunicación y lo hace mediante infinitos recursos.

El control de la elaboración y distribución de la información es el intento de lograr el control de las conciencias, y el con--- trol de las conciencias apunta directamente al control de las con- ductas; porque todo el mundo sabe que se actúa según se percibe y se concibe la realidad.

El estudio de los mecanismos persuasivos se basa en dos gran- des tareas: por una parte en el conocimiento de las expectativas - conscientes o inconscientes de los receptores y en el conocimiento de su capacidad receptiva, y por otra, en la adaptación de aque--- llas variantes del proceso de comunicación a las exigencias de una recepción eficaz.

Para la eficacia persuasiva de los mensajes es importante el prestigio y fiabilidad de la fuente, así como que los mensajes de- ben tener determinada dosis de temor, mientras más temor más impac to presuasivo, sin embargo, el mensaje con una dosis de temor me--

dio a largo plazo puede ser más eficaz.

Para mayor efectividad en mensajes persuasivos es adecuado -- iniciar el discurso con contenidos agradables y finalizar con los desagradables, así mismo, el factor sorpresa contribuye decisiva-- mente en la eficacia de los mensajes.

Los efectos de la comunicación persuasiva no siempre coinci-- den con los que podría descubrir nuestro sentido común.

En conclusión, la aportación de la psicología a la ciencia de la persuasión tiene como principal objetivo descubrir las leyes -- ocultas de la aceptación, el papel de la gratificación y de las ex pectativas ante los mensajes.

3. Influencia a los niños.

Los medios de comunicación masiva como ya dijimos, dan forma- ción de actitudes a través de campañas publicitarias o propagandís ticas; y muy pocas veces son utilizadas en beneficio del sector sa lud, llegando por el contrario muchas veces a perjudicar tal vez - imperceptiblemente a dicho sector.

El principal medio de comunicación que tiene un afecto primor dial sobre los niños es la televisión, medio masivo, influenciador y provocador de actitudes sociales en todos los pueblos.

Es importante recordar que los niños representan el auditorio mayoritario de la televisión, con más facilidad de influencia por- que todo es captado por la mente en desarrollo con más fuerza.

Por lo que todo acto representado en la pantalla que muestra temor o rechazo a ciertas circunstancias, como en este caso sería

el hecho de ir al dentista, debería ser evitado para no perjudicar la actitud del niño hacia la odontología posteriormente. Algún acto negativo por parte del niño puede ser tomado como resultado de la información recibida del medio de comunicación.

Se han llegado a ver en distintas series aspectos negativos hacia el dentista, ya sea miedo, llanto, negación a asistir, etc. Todo esto afecta principalmente si las actitudes vienen de héroes que los niños han tomado de la televisión como un Hi-Man, Bat-Man, Superman, etc. Todo ésto puede llegar a ser muy perjudicial en la actitud social posterior del niño hacia el dentista, provocando -- que a éste se le complique su trabajo.

Un ejemplo que me parece muy importante y claro, es el comercial transmitido por la televisión anunciando la sección amarilla del directorio telefónico, que promueve el hecho de que en dicha sección todo lo que se busca se encuentra; por lo tanto, es necesaria y todos los comerciantes deben anunciar en ella sus productos para así obtener publicidad y consumismo.

El spot publicitario muestra a un dentista en el intento de extraer una pieza dentaria con los forceps en la mano, y a una paciente de aspecto gracioso con mucho miedo y negándose rotundamente a abrir la boca.

El dentista en el dilema de no saber qué hacer para que la paciente abra la boca, consulta la sección amarilla y ahí encuentra la solución, que es mostrar a la paciente una charola con tapa que al abrirla enseña a un ratón; la reacción de la paciente es dar un

tremendo grito que trae como consecuencia que abra muy grande la - boca, en ese momento el dentista aprovecha y extrae la pieza.

El mensaje puede ser captado en este caso de diferente forma, ya que se resalta en el anuncio el miedo que la persona tiene al - dolor de la extracción, detalle que es descuidado por el publicista ya que a él sólo le importa y se limita a lo que es su trabajo, a su fin primordial, promover la sección amarilla, sin tomar en -- cuenta que puede ocasionar conductas negativas en el niño que en - un futuro necesite la atención odontológica, hecho que puede ser - tremendamente nocivo para el trabajo del Odontopediatra.

En contraparte, existen anuncios de pastas dentales que al -- mismo tiempo de dar publicidad a sus productos, incitan al niño a tener una buena higiene bucal, ya sea por el buen sabor de la pasta o por incentivos en el producto, como colores llamativos, muñequitos, etc.

Pero esta pequeñísima ayuda es totalmente ineficiente, ya que sólo este tipo de anuncios es lo único que presta una poca de ayuda al sector odontológico. Debería haber una ayuda más importante, como programas especiales sobre odontología o una campaña nacional televisiva y atractiva sobre lo que implica la atención dental no sólo para los niños sino también para los adultos, para que toda - la gente se dé cuenta de la importancia que tienen los dientes para la salud en general y la importancia que tiene un tratamiento - dental desde el inicio de la vida para lograr ser un adulto sano - en el futuro. Así como dar a conocer que en el tratamiento dental

no todo es malo y doloroso, pues existen en la actualidad personas competentes con especialidades que lo pueden hacer más placentero.

La falta de instrucción, sumada a otros factores es la causa de que un sector muy grande de nuestra población evite los tratamientos odontológicos.

4. La televisión y los niños.

Las preguntas más usuales que un adulto se hace cuando encuentra a un niño viendo la televisión son:

¿Es bueno que los niños vean televisión?

¿Por qué a muchos niños les fascina?

¿Les puede hacer daño? ¿De qué manera?

¿Cómo hacer para que no se pasen la tarde frente a la televisión?

¿Cómo convertir un mal programa o anuncio en un buen aprendizaje?

La familia y la escuela llevan a cabo una importante acción educativa, pero también los medios de difusión, es decir, el radio, los periódicos y revistas, el cine y la televisión, ejercen una influencia en las creencias, actitudes y conductas de grandes sectores de la población. Especialmente en las ciudades, gran número de familias recibe en sus hogares los programas y anuncios de la televisión, que diariamente llevan mensajes positivos o negativos, para la mamá, el papá y los hijos.

La televisión ha ido modificando, en mayor o menor medida, y sin que sepamos exactamente cómo, el modo de vida de muchas fami--

lias, y ha contribuido a cambiar, para bien o para mal, las formas de comunicación familiar entre esposos, padres e hijos y entre hermanos. Estos cambios en la vida y en las formas de comunicación de las familias, se producen casi siempre sin que la familia se dé cuenta y sin que tales cambios constituyan un avance o mejoramiento del grupo familiar.

Es importante pensar con más detenimiento en el papel que la televisión está jugando en cada familia y, especialmente, a examinar y criticar es decir, juzgar a la televisión como educadora.

Existe un tema de gran importancia en la vida, del que en la familia difícilmente se habla, y que en cambio en la televisión se toca con gran frecuencia y libertad. Es el tema de la sexualidad.

Por eso nos parece tan importante el papel de la televisión en la educación sexual, ya que presenta a sus espectadores, sin decirlo explícitamente, modelos de hombre y mujer, de pareja y de familia, de conductas y actitudes relativas a la procreación y a la educación de los hijos. Siendo muchas veces que esos modelos no corresponden a lo que nosotros deseamos como personas y como país.

Los modelos presentados por la televisión no constituyen ejemplos a imitar ni presentan ordinariamente opciones para llegar a una sociedad en que las relaciones entre mujer y hombre estén basadas en la equidad, en donde la familia se organice respetando a cada uno de sus miembros, y las parejas sean conscientes y responsables en lo que se refiere a la procreación.

Así como este ejemplo tan representativo, existen muchas ----

otra cosas que pueden ser alteradas por los mensajes de la televisión, ésto tiene particular importancia en el caso de los niños si quedan expuestos sin defensa a los mensajes difundidos por la televisión.

Sin embargo, la TV es una realidad que existe, que no va a desaparecer y que no hay que considerarla como puramente negativa. - Más bien, hay que aprender a usarla.

Si se seleccionan acertadamente los programas, es una extraordinaria fuente de información, que puede provocar el diálogo y facilitar el intercambio entre los miembros de la familia. Ello supone que los telespectadores asuman una actitud activa y crítica - ante la televisión, en vez de estar expuestos pasivamente a sus -- mensajes.

Los niños y los jóvenes deben aprender a ver la televisión de manera activa, de tal forma, que no se convierta para ellos en una fuente de información indiscutida, sino en una oportunidad para estimular su curiosidad y su creatividad.

De esta manera, la televisión puede convertirse en un aliado de las instituciones educativas principales, que son la familia y la escuela, y lejos de obstaculizar la comunicación familiar, la - pueden alimentar y propiciar.

a) COMUNICACION FAMILIAR.

El niño aprende a vivir y a convivir en su familia. Sus padres son personajes muy importantes, los admira y los imita. Al - comunicarse con ellos, el niño adquiere seguridad, experiencia y -

afecto.

En una buena comunicación familiar todos podemos decir libremente lo que hacemos, lo que pensamos y sentimos, podemos hablar y oir, podemos escuchar y ser escuchados. Y todo ésto no sólo con - palabras. Hay otros lenguajes como el de los gestos o las actitudes. A veces las palabras no corresponden al lenguaje de las actitudes. El niño conoce todos los lenguajes de sus padres y siente - confusión por las contradicciones entre lo que se dice y lo que se hace.

Para que el niño se comunique bien con todos fuera de la familia, necesita tener una buena comunicación dentro de ella. Una -- buena relación entre los padres, entre éstos y cada uno de sus hijos, entre los hermanos, hará que el niño adquiera la seguridad necesaria para tratar amistosa y provechosamente a los demás.

A través de la comunicación con sus padres, el niño aprende, entre otras cosas, cómo comportarse, qué es importante y qué no, - qué se debe hacer y qué se debe evitar. Los padres lo quieran o - no, bien o mal, educan a sus hijos, puesto que son un modelo para ellos y en su vida diaria les están mostrando una forma de vida. - Un padre y una madre conscientes de su papel como educadores po--- drán orientar mejor a sus hijos, y evitar que los modelos presentados en los mensajes de la televisión adquieran para los niños más importancia de la que merecen.

La comunicación personal que el niño tiene con sus padres le desarrolla más su inteligencia y le da más alegría que los mensa-- jes de la televisión.

b) LA INFLUENCIA DE LA TELEVISION EN LA EDUCACION.

La televisión por su presencia contínua en el hogar, y por lo vívido de sus mensajes visuales y sonoros, ocupa un lugar importante en la educación de los niños; sus historias y personajes difunden insistentemente lo que es deseable, exitoso, satisfactorio o importante. De esta manera puede influir poderosamente en la mente de sus espectadores, especialmente de los niños.

Los niños viendo algunos programas de televisión pueden aprender lo siguiente: Que los problemas se resuelven a través del dinero o a través de la violencia. Que las guerras, la violencia y la competencia son inevitables y que triunfar es pasar por encima de los demás. Que el doctor o el dentista le van a causar dolor, --- etc. Y como no estamos de acuerdo en que los niños aprendan estas normas de conducta, tenemos que enseñarlos a tomar distancia ante los mensajes de televisión.

Todos los programas y comerciales le dicen a los niños como deben ser los hombres, cómo deben ser las mujeres; cómo se relacionan, cómo deben comportarse, cómo deben tratar los padres a sus hijos, qué es el noviazgo, qué es el matrimonio, qué es el amor, qué es la felicidad, cómo se logra, quiénes la obtienen. "Esto es solamente algo de lo que aprenden los niños viendo televisión".

Una forma de comunicación es cuando los padres ofrecen a sus hijos un modelo a imitar, otra, es cuando la televisión ofrece modelos a imitar, y para el niño debería ser mucho más importante la comunicación familiar y los modelos que ofrece su propia familia.

Los niños tienden a comparar la vida de su familia, de sus padres, con la de las familias y los adultos que presenta la televisión. El niño que sabe que un día será adulto, siente curiosidad por el mundo de los adultos.

Si sus padres le niegan continuamente el acceso a este mundo, si le prohiben continuamente escuchar sus conversaciones, conocer algunos de sus problemas, si intentan que crea que son infalibles, casi perfectos, el niño se retraerá en su medio, o bien se asomará al mundo de los adultos que presenta la televisión: Con sus modelos de hombre y mujer, con sus intrigas y falsedades, con su moralidad e inmoralidad, con las constumbres norteamericanas que presentan como ejemplo a imitar y con sus hombres y mujeres que alcanzan el éxito económico y son felices comprando y gastando dinero.

Si los padres no desean que sus hijos tomen como ejemplo lo - que presenta la televisión, deberán enseñarles a utilizar la televisión como un medio de información y como fuentes de mensajes que deben ser criticados y discutidos.

c) EFECTOS NOCIVOS QUE PUEDE PRODUCIR LA TELEVISION EN LOS NIÑOS.

La televisión puede ser un instrumento útil para los padres y maestros en la educación de jóvenes y niños, sin embargo, hay que estar prevenidos contra posibles efectos nocivos, de tal manera, - que se puedan evitar o reducir al mínimo. A continuación se indican algunos de ellos, con sus causas y posibles soluciones.

a) Efectos físicos.

- Cansancio: El niño no juega, sólo quiere estar sentado.

Causa: El niño se desveló viendo televisión, el niño ve te

levisión en postura inadecuada o la TV se ve de modo inadecuado.

Solución: Reglamentar el uso de la TV, señalar al niño que debe sentarse correctamente, cerciorarse que el aparato funcione bien, con la pantalla a la altura de los ojos, a una distancia no menor de cinco veces el tamaño de la diagonal de la pantalla, no deberá verse en una habitación obscura, la pantalla no debe reflejar la luz de focos o ventanas, la televisión no debe verse durante tanto tiempo como para que sintamos la vista cansada.

b) Efectos emocionales.

- Asombro y complejidad:

Causa: Escenas de violencia o conflicto sexual que el niño no puede manejar por su grado de madurez.

Solución: Educación sexual adecuada, comunicación con el niño. Darle la posibilidad de que exprese todas las dudas que tenga y responderle.

- Miedo, angustia, temor.

Causa: El miedo que producen algunas series de televisión suele ser mayor mientras más se acerquen las escena a las que nos dan miedo en la vida real, como lo desconocido, la soledad, etc.

El niño se asustará si ha vivido con temor o sufrimiento algo semejante a lo que está viendo en la televisión. Por eso puede impresionarle más una cortada que un balazo.

Solución: Procurar que el niño no vea programas para -- los que pensamos que no sea maduro emocionalmente. Enseñarlo a diagnosticar si puede o no seguir viendo un - programa que le está causando temor y angustia y alen-- tarlo para que exprese lo que siente.

- Insensibilidad a las cosas simples y valiosas: Se teme que a las nuevas generaciones sólo les interese lo - extraordinario, muy violento o muy sensual.

Causa: Los programas de televisión, en conjunto, presentan ahora escenas mucho más violentas y con más sexo, - que las que emitían hace algunos años. Hay indicios de que los espectadores necesitan cada vez más dosis de -- violencia y sexo en los programas para emocionarse.

Solución: Fomentar en el niño el gusto por lo simple, - natural, bello, tranquilo. Hacerle caer en la cuenta - de que muchas escenas de violencia pueden solucionarse de muchas maneras.

b) EFECTOS DE LA CONDUCTA.

- El niño se puede volver pasivo, desinteresado e incapaz de realizar cualquier esfuerzo, sea físico o mental.

Causa: La televisión presenta al niño programas totalmente elaborados que él no tiene más que ver. El niño no inter-- viene en la producción del programa.

Solución: Procurar que el niño realice actividades creati-- vas. Fomentar el desarrollo de las capacidades. Tratar de

que se sienta seguro, amado y aceptado en la familia. Discutir con él sobre los programas de televisión. Enseñarlo a ver televisión críticamente.

- Formas novedosas, a veces muy crueles con que los niños --- ejercen la violencia contra sus semejantes.
  Causa: La televisión enseña a los niños cómo agredirse.
  Solución: Ayudar al niño a dominar sus impulsos agresivos, a desembocarlos de otra manera y que conozca los efectos -- reales que puede provocar una agresión.
- Imitación.
  Causa: Imitación de personajes favoritos, sean o no positivos.
  Solución: Intentar que las personas que conoce y le son cercanas, sean modelos más fuertes que los de la televisión. - Crítica constante de las acciones de los personajes de TV, de modo que el niño lo entienda.
- Apatía y pasividad ante los hechos violentos que presencia en la vida real: El niño se convierte en espectador pasivo en la vida cotidiana.
  Causa: Exceso de violencia o de programas violentos que el niño ve por televisión.
  Solución: Preguntar al niño qué haría si presenciara tal escena en la realidad y comentar con él la actitud adecuada.
- El niño actúa, ante determinada situación, de la misma manera agresiva que actúa un personaje de televisión que ha vis

to, en vez de razonar sus actos.

Causa: Fuerte atracción hacia modelos que presenta la TV. - Ver la TV sin reflexionar en lo que nos presenta.

Solución: Decirle al niño de qué forma se hubiera podido solucionar ese problema.

d) EFECTOS EN EL CONOCIMIENTO.

- Dispersión de conocimientos: El espectador no puede distinguir lo que sirve y lo que debe desechar. No puede integrar la información ni relacionarla con sus conocimientos anteriores.

  Causa: La televisión nos presenta mucha información de manera dispersa, incompleta.

  Solución: Tratar de señalar, mientras vemos un programa lo que se acerque más a los intereses de los niños y a nuestros propios intereses y tratar de completar la información que haya dado determinado programa.

- Confundir la realidad con la fantasía.

  Causa: La TV presenta cosas fantásticas con mucho realismo.

  Solución: Ayudar al niño a ver los programas de televisión de tal manera, que distinga lo fantástico de lo real. Vigilar los programas que ve el niño.

Como regla general, se puede decir que si los padres siguen con atención el uso que sus hijos hacen de la televisión, la actitud con que la ven y los efectos que les causa, pueden tomar a tiempo las medidas necesarias para evitar efectos nocivos. La te-

levisión cuando se ve pasivamente puede convertirse en un mal hábito o afición con consecuencias de gravedad, sobre todo para niños y jóvenes.

Controlar la televisión es una tarea para toda la familia. -- Primero hay que definir qué función tiene la televisión en su vida familiar, qué lugar ocupa en su casa, en su vida, en la de sus hijos. La televisión hay que ponerla en su lugar, nunca donde pueda encenderse sin razón y automáticamente. Hay que recordar que los padres son modelo para los hijos, si los padres saben ver la televisión, los hijos también sabrán verla. Si hay algo qué modificar hay que comenzar por los padres.

El problema de la televisión no se soluciona señalando el número de horas que pueden permanecer los niños ante un televisor, - lo importante es saber cómo es un niño sano física y psicológica-- mente y si la TV no le ha estado afectando.

La mejor solución para este problema, es reglamentar el uso - de la televisión dentro de la propia familia. Es decir, crear -- normas para el uso de la TV, para lograr una mejor convivencia entre los miembros de la familiar y así al mismo tiempo, evitar posibles daños a los niños. El adulto deberá crear normas claras y -- funcionales de las que él mismo esté consciente y desee cooperar.

CONCLUSION.

La televisión es un invento de gran importancia en la vida moderna. Gracias a ella se elimina la distancia en la comunicación visual, se puede tener acceso fácil a todo tipo de información y -

participar con comodidad en actividades educativas, culturales y - recreativas.

Sin embargo, puede convertirse también en un invasor de nuestro hogar, en un huésped inoportuno e indeseable, en alguien que - está transmitiendo en nuestra familia creencias y actitudes, así - como modelos de conducta que no queremos para nuestro hogar.

De nosotros depende que ese elemento de la vida moderna, lejos de ser un peligro, se convierta en un agente educativo y una - fuente valiosa de información.

Para ello se requiere una comprensión adecuada de su funcionamiento, una conciencia clara de las instancias comerciales que forman parte de la empresa televisiva en nuestro país, y un método -- personal y familiar para ver la televisión de manera crítica y educativa.

La televisión con sus programas y su atracción, el lugar importante que ocupa en la vida de muchas personas y en nuestra sociedad, son hechos que no se pueden negar. También es un hecho -- que no podemos modificar fácilmente la programación.

Lo que sí podemos hacer es modificar nuestra forma de recibir los mensajes que nos envía este medio, y preguntarnos antes de ver la televisión, por qué queremos verla, qué programas y por qué preferimos esos programas.

- Ver la TV activamente quiere decir juzgar si lo que nos presentan como bueno, valioso y útil, deveras es así.
- Al terminar el programa, podemos preguntarnos si valió la pe-

na emplear nuestro tiempo en verlo y por qué.

- Acompañar al niño a ver la TV para que aprenda a verla activamente en lo futuro.
- Tener presente que los comerciales intentan convencernos, sin que nos demos cuenta muchas veces, de que compremos productos y artículos que quizá no necesitemos.
- No olvidar que la comunicación en la familia es mucho más importante para todos que cualquier programa de TV.
- Estimular al niño para que se interese en el problema de la TV, y ayudarle a verla críticamente.

Otro punto importante, es que las personas deben estar conscientes de que la intención de los empresarios cuando pagan a los dueños de un canal de televisión para anunciar, es vender y que para vender tratan de convencer de que su producto es el mejor y para ésto utilizan varios trucos:

- Presentar un objeto mucho más grande de lo que es en realidad.
- Presentar una golosina o un alimento muy apetitoso poniéndole spray para que brille, mayor cantidad de crema de la que en realidad tiene, etc.
- Hacer que un personaje de la tele, como el Chavo, Manolo Fábregas o Chabelo, recomienden el uso de un producto, apareciendo como la opinión personal del personaje.
- Exagerando los gestos de gusto, felicidad, comodidad, emoción que provoca el uso de un producto.
- Relacionando el producto con situaciones que la adquisición del

artículo no nos va a dar.

- Haciéndonos creer que el afecto se demuestra ofreciendo a los -- otros un determinado producto.

5. ENTREVISTAS.

Las entrevistas se realizaron con el fin de saber hasta qué - grado los medios de comunicación influyen positiva o negativamente en la mente de los niños, así como saber si un slogan publicitario puede afectar de tal manera a los niños como para no querer ir al dentista y por lo tanto perjudicar al niño y a la profesión odontológica.

La información recabada de las entrevistas se utilizará como contenido de tesis con el fin de posteriores consultas sobre el tema.

Los beneficios que pueden reportar las entrevistas son entre otros, que los odontólogos se den cuenta de que el problema existe para que lo hagan saber a las personas competentes y éstas pongan más atención a los medios de comunicación en favor de un sector de salud importante como la Odontología y para que hagan lo posible - para que dichos medios se utilicen en favor del sector odontológico.

La primera entrevista fue realizada al Dr. José Armando Medina Pichardo, Licenciado en Psicología, egresado de la U.N.A.M., -- Doctor en Psicología Educativa con especialidad en comunicación social en la Universidad de Austin, Texas., Maestro de la U.N.A.M. y Jefe de Planeación del Instituto Nacional del Consumidor.

La segunda entrevista fue realizada al Dr. Rodrigo Farías Bárcenas, Licenciado en Psicología, egresado de la U.N.A.M.

A) Dr. José Armando Medina P.

El Dr. dijo que la premisa máxima de los medios masivos de comunicación es, que lo dicho sea comprobado por varias fuentes. Señaló que la T.V. en particular, tiene un gran impacto en la sociedad, aún mayor en los niños, habiendo pruebas empíricas de ello, como la gran cantidad de dinero que se gasta en publicidad televisiva, además de la existencia de estudios experimentales muy controlados que demuestran que el niño aprende de la televisión.

Explicó que un ejemplo muy claro es el programa Plaza Sésamo, que sin tener carácter comercial logró con gran éxito enseñar al niño. Lo que demuestra que cuando se quieren hacer mensajes televisivos que a los niños no les afecte se logra, ya sea para educarlos o para que sean consumidores.

Señaló que existe un estudio dirigido por él mismo, donde se comprobó que el niño aprende más del libro de texto Televisa, que del libro de texto impreso para la Educación Primaria. El experimento demostró que el niño conocía más los slogans publicitarios, los chistes y palabras cómicas, que fechas históricas, lemas y héroes nacionales, etc., llegando a la conclusión de que el niño sí es afectado por la televisión.

Indicó, que las personas que tienen acceso a los medios son las que tradicionalmente deciden, por lo que el efecto es puramente comercial y con raras excepciones hay intentc de hacerlo con ca

rácter educativo.

Al preguntarle sobre las autoridades que reglamentan la televisión, nos refirió que existe una legislación hecha en 1960 y con una reorientación en 1973, pero que no es más que una forma de control de ciertos fenómenos que indica que no deben anunciarse cosas que vayan en contra de la moral, la ética, obras nacionales, etc.

Informó que la legislación controla que no se anuncien bebidas alcohólicas antes de las diez de la noche, pero que sin embargo, está muy atrasada en materia de niños, y no existe una legislación "ad hoc" a tomar en cuenta anuncios dirigidos a los niños, y que debería de empezar a ser regulado.

El Dr. hace hincapié en el programa de Chabelo que pasa por la televisión, en donde existe una mezcla de programa con publicidad que en realidad lo convierte en un gran anuncio que resulta nefasto para la generación actual, debido a que no puede ser regulado.

Así como el anterior, se encuentran infinidad de géneros de televisión que no han sido captados o reconocidos como nefastos por la legislación. Y que definitivamente, deben hacerse regulaciones en la legislación en el campo de los niños, desde el número y clase de anuncios que se deben transmitir en programas infantiles, hasta el tipo de producción.

Comunicó que estudios experimentales realizados por psicólogos demostraron que el niño a cierta edad no distingue la realidad de la fantasía y cree que lo que está viendo en programas y anun--

cios es parte de la realidad. Opina que la legislación debería tomar en cuenta las características cognocitivas y el desarrollo del niño, para saber qué tipo de anuncios se deben transmitir.

La legislación se encuentra en pañales en cuestión de niños, ni siquiera ha contemplado al niño como un público especial y no ha tomado en cuenta que el niño es diferente al adulto.

Aseveró que en E.U. está comprobado que antes de los cinco o seis años de edad, el niño no distingue la diferencia entre anuncio y programa. Existen programas de noticias (realidad) con sus vicios, existen comerciales y existen programas de fantasía, y el niño lo confunde todo, por lo tanto, se debería proteger al niño tomando en cuenta frecuencia, duración, características y contenido de anuncios, programas y noticieros.

Argumentó que el publicista es una persona que tiene una ideología, valores e intereses de acuerdo a su trabajo, situación ambiental y clase social, por lo tanto el publicista o emisor de mensajes no está consciente de la tendencia de éstos o si al niño le pueden dar alegría, miedo o ansiedad de acuerdo al contenido y tampoco le importa si puede diferenciar entre fantasía y realidad.

Menciona que en un anuncio como el de la sección amarilla en donde se asocia al dentista con el miedo y el dolor, es evidente que el niño al verlo, va a asociar al dentista con el miedo y el dolor, pudiendo negarse rotundamente a asistir a una consulta dental. Por lo tanto, en este caso en vez de la T.V. coopere para que el niño sea más accesible con el dentista, está propiciando lo

contrario.

Los anuncios en determinado momento tratan de manejar de tal forma al niño, que éste crea que si come un chicle de determinada marca se va a divertir más que si no lo come. La diferencia con - el adulto es que éste sabe que le tratan de vender algo, y aún así se deja cautivar por esas promesas de mujeres guapas y éxito so--- cial. Si un adulto ve un programa de horror, le afecta causándole angustia y miedo; por supuesto que en ésto existen mecanismos muy complejos, como asociación de personajes con el padre, la madre o con él mismo y entonces todo mezclado con la agresión produce cier tos efectos negativos.

Aseveró que un ejemplo muy claro de los efectos que puede pro ducir el cine o la televisión es la película El Exorsista, que en Estados Unidos causó que mucha gente, aparentemente sin problemas psicológicos fuera al psicoanalista o al terapeuta, desatándose -- así el síndrome del "exorsista". Para explicarlo más claro, sucedió que la gente tenía sentimientos negativos violentos o de agresión en contra de sus seres queridos y se disculpaban diciendo que tenían un espíritu malévolo dentro; lo que en realidad pasaba, es que esta película le disparó a mucha gente la posibilidad de agredir sin ser castigados y de tener la disculpa de estar poseídos, - siendo que sólo eran agresiones internas deshinibidas por el film.

El Doctor enfatizó en que no existe edad para el miedo, sino que es una reacción a situaciones desconocidas, que se aprende a - manejar con el tiempo de manera más racional y que va disminuyendo, en ocasiones por imitación. Muchas veces el miedo es una reacción

a situaciones que la persona ha vivido, visto u oído, produciéndose de esa forma reacciones negativas. Se han visto casos de niños que le tienen miedo a los payasos, a Santa Claus o a los Reyes Magos sin motivo aparente, simplemente por el miedo a lo que nunca antes se ha visto, a lo desconocido.

Dice que se puede pensar, que el miedo puede ser mejor manejado por los adultos, sin embargo, también sabemos que el niño no le teme a muchas cosas, simplemente porque no ha tenido la experiencia negativa, una vez experimentada la consecuencia, empezará a temer.

Afirma, que el miedo también depende de las características culturales y desarrollo cognositivo del ser humano.

Al preguntarle sobre el miedo general de la gente al dentista, opinó: "Hay que entender que cualquier intervención quirúrgica implica agresión al organismo y como consecuencia dolor y miedo. El hecho de que le abran la boca al paciente, le introduzcan una jeringa, para posteriormente taladrar el diente, llegar al nervio y que duela, no es nada agradable".

Resaltó que la humanidad le teme al dentista "per se" y que entre otros factores importantes está lo que se oye y se ve en el consultorio, y otro es que no está tan remota la época en que no se utilizaban anestésicos y la gente se acuerda.

El miedo al dentista es un miedo social que se ha aprendido ya sea en cabeza propia o ajena, dice que mucha de nuestra cultura se ha aprendido de cabeza ajena, de lo que se ve, de lo que se cuenta, por lo que hay que tomar en cuenta que los niños también -

ven y oyen, y reafirma, el miedo al dentista es un miedo aprendido.

El Dr. explica que para evitar programas y anuncios que en determinado momento dañen a la profesión odontológica y por ende a la población enferma, tendría que intervenir enérgicamente la Sociedad Dental Mexicana, presionando políticamente para que la Secretaría de Salud y la legislación de T.V., tomaran cartas en el asunto, y evitaran cualquier tipo de publicidad que pudiera afectar.

Sin embargo, dice que no existe ningún fundamento legal en contra de dicho anuncio en particular; que la Secretaría de Salud sólo es responsable de anuncios que se refieran a alimentos, bebidas y medicinas y que dicho anuncio está fuera de estos tres tipos.

Otro aspecto que a su juicio está en contra, es que el anuncio no está fuera de la realidad, ya que el dentista, afirma, sí causa dolor; por lo que técnicamente qué se puede decir de ese anuncio.

Por último, resaltó que la legislación aún en aspectos más importantes, como bebidas, medicamentos, alimentos, etc., tiene grandes vacíos, ya que en realidad los anuncios se llegan a corregir a posteriori, es decir, un tiempo después de que está saliendo al aire.

B) Dr. Rodrigo Farías Bárcenas.

El Doctor aseveró, que no existe recepción crítica atrás de la televisión; afirma que el miedo es creado de acuerdo a cada per

sona y a su sensibilidad, que el miedo en el caso de los niños se puede difundir a través de los dibujos animados, a pesar de que éstos lleven humor. Es más fácil, dijo, que el niño pueda captar el mensaje, más que el adulto ya que éste siempre niega la existencia del mismo.

Explicó que la familia es un grupo que por desgracia tiene menos influencia en sus miembros que la televisión. Existen muchas familias rígidas que no dejan a los niños curiosear, provocando -- que el niño se vuelva menos crítico y por lo tanto, más receptivo a los mensajes televisivos.

El Psicólogo comenta que tanto la propaganda, como la publicidad, son técnicas de persuasión para un fin determinado, es decir, buscan una respuesta a sus anuncios. Los anuncios son dirigidos - principalmente a los niños, están hechos sin tomar en cuenta el daño que pueden causar. El único propósito es obtener la reacción - predispuesta.

Particularmente opina que los individuos van con sus reservas al dentista, predispuestos al dolor que puede ser originado tan sólo por el ruido de la máquina, resultando un miedo lógico por la - experiencia del dolor.

Además, dice, influyen los comentarios que tanto niños como - adultos escuchan sobre el dentista; y por supuesto, existe el contraste habiendo otros individuos que sólo piensan en el beneficio del servicio dental.

Considera que la personalidad, trato y ambiente que dan los -

dentistas es muy variable. Que el miedo es justificado, sin embargo, se aligera con el trato amable, lo barato y los beneficios finales de salud.

6. ENCUESTA ODONTOLOGIA - TV.

Debido a la influencia que puede tener el anuncio de la sección amarilla en los niños, que puede dañar a la profesión Odontológica y a la falta de anuncios que la beneficien, se realizó esta encuesta a un pequeño grupo de niños, con el fin de saber qué tanto puede influir, en este caso la televisión, ya sea positiva o negativamente en la mente de los niños.

Se hizo una pequeña introducción con el fin de saber si los niños entrevistados habían visitado el consultorio odontológico y si les causó miedo, así como enterarnos de la opinión que tienen del dentista.

Es evidente la necesidad de publicidad positiva dirigida al sector odontológico, así como la eliminación de la pantalla de anuncios nocivos. También la necesidad de técnicas cada día mejores en lo referente a Odontopediatría.

Se espera que esta encuesta sirva para conocer mejor la opinión de los niños y para que las personas pertinentes se den cuenta de la necesidad de publicidad que tiene la Odontología.

La muestra se realizó a cincuenta niños de México, D.F., en el año de 1986, con una edad promedio de 11 años.

La encuesta contiene 14 preguntas que se enumeran a continuación:

1. ¿Qué edad tienes?
2. ¿En qué año vas?

3. ¿Has visitado al dentista?
4. ¿Qué piensas de él?
5. ¿Le temes?
6. ¿Por qué?
7. ¿Ves mucho la T.V.?
8. ¿Has visto programas o anuncios que te provoquen ganas o - temor de ir al dentista?
9. ¿Cuáles son y por qué?
10. ¿Llegaste a ver el anuncio de la sección amarilla? (Explicación).
11. ¿Qué impresión te dió?
12. ¿Te provocó miedo el dentista?
13. ¿Por qué?
14. ¿Qué crees que tenga de bueno la T.V. para que los niños - no le teman al dentista? Y qué propondrías tú?

En el estudio de las respuestas nos damos cuenta que de 50 niños, 8 no habían bisitado nunca al dentista. Si existiera publicidad adecuada este número no sería tan alto.

Con respecto a la opinión de los niños sobre el dentista, resultaron 14 opiniones negativas y las demás a favor. También 45 - niños le temen por diferentes causas; lo que refuerza la necesidad de publicidad favorable y mejoramiento de técnicas odontopediátricas.

De los 50 niños, 35 respondieron que ven mucho la televisión, lo que puede significar un número considerable de receptores que -

pueden aprender lo que es el dentista, para qué sirve y los beneficios que puede reportar.

Al preguntar a los niños si habían visto programas o anuncios ya sea positivos o negativos del dentista, sólo 15 respondieron afirmativamente. Algunos habían visto anuncios de pastas dentales, en donde se les instaba a lavarse los dientes y otros, pero muy pocos se refirieron al anuncio de la sección amarilla.

En las dos siguientes preguntas, en donde ya se les explica de lo que se trata el comercial, 20 niños afirmaron haberlo visto. Estas son algunas de sus opiniones:

1. El anuncio dice que el dentista duele, pero yo ya lo sabía.
2. Pues puede ser que después de verlo a los niños no les guste ir al dentista.
3. Pues que debe doler mucho.
4. Que ese anuncio nos da más temor al dentista.
5. Que es una tontería lo que dan a entender.
6. Pues que son muy tontos al hacer esos anuncios, pues con ellos nadie va a ir al dentista.

Las respuestas anteriores están tal y como los niños respondieron en los cuestionarios.

En lo referente al miedo que el anuncio les pudo provocar, 4 niños respondieron que ya le tenían miedo al dentista desde antes de ver el anuncio, sin embargo, este último no deja de reafirmar lo que ya pensaban, debiendo de ser lo contrario. 10 niños afirmaron que sí les provocó temor, los demás lo negaron.

De la última pregunta obtenemos propuestas de los niños para que por medio de la televisión disminuya el miedo a la Odontolo--- gía, y son las siguientes:

1. Que pongan caricaturas o anuncios que no den miedo al dentista, que den confianza.
2. Que pongan anuncios del dentista, pero de todas maneras duele.
3. Que el dentista salga y les explique que es para su bien y si - los niños no tenemos miedo todo sería más fácil.
4. No propongo nada porque no todos piensan igual.
5. Que pongan que no coman dulces.
6. Que te enseñen a lavarte todos los días los dientes.
7. Que pongan anuncios que tengan algo bueno del dentista.
8. Que no anunciaran a los dentistas porque me caen gordos.
9. Que anuncien que no coman dulces para tener una sonrisa bonita y que pasaran más anuncios para que los niños vayan más seguí-- do.
10. Que pongan anuncios que den confianza.
11. Que pongan lo bonito que es no tener caries y que no te duelan los dientes y anuncios en los que el dentista no dé temor.
12. Que pongan más anuncios del dentista.
13. No tiene nada de bueno que pongan anuncios ya que cada dentis- ta trata diferente y tiene su propia manera de trabajar.

CONCLUSIONES:

La mayoría de los ..iños le temen al dentista y ven la televi- sión; por lo que la mejor manera de ayudar a la Odontopediatría es con publicidad positiva, para poder realizar como dentistas nues--

tro trabajo con mayor eficacia.

De todos es sabido la gran influencia que ejerce la televi--- sión en los niños, ¿Por qué no aprovecharlo en beneficio del Sec-- tor Salud?

Si existen anuncios que pueden perjudicar a la Odontología, - debería haber otros que la beneficien, además, sería también beneficiado un gran sector de la población.

A la mayoría de los niños y adultos, les gustaría estar bien informados sobre Odontología, ya que todos, quieran o no tienen -- que ir al dentista algún día, qué mejor que ir sabiendo a lo que - se va y en el momento oportuno. Pero con una información adecuada y encaminada a mejorar el comportamiento de las dos partes: pacien te-dentista.

De ahí, la necesidad de que los Odontólogos promuevan ante -- las autoridades del Sector Salud programas informativos de Educa-- ción Odontológica, pudiendo realizarse a través de los Congresos - Nacionales e Internacionales que comúnmente se realizan en esta -- época.

El presente sondeo es sólo una pequeña muestra de lo que se - podría conocer al llevar a cabo una investigación a fondo de un -- sector amplio de la población infantil, ya que como se sabe, en Mé xico, la mayoría de la población se compone de jóvenes y niños, y éstos debido al tipo de alimentación básica en el país, tienen --- grandes problemas odontológicos.

CAPITULO III. INFLUENCIA DE PADRES, AMIGOS Y HERMANOS.

1. Proceder de los padres.

El dentista debe tener una visión amplia de cuáles pueden ser las influencias de padres, amigos y hermanos que pueden producir - ansiedades innecesarias en los niños; para que en el futuro se vea en posibilidad de aconsejar y guiar a los padres correctamente.

El modo de comportamiento de un niño, como ya hemos mencionado antes, se debe a su herencia física y mental que al ir desarrollándose se condiciona al entrar en contacto con el medio ambiente, de manera que el niño crezca con una personalidad adecuada a - la sociedad en que vive.

Si los padres han sido genuinos en la educación que han dado a sus hijos, el niño desde un principio tendrá un sentimiento de - confianza en sí mismo y en la gente, pero, si han sido emocionalmente incapaces de actuar como padres, lanzarán al mundo un vástago con una actitud cautelosa y hostil hacia lo que vendrá; dicha - persona, puede llegar a interpretar mal un gesto amistoso y servicial por parte del personal del consultorio en un intento para lesionarlo o manipularlo.

El objetivo principal de los padres debe ser el de permitir - al niño llegar a la edad adulta en un perfecto estado de desarrollo físico, mental y social, de manera que a lo largo de su vida - pueda rendir su mayor eficacia.

Es importante para el odontólogo comprender el tipo emocional

de padres y niños, así como también conocer los modelos de comportamiento y actitudes que ambos tienen hacia la Odontología para poder contar con una buena cooperación y realizar el trabajo dental satisfactoriamente.

Condicionar a los niños hacia el dentista y servicios dentales, al igual que a las otras experiencias que forman la niñez y la vida es responsabilidad de los padres.

El comportamiento de la familia depende mucho del medio ambiente en el que se desarrolla; no se puede esperar una buena salud física y mental y comportamientos adecuados si no existen buenas condiciones de vivienda, vestidos adecuados, alimento satisfactorio, vida familiar feliz y medios recreativos y educativos adecuados; por fortuna el comportamiento consecuencia del medio puede alterarse, y el Odontólogo en este caso, deberá esforzarse para controlar la situación, para poder llevar a cabo el tratamiento y cooperar para que el niño posteriormente desarrolle un modelo de comportamiento aceptable socialmente, y con el que pueda satisfacer sus necesidades físicas y emocionales.

Al considerar las actitudes de los padres se cree que, en general, es necesario cierto grado de dominación por parte de los padres y de sumisión de los hijos para que éstos se ajusten a los patrones culturales vigentes. Si se carece de dominación paterna habrá deficiencias para adquirir la capacidad de ajustarse a las diferentes situaciones de la vida.

Si la dominación de los padres es justa y administrada adecua

damente, el niño encajará en un mundo en el que los ajustes son -- siempre necesarios. Se ha visto que los niños aceptan las expe--- riencias exteriores con más animación e interés si tienen algo de supresión en casa, y el tratamiento dental es sólo una de esas experiencias por las que debe pasar.

Para poder tratar pacientes infantiles, se debe contar con su total cooperación, por lo que el dentista tendrá que estar cons--- ciente en todo momento de los factores psicológicos y sociológicos que conforman sus actitudes emocionales para poder obtener esta -- cooperación.

El dentista es responsable del manejo del niño en el consultorio dental debiendo estudiar y comprender a fondo todo lo referente al miedo, ansiedad y furia, así como educar primero a los pa--- dres para después tener buenos pacientes infantiles.

Generalmente, los padres quieren dar a sus hijos todas las -- ventajas posibles en la vida, aunque ellos no las hayan tenido, -- una de estas mejorías es ofrecerles un dentista competente que los prepare emocionalmente para aceptar de buen grado el tratamiento - dental.

Existen padres que no tuvieron una educación adecuada y un -- buen desarrollo emocional, y aunado a ésto han tenido malas expe-- riencias odontológicas, ya sea en la infancia o en la edad adulta que no han podido superar; este tipo de padres son incapaces de -- proporcionar una instrucción adecuada a su hijos sobre el trata--- miento dental, transmitiéndoles su temor, desconfianza e incompren

sión. Estas personas pueden llegar al consultorio, extremadamente nerviosos, desconfiados, angustiados y con un gran temor de entregar el niño al dentista para empezar el tratamiento; todo ésto es transmitido y captado por el niño, lo que hace muy difícil su manejo. Pueden llegar a hacer el intento de seguirlos, lo que debe -- evitarse a menos que sea necesaria su presencia por ser el niño -- muy pequeño y los necesite para infundirle confianza.

No se les permite el paso, ya que algunos niños se portan mejor en ausencia de sus padres, y porque los padres en lugar de ser observadores pasivos causan problemas en el manejo del niño, interfiriendo, ya sea hablando, tomándolos de la mano o viéndolos con - expresiones de angustia, miedo, simpatía o lástima.

2. Proceder de los hermanos.

El niño puede ser afectado adversamente a cierta edad por influencias externas, una de estas influencias puede ser la de los - hermanos.

La relación entre hermanos influye en el comportamiento del - niño, ya que los hermanos desempeñan por lo general, un papel im-- portante en el desarrollo de la personalidad, pudiendo ser dominados los hermanos menores por los mayores.

No hay datos convincentes para definir el tamaño óptimo de la familia, como tampoco pueden reconocerse ventajas claras a algunas de las distintas posiciones en el orden de nacimiento de los hermanos, gran parte de la conducta adquirida, incluso en los años preescolares, procede de las relaciones niño con hermanos de otras --

edades. Los niños suelen descargar en sus hermanos, una gran cantidad de sentimientos que no pueden dirigir a sus padres.

La rivalidad que puede existir entre hermanos, por el afecto de sus padres o de algún otro miembro de la familia, puede influir en el patrón de comportamiento del niño, así como también permite y fomenta la maduración de las habilidades interpersonales.

Las actitudes están formadas primordialmente por los padres, pero pueden variar según el número de hijos y su posición en la familia. El hijo menor puede tener más dificultades con la actitud de los padres, que las que tendría el hijo mayor, por haber sido el primero, por la posición de mando que ésto implica y por el entusiasmo y juventud que los padres tienen en el momento de su nacimiento, juventud y entusiasmo que a veces es tan necesaria para poder administrar una disciplina justa y adecuada.

Por lo general, el hermano mayor es conservador y de comportamiento moderado y se porta bien si sus padres comprenden sus actitudes con inteligencia. El hermano pequeño por el contrario, suele ser mimado por sus padres y hermanos, pudiendo llegar a haber un poco más de dificultad en su comportamiento.

El hijo único o adoptado, puede llegar a percibir demasiada indulgencia de sus padres y tiende a ser antagonista, desobediente, egoista y dado al mal genio. Para evitar este tipo de actitudes, lo único que los padres deben hacer, es tener actitudes moderadas.

El hijo único necesita más a unos padres emotivos, abiertos y

sociales, que el niño que tiene hermanos.

El Odontopediatra en este caso, debe orientar a los padres para que puedan encontrar medios suplementarios para que el niño aprenda a intercambiar sentimientos con otras personas, así como para que se esfuercen en facilitar experiencias de grupo a su hijo, incluso antes de que vaya a la escuela. Los padres tienen que aprender la importancia de que el niño se quede solo con otros niños y que sepa que ésto no es un rechazo, sino un esfuerzo para fomentar el crecimiento sano.

Para la Odontopediatría, la influencia de los hermanos puede ser importante y muy perjudicial; ya que, si a uno de los hermanos le fue mal en el tratamiento dental, le puede llegar a platicar a los hermanos más pequeños sobre su mala experiencia, transmitiéndoles de esta forma su temor y rechazo. Sin embargo, si los padres tienen una buena actitud pueden suavizar la situación hablando con todos los miembros de la familia, para establecer el comportamiento que deben tener hacia el tratamiento dental y así evitarles mayores problemas.

3. Proceder de compañeros y amigos.

Existen muchos factores, además de las relaciones con padres y hermanos, que forman la personalidad del niño; como cualidades de personalidad innatas, relación en la familia, juegos, esparcimiento, moralidad, personas ajenas a la familia, etc. Todos y cada uno de ellos tienen influencia sobre el modelo final de la personalidad y pueden constituir la diferencia entre un niño feliz y

uno confundido.

A medida que el niño crece y va a la escuela, los maestros, - al igual que los compañeros de juego, tienen un importante papel - en la formación de la personalidad.

A los niños les gusta dramatizar situaciones, especialmente - si los hace más heróicos a los ojos de los demás niños. Pueden -- llegar a exagerar los dolores de una extracción o de operaciones - dentales; lo que puede producir efectos negativos en el niño que - está escuchando y que aún no ha ido al dentista para su primera revisión.

Por otro lado, cuántas personas adultas llegan a comentar delante de los niños, sin tomarlo en cuenta, el dolor y el miedo que padecieron al ir al dentista. En este caso, los padres conscientes sobre lo que ésto implica, tomarán inmediatamente cartas en el asunto para evitar que la persona siga hablando de ésto. Ese momento se puede aprovechar para dar una buena opinión sobre la Odontología; ya que al fin son los padres los que gobiernan el destino del niño en su medio social.

4. Diferentes actitudes que pueden presentar los padres al educar a sus hijos.

A) Protección excesiva.

El niño necesita sentirse querido para ser emocionalmente sano, sin embargo, el sentimiento de protección de los padres puede ser excesivo y dañar la educación normal del niño, provocando que no pueda tomar decisiones por sí mismo y que no tenga iniciativa.

La protección maternal excesiva se manifiesta por dominio extremo o por indulgencia excesiva.

Los niños dominados con exceso, son tímidos, delicados, sumisos y temerosos, son humildes, atemorizados, presentan ansiedades profundas y sentimientos de inferioridad.

El dentista en este caso, tiene que atacar la timidez logrando que confíe en sí mismo, así, serán pacientes obedientes y educados. Es decir, pacientes ideales.

Los niños con indulgencia excesiva, tienen dificultad para -- adaptarse al medio social en que viven, demandan gran atención, -- afecto y servicio; son desconsiderados, egoistas y tiránicos, impacientes, caprichudos y con mal genio.

Frente al Odontopediatra pueden ser encantadores y persuasivos. Si ésto no les funciona hacen alarde de ira extrema y se resisten incluso por la fuerza. En el consultorio estos niños son - muy difíciles de manejar.

B) Rechazo.

Puede ser ligera indiferencia de los padres por sus ocupaciones o un rechazo completo por existencia de problemas emocionales. Si sólo existe una ligera indiferencia, serán niños olvidados con sentimientos de inferioridad, tendrán inseguridad, resentimientos, incapacidad de amar; se volverán retraídos y no sabrán su lugar en la sociedad.

Con rechazo completo los padres los desprecian, critican, molestan, los descuidan y castigan llegando muchas veces a la bruta-

lidad. Estos niños carecen de estimación propia, se sienten incapaces, inseguros, agresivos, vengativos, desobedientes, combativos, nerviosos e hiperactivos.

En el consultorio odontológico son difíciles de manejar, el dentista deberá ser amigable y tratar de comprenderlo, se deben respetar sus peticiones, brindarles bondad, atención y enseñarles que cuando se porta bien, el tratamiento dental es mucho más agradable.

C) Ansiedad excesiva.

Generalmente, son excesos de atención, protección, afecto y mimo por parte de los padres, tal vez debido a alguna experiencia trágica anterior. Son niños tímidos, temerosos y huraños; incapaces de tomar decisiones y muy temerosos de su salud.

En el consultorio dental son buenos pacientes, aunque temerosos, pero pueden reaccionar bien al tratamiento.

D) Dominación.

Son padres dominantes, críticos y estrictos, que fuerzan al niño con responsabilidades incompatibles con su edad, no lo aceptan como es e incluso lo rechazan. Dando como resultado niños evasivos, resentidos, negativos, inquietos pero a la vez sumisos.

Odontológicamente llegan a ser buenos pacientes si se les trata con consideración y amabilidad.

E) Idoneidad.

Son padres que tratan de revivir sus propias vidas en los hijos, dándoles todas las ventajas que ellos no tuvieron; si el niño

no responde favorablemente, se presentan muestras de decepción y - desaprobación paternal; resultando niños con sentimientos de culpa, son niños tímidos, retraídos, inseguros, llorones, carentes de confianza en sí mismos y con un miedo extremo al fracaso.

En el consultorio pueden llegar a ser buenos pacientes si se les trata bien.

5. Instrucciones a los padres.

Los niños tienen que estar condicionados desde su inicio por los padres y la gente que los rodea para aceptar de buen grado el tratamiento dental, ya que éste es una de sus necesidades físicas por satisfacer.

Los padres son responsables de inculcar a sus hijos actitudes convenientes hacia la Odontología, sin embargo, es obligación del dentista ayudar, asegurándose de que esten bien informados y educados sobre psicología infantil. Se debe educar primero a los pa--- dres, para posteriormente obtener buenos pacientes infantiles.

Las actitudes de los padres hacia ciertas experiencias de la vida pueden modificar de modo significativo los tipos de comportamiento de un niño.

El dentista deberá tener diplomacia y tacto para transmitir a los padres cierta información que puede llegar a molestarles. Proporcionando la información de manera adecuada y profesional, se podrá lograr que sean receptivos y la acepten de buen grado.

El dentista dará a los padres consejo y guía sobre el comportamiento infantil, para que éstos, a su vez, transmitan los conoci

mientos a sus hijos; ayudando de esta forma al dentista, evitando el miedo irracional y convirtiéndolo en conductas razonables.

Debe recordarse que muchos padres sólo oyen, recuerdan y comprenden parcialmente lo que se les dice, por lo que deben darse y repetirse varias explicaciones de manera comprensible y clara.

Habiendo explicaciones sencillas, ayuda y orientación, así como comunicación y consejo, se establecerá una ayuda, promoviendo - al mismo tiempo un interés profesional auténtico y afecto por el - niño. Esto, representa muchas veces la diferencia entre la participación activa de la familia y el rechazo de la ayuda, con la mala adaptación consecutiva y la imposibilidad para alcanzar las máximas posibilidades para el niño.

Se debe aconsejar a los padres que siempre que sea posible, - el niño debe ser avisado sobre la experiencia desagradable, por supuesto haciéndolo en concordancia a su nivel de inteligencia y su capacidad para soportar la tensión; portándose de esta forma, honrados con el niño para que pueda seguir confiando en ellos y para que no se sienta traicionado por aquellos en quienes confía.

Los factores atemorizantes y físicamente dolorosos deben ser reducidos al mínimo, para que la relación niño-padres-dentista sea mantenida en la medida de lo posible como factor principal de sostén y seguridad.

Es necesario dar una aplicación adecuada y preparar a los padres sobre los procedimientos a seguir en el tratamiento, para que así, se encuentren tranquilos y trasmitan esa tranquilidad a sus -

hijos.

Hay que hacer comprender a los padres que una vez que el niño esté en manos del Odontólogo, éste será el encargado de prepararlo emocionalmente para el tratamiento.

Reglas sencillas.

1. El padre debe de explicarle al niño qué es la Odontología y - que el dentista es una persona amable y agradable que sólo -- cooperará para su bienestar.
2. Nunca deberán inclucar al niño temores profundos, expresando sus miedos personales frente a él, nunca quejarse de sus experiencias desagradables con el dentista, debe inculcarle ser - receptivo y que no hay por qué temer.
3. Nunca deberán utilizar la Odontología como amenaza o castigo, ya que lo puede asociar inmediatamente con dolor y con cosas desagradables.
4. Los padres deben mostrar valor para transmitírselo a los ni-- ños.
5. Deben estar conscientes del ambiente y actitudes que tienen - en casa, para poder tener hijos centrados.
6. Los padres nunca deben traer al niño al dentista cuando sufre dolor de dientes, por lo que hay que indicarles que se debe - traer al niño mucho antes de que se presente el problema, para evitar complicaciones.
7. Indicarles que no sobornen a los niños para ir al dentista, - ya que ésto les indica que tienen que enfrentarse a algún peligro.

8. No deben burlarse ni ridiculizar los servicios dentales para tratar de vencer el miedo, pues sólo causan resentimientos y dificultarían el trabajo del dentista.
9. Combatir todas las impresiones perjudiciales que puedan llegar de afuera.
10. No mentir diciéndoles lo que va a hacer o no el dentista, o decir que no les va a doler, ésto sólo ocasiona desesperación y desconfianza, colocando al dentista en una situación comprometida.
11. No se debe mostrar al niño exceso de simpatía, miedo o desconfianza, ni forzarlo, todo debe ser de manera natural.
12. Al encomendar el niño al dentista, el padre no debe querer entrar, a menos que el dentista se lo sugiera y lo permita, teniendo que comportarse en caso de que entren como observadores pasivos.

CAPITULO IV. EL DOLOR, EL MIEDO Y LA ANGUSTIA COMO FACTORES IMPORTANTES.

1. El dolor.

a) Generalidades.

El dolor tiene como finalidad advertir al organismo del peligro, de tal suerte que el enfermo pueda emprender una acción protectora; es decir, es un mecanismo protector del cuerpo que actúa siempre que un tejido es lesionado y obliga al organismo a reaccionar en forma refleja para suprimir el estímulo doloroso.

La sensación es el aspecto más importante del dolor y se percibe por medio de un sentido especial con propiedades estructurales, funcionales y perceptivas propias.

A pesar de que el umbral para el reconocimiento del dolor parece ser aproximadamente el mismo para todas las personas, el grado de reacción de cada una varía enormemente. Las personas estoicas reaccionan al dolor mucho menos intensamente que las personas emocionales.

Las reacciones psíquicas al dolor, probablemente sean mucho más sutiles; incluyen todos los conocidos aspectos del dolor, como la angustia, la ansiedad, el llanto, la depresión, las náuseas y la excitabilidad muscular excesiva. Estas reacciones varían tremendamente según las personas en grados comparables de estímulos dolorosos.

El dolor es parte necesaria de la experiencia humana, ya que el individuo se fortalece al vencer el dolor, el miedo y otras adversidades.

Para entender el dolor, es importante saber que la percepción del dolor y las reacciones del paciente al mismo, varían de un paciente a otro y de una vez a otra en el mismo paciente.

Se ha observado que los mismos difieren entre sí en sus reacciones al dolor y la tensión desde muy pequeños y que esta diferencia persiste a través de un período extenso; lo que reafirma que algunos aspectos del comportamiento humano se desarrollan de una manera característica a una hora muy temprana de la vida y que permanecen estables en cada individuo a través del tiempo.

Se ha sugerido que los factores emocionales característicos de cada individuo influyen considerablemente para establecer los límites de tolerancia al dolor; lo que trae como consecuencia pensar que los factores emocionales explican las variaciones en las respuestas autónomas.

Si se percibiera sólo el dolor sin variaciones secundarias a él, su consideración amplia sería necesaria, sin embargo, para el paciente la percepción del dolor es de suma importancia, así como la reacción al dolor del paciente es de gran valor para el dentista.

Para poder triunfar como Odontopediatra y beneficiar con nuestra profesión a la comunidad, es esencial tener todos los conocimientos y técnicas para prevenir y controlar el dolor.

El dolor nos hace padecer, causa sufrimiento, disgusto y pena, por lo que es un factor muy potente que puede dejar impresiones muy fuertes en las personas que por cualquier causa lo hayan -

sufrido, dejando huellas profundas que en un momento dado pueden - afectar actitudes del paciente hacia los servicios dentales.

Como en el caso de los padres que tratan de proteger a sus hijos de la Odontología, porque han tenido experiencias con dolores de dientes y miedo de malos tratamientos en el pasado, algunas personas se motivan dando a sus hijos cuidados odontológicos tempra-- nos y preventivos; sin embargo, otros los demoran guiándose en dirección opuesta y hacia el desastre final.

La percepción y reacción de sensaciones dolorosas son determinadas en su mayor parte por la ansiedad y el miedo, existiendo circunstancias amenazadoras que lo causan, sobre todo tratándose de - niños. La ansiedad y el miedo proceden y siguen siempre a las experiencias dolorosas.

El miedo al dolor desempeña un papel importante en la conducta modificada de ciertos adultos, incluso llega a hacer que eviten el tratamiento dental; por lo que se recomienda usar medidas psicológicas reconfortantes, permitiéndole al paciente que participe en el control de los procedimientos del tratamiento, así como administrar sedantes.

El miedo y la ansiedad son reacciones emocionales elaboradas por la personalidad y basadas en el sentido y el significado.

La ansiedad es el sustituto psicológico del dolor y, por me-- dio de la experiencia y de procesos de asociación, protege al organismo anticipándose al dolor. En este caso, el organismo actúa antes de que realmente ocurra el dolor.

La ansiedad exagera cualquier experiencia dolorosa real, llegando a disminuir el umbral del dolor y a aumentar la tolerancia a los medicamentos. Sin embargo, en la vida hay cientos de situaciones básicas que tienden a provocar ansiedad en la mayoría de las personas; una de estas situaciones es la visita al médico o al dentista; por lo que es de suma importancia para el Odontopediatra saber reconocer y tratar estos aspectos de angustia y anticipación que presenta el dolor.

Un hecho importante que el Odontólogo tiene que considerar, es que para el niño lo más importante es que el dolor lo hace sufrir, por lo que debe ser objetivo para aplicar remedios apropiados y preventivos basándose en la psicología y fisiología para tratar las aprensiones y reacciones al dolor del niño. Teniendo un completo conocimiento del dolor y el uso de ciertos medios para proporcionar la mayor cantidad de bienestar y sensación de comodidad en el niño.

Se ha demostrado que la inteligencia de los niños es un factor importante para elevar los umbrales del dolor y que, respuestas fisiológicas a varios tipos de estímulos bucales son modificados por la inteligencia y por la ansiedad preexistente.

b) Control del dolor.

Para controlar el dolor en los niños pacientes, se deben emplear medidas que reduzcan el miedo, ya que el dolor y el miedo son complementarios, para tener como consecuencia una elevación del umbral del dolor y reducción de las reacciones al mismo. Al -

reducir el dolor, disminuirán la ansiedad y las reacciones al temor.

Para reducir el miedo y dar confianza al niño, el Odontólogo y ayudantes, deberán ser amables, competentes, interesados en el bienestar de sus pacientes y tener confianza en sí mismos. Reconociendo eficazmente diferencias de educación y cultura de los niños y su familia para poder actuar adecuadamente.

Se tienen que utilizar técnicas de aprendizaje en los niños para que poco a poco se vayan ambientando, dándoles buen ejemplo para modelarlos y alentarlos al comportamiento deseable con refuerzos positivos para que desaparezca el miedo.

Dando así una sensación de familiaridad y confianza para realizar el tratamiento de una manera aceptable. A medida que avance el tratamiento, se reforzará la buena conducta y se alentarán los sentimientos positivos en visitas subsecuentes.

Para ayudar a los niños a controlar sus reacciones al dolor y al miedo, se puede usar la sugestión, distrayendo su atención, utilizando frases tranquilizadoras para calmarlos, sustituyendo términos desagradables por eufemismos agradables.

De esta forma, casi siempre es posible conservar la atención y cooperación normal del niño.

Por otro lado, cuando no es posible lograr un poco de cooperación y respuesta del niño, se usarán restricciones físicas apropiadas, como mantener al niño firme en la silla en posición inclinada, poner la mano sobre su boca cuando llore e instruirlo con voz

firme sobre los procedimientos a seguir.

2. EL MIEDO

El miedo es una respuesta emocional realista, concreta y una de las primeras emociones que se experimentan después del nacimiento; es la reacción a una situación que constituye un peligro o una amenaza real, es una respuesta primitiva que se desarrolla para -- proteger al individuo contra daños, y lo importante no es la situación en sí, sino cómo la percibe el hombre y lo que significa para él.

Las raíces del miedo las podemos encontrar en la infancia, -- cuando el niño es pequeño, débil y vulnerable, cuando todo parece potencialmente amenazador. En la lactancia no es consciente la naturaleza del estímulo que produce el miedo, sin embargo, a medida que crece y se desarrolla toma conciencia de los estímulos que le producen miedo y los identifica tratando de ajustarse a estas experiencias, pero, si es incapaz física y emocionalmente de hacer --- frente a este problema, el miedo se intensifica.

En los niños el miedo produce un comportamiento primitivo y - difícil de controlar, sin embargo, tratan de luchar y de huir de - la situación; no obstante, a medida que avanza la edad mental y la experiencia, se aprende a razonar que no todo es peligroso y se va desarrollando progresivamente un sentimiento de seguridad y confianza, za, adquiriendo poco a poco capacidad para afrontar la vida. - El miedo va desapareciendo en gran parte, pero nunca del todo, ya que permanece latente en la memoria i..consciente del hombre.

El miedo puede ser objetivo o subjetivo; el miedo objetivo -- puede ser de naturaleza asociativa y es una reacción a estímulos - desagradables que se sienten, huelen, oyen y ven; es decir, son -- producto de estimulación física directa de los órganos sensoriales.

El miedo subjetivo se basa en actitudes o sentimientos sugeridos por personas ajenas, sin que necesariamente se hayan experimentado personalmente. Pueden llegar de tiempo atrás y son muy difíciles de superar.

Existen temores sugestivos que pueden experimentarse por medio de imitación, si el niño observa miedo en otras personas adquiere temores tan ciertos como los que está observando; el miedo del niño y su comportamiento negativo están relacionados con miedos de otras personas. Los temores por imitación pueden trasmitirse sutilmente, sin que nadie se dé cuenta y son temores que ocurren con regularidad por muy difíciles de eliminar.

Como consecuencia de todo ésto, los temores son más intensivos y mientras más tiempo estén presentes en la mente, serán más - graves y sin proporción al miedo objetivo que hubiera creado el vivir la experiencia.

También encontramos miedos sugeridos que pueden aumentarse a tal grado que llegan a la irracionalidad, en el sentido de que el niño no sabe por qué está atemorizado, en este caso son temores -- profundos inspirados por objetos o hechos imaginarios.

En los niños puede variar la intensidad del temor según el -- momento y sus necesidades físicas, ya que una situación determina-

da puede causar diferente reacción a un niño con hambre, sueño o - ganas de ir al baño, porque puede tener reducida la capacidad de - razonar y controlar sus temores y tener una tolerancia inferior a situaciones desagradables.

El miedo puede llegar a ser utilizado por los niños como mecanismo de defensa, en el sentido de que no todos los temores que manifiestan son genuinos, por lo que habrá que determinar, si el patrón del miedo es genuino o simulado.

La edad es un determinante del miedo; es decir, los temores y la manera de manejarlos varía con la edad, ya que existe con el -- tiempo un proceso de maduración asociado al crecimiento del individuo.

La impresión es una forma eficaz de aprendizaje y tiene efectos duraderos, por lo que es muy importante el papel de la madre - en la superación de temores tempranos.

Existe una estrecha relación entre los cuidados y atención maternal y la reacción posterior al miedo en la vida.

Se ha observado que los niños muy inteligentes llegan a tener más miedo que los demás, tal vez debido a que están mas conscientes del peligro y no confían en las palabras sin presencia de pruebas.

El temor puede disminuirse debido a que el niño se dé cuenta de que no hay nada que temer, a presiones sociales que lo obliguen a ocultar el miedo, a imitación o por lo que sería lo ideal, la -- guía correcta por parte de sus padres.

El niño experimenta el miedo y la angustia en forma combinada. Entre los dos y los siete años, los miedos suelen ser bastante frecuentes, aunque no en forma persistente, a los dos años y medio, pueden tener miedo a la obscuridad y a la soledad, requiriendo a menudo ciertas concesiones y la presencia de la madre.

A los tres años y medio, el miedo puede concentrarse en los pequeños animales; y por el contrario, a los cinco años estos temores cambian, dirigiéndose a animales grandes como bestias salvajes.

Los niños de cuatro a seis años se encuentran en un período de conflictos e inestabilidad emocional, sin embargo, se vuelven fuertes para tolerar tensiones internas desagradables conforme se va desarrollando su ego. Además, tiene un mecanismo de protección muy importante que combate y amortigua los problemas, que es la imaginación.

La fantasía es una válvula de seguridad que da al niño bienestar, valor y calma para enfrentarse a la situación real.

El niño mejora su capacidad para vencer temores a los siete años, aunque es la edad de la preocupación, sin embargo, se encarga de resolver los temores reales. En esta edad es muy importante el apoyo familiar.

Todos estos miedos llegan a calmarse con la presencia de los padres y desaparecen con el tiempo sin constituir un problema importante.

El miedo no siempre es malo, tiene su importancia, su objeti-

vo y su valor, ya que es un mecanismo protector de preservación -- que dirigido y controlado de manera adecuada puede llegar a ser -- muy valioso.

El miedo es importante para mantener al niño alejado de situaciones realmente peligrosas, ya que el estímulo que lo produce puede ser verdaderamente dañino.

La falta de temor a los castigos o regaños puede ocasionar -- conductas antisociales en el futuro, por lo tanto, los padres no - deben tratar de eliminar el miedo, sino canalizarlo adecuadamente.

A. CONTROL DEL MIEDO.

El problema emocional del miedo es una de las principales razones por las que la gente no acude al consultorio dental. Es de gran importancia que el Odontopediatra conozca a fondo las implicaciones del miedo para actuar con eficacia en el tratamiento.

Con la presencia del miedo la comunicación niño-dentista es - muy difícil. El niño deberá ser tratado de una forma especial, teniendo el dentista que actuar con inteligencia para ganar su con-- fianza y aprecio. El miedo a perder su estimación y aprobación lo pueden llevar a aceptar el tratamiento y la disciplina que conlleva.

El Odontólogo debe estar alerta para detectar casos en los - que, el miedo se deba a formas deficientes de manejo con dolor innecesario de otros dentistas, por lo que será difícil que coopere por su propia voluntad. El dentista deberá comprender su estado - emocional y tratarlo con cautela y lentitud para volver a darle --

confianza en la Odontología.

Se deberá tener mucho cuidado y paciencia con estos niños, ya que el miedo hace descender el umbral del dolor, de manera que --- cualquier dolor provocado durante el tratamiento estará aumentado y puede llevar a presiones todavía mayores.

Es muy importante la responsabilidad de los padres en la preparación psicológica del niño para evitar o disminuir el miedo en el consultorio. El dentista tratará de educar a los padres para - que nunca hablen de malas experiencias dentales delante de los niños, ya que desarrollan miedo a la Odontología, todo ésto es, porque un niño que oye a sus padres hablar de situaciones desagrada-- bles en el consultorio dental, las aceptará muy pronto como reales y tratará de evitarlas lo más pisble.

La influencia y cooperación de los padres es de vital impor-- tancia, ya que persistirá el miedo hasta que el niño esté convencido de que no existe razón para asustarse.

Habrá que enseñar a los padres que no deben decir al niño que va a experimentar dolor; no minimizar o mentir sobre las molestias del tratamiento y decirles que nunca utilicen a la Odontología como amenaza o castigo.

Los padres pueden llegar a trasmitir inconscientemente sus temores a los niños, ya que si ven miedo en ellos,adquieren miedo.

La presencia de los padres durante el tratamiento puede lle-- gar a ser benéfica, sobre todo en los niños pequeños, pueden estar presentes, siempre y cuando, no trasmitan sentimientos negativos - al niño.

Es bueno que los padres y el Odontólogo comprendan que cada niño es un individuo y por lo tanto reaccionará de manera individual. Puede haber gran variedad de reacciones que dependan de las capacidades innatas, físicas y mentales de cada niño.

La edad es un factor importante, ya que lo que asusta a un niño de dos años, puede no asustar a uno de seis. Se deberán interpretar todas las reacciones y estímulos, considerando la edad emocional, mental y cronológica del niño.

El dentista debe estudiar los estímulos de importancia dental que pueden producir miedo en las diferentes edades, para no esperar reacciones y compotamientos que sobrepasen la capacidad mental del niño.

Dentro de los factores que producen miedo y que el dentista debe tener mucho en cuenta, se encuentran lo inesperado y lo desconocido, que producen temor y amenazan su seguridad.

Los niños pueden temer separarse de sus padres, a caerse por movimientos inesperados del sillón dental, a los movimientos bruscos y rápidos de la fresa, a la presión de los instrumentos de mano al preparar cavidades, a la luz intensa de la lámpara de la unidad dental, así como, a todo lo que implica el consultorio dental, por ser tan poco familiar.

El Odontopediatra debe tener los conocimientos necesarios sobre miedo y actitudes, debe educar a los padres, ser paciente y cuidadoso, cuidar la forma en que se desenvuelve en el momento de ganar la confianza del niño, para poder establecer una buena comunicación y evitar actitudes perjudiciales al tratamiento.

3. La ansiedad.

La ansiedad es una respuesta normal a amenazas dirigidas contra el cuerpo, posesiones, modo de vida, seres queridos o valores acariciados. Es una respuesta a situaciones que son peligrosas sólo simbólicamente, es un estado de aprensión y tensión en el que la causa puede no ser distinguida. La ansiedad es intangible, indefinida y pone al organismo en alerta contra posibles peligros.

La ansiedad es normal durante un esfuerzo extremo o en una situación de la vida que cambia rápidamente y que requiere una adaptación contínua. La ansiedad acicatea al individuo a la acción -- útil y desempeña un papel importante en el cambio benéfico y en el crecimiento de la personalidad. Si la ansiedad es anormal o excesiva, no sólo hace infeliz al individuo, sino que tiene un efecto deletereo sobre su funcionamiento.

Para que la ansiedad sea normal o anormal, depende de su intensidad, duración y de las circunstancias que la causan. La ansiedad se diferencía del miedo porque es el resultado de causas -- obscuras e irracionales.

A causa de la ansiedad pueden desarrollarse problemas secundarios, como podrían ser: succión del pulgar, exceso de apetito con la consiguiente obesidad, onicofagia y diferentes tipos de temores y trastornos del sueño.

A) Control de la ansiedad.

Una de las situaciones que provocan ansiedad en las personas, es la visita al consultorio dental. Sin embargo, la ansiedad aun-

que irracional e impropia es un hecho de la vida y en parte en grado variable de todas las vidas que permanece latente en el hombre a través del tiempo; por lo que todas las personas, los médicos y los dentistas, deben aprender a vivir y a trabajar con ella de la forma más adecuada.

Es preciso que el dentista sepa reconocer y tratar con anticipación la angustia que provoca un estado de tensión y cambios emocionales durante el tratamiento.

La ansiedad procede y persigue a las experiencias dolorosas. En base a ésto, el dentista debe estar preparado para trabajar, basándose en la psicología de las ansiedades para que el bienestar - del niño vaya en aumento y disminuya el problema.

La ansiedad no siempre debe y puede ser minimizada, es hasta cierto grado importante en la vida, ya que es parte necesaria de - la experiencia humana. Sin embargo, el dentista tiene que tratar de reducirla para poder llevar a cabo el tratamiento con éxito; teniendo que hacer lo posible para reducir la percepción al dolor y al miedo que son dos de los factores importantes que causan la ansiedad.

Una de las causas básicas de angustia en el niño, es su preocupación por el daño o mutilación inflingidos a su cuerpo. La falta de experiencia y de perspectiva transforman un corte sin importancia o una gota de sangre, en una verdadera catástrofe.

El adulto normal aprende a ver su cuerpo más objetivamente y con cierto alejamiento normal, aprende también a confiar a sí mis-

mo, en su fortaleza y en su capacidad de recuperación; pero, en el sujeto inmaduro que sigue teniendo grandes preocupaciones acerca - de la integridad de su cuerpo, sólo la idea de una aguja de una inyección o de un corte, despierta imágenes vívidas de lesiones corporales que lo llevarán a un estado angustioso grave, creándose -- así un problema fuerte para la realización del tratamiento dental.

Estrechamente ligada a la preocupación de la mutilación y lesión corporal, encontramos la preocupación por la integridad y perfección de la imagen del cuerpo.

El niño tiene una gran preocupación por la integridad de su - cuerpo, no sabemos con exactitud qué tan válidos o frecuentes pueden ser estos sentimientos o temores en el espíritu del niño; pero es indudable que está preocupado por su cuerpo, belleza, fuerza e integridad.

El Odontólogo debe tomar en cuenta que la pérdida de un diente o la necesidad de algún tipo de dentadura, puede tener una profunda repercusión emocional, puesto que confirma al paciente que - ya no está completo como antes. Por ésto, la extracción dentaria o la colocación de mantenedores de espacio, que son problemas técnicos relativamente sencillos, suelen plantear problemas psicológicos difíciles de resolver. Para cierto tipo de pacientes, estos - cambios son inaceptables y su rechazo será el origen de complica-- ciones y reacciones adversas.

El sentimiento de angustia más precoz y más arraigado del hombre, está asociado a la imagen de los padres que educan y casti--- gan. El niño relativamente pequeño y desamparado, teme al padre -

relativamente grande y poderoso; el niño siente que su destino y - su vida están en manos de esta figura poderosa y a merced de los - caprichos de su autoridad.

Generalmente, los años no logran borrar esta primera percep-- ción de los padres y la angustia asociada con ella. El niño realmente teme a los padres y como consecuencia lógica, teme al dentista, ya que personifica al adulto grande y poderoso y además desconocido, al que va a estar sometido.

El dentista es un símbolo de autoridad y representa una figura que podría llegar a hacerle daño o a herirlo. Por lo que es -- inevitable que al pasar al consultorio, el niño experimente cierta angustia, simplemente por esta asociación inconsciente.

La equiparación inconsciente del tratamiento dental con el -- castigo, es un rasgo muy frecuente en los niños; por lo tanto, es importante que el dentista sepa que cuando esté en su consultorio vestido de blanco y con un instrumento en la mano, casi siempre -- despertará en el paciente un sentimiento de ansiedad basado en su significado simbólico como figura de autoridad.

El hecho incontrovertible de la pequeñez y debilidad del niño en un mundo de adultos poderosos, es la causa más frecuente de angustia en la infancia. Este sentimiento puede dominarse mediante mecanismos de compensación, como el logro de la independencia y el dominio. Para la mayoría de la gente, la independencia, el dominio y el control siguen siendo una defensa psicológica importante contra la angustia de desamparo y debilidad.

La situación tiende a privar a la persona de esta defensa y - pueden crear estado de ansiedad. Al someterse a un tratamiento -- dental, el niño pierde algo de su independencia y dominio, ya que se encuentra frente a una autoridad desconocida a la que no puede manejar como lo podría hacer con sus padres. Todo ésto se convierte en una degradación particularmente sensible que se acentúa porque el paciente se encuentra semireclinado y casi inmovilizado en el sillón dental, con la boca llena de algodones y un extractor de saliva, sin poder hablar o moverse y sólo viendo al dentista de -- una forma impotente con sus agujas e instrumentos.

B) Farmacología.

Casi todos los niños pueden soportar procedimientos dolorosos breves sin dificultad, sin embargo, existen algunos que necesitan ayuda extrema y especial utilizándose la sedación preoperatoria.

El Odontólogo tiene que saber identificar los casos en que dicha ayuda especial sea necesaria, una vez que el dentista evalúe - al niño con respecto a su funcionamiento emocional e intelectual, decidirá qué métodos de control del dolor y de comportamiento se - usarán, tomando en cuenta el tiempo que será necesario para el tratamiento, escogiendo cuidadosamente las drogas que proporcionarán el alivio necesario; sabiendo al mismo tiempo escoger la dosis, -- vía y hora de administración para poder lograr la modificación deseada de la conducta.

Es importante que el Odontólogo tenga conocimientos de las diferentes conductas que se pueden esperar de un niño, determinando para proporcionar la ayuda externa adecuada que logre la coopera--

ción ó la pasividad del paciente. Asimismo, para determinar los - agentes farmacológicos a usar, se debe evaluar la necesidad del paciente de ayuda para elevar el umbral del dolor con analgésicos y anestésicos, así como los sedantes y tranquilizantes para reducir - la ansiedad y el miedo.

Para determinar adecuadamente la dosis, es importante el conocimiento de las propiedades y peligros de las drogas, así como de sus efectos en la fisiología y la conducta.

La guía más eficaz para seleccionar la dosis de drogas para - niños, es la superficie del cuerpo; los efectos de la droga deben evaluarse y la dosis deberá corregirse según se necesite.

Los analgésicos y sedantes pueden tener variables que afecten su reacción, pudiendo resultar una dosis escasa o excesiva. Nunca debe de existir peligro y la dosis debe estar siempre dentro de -- los límites de seguridad.

Es importante cuando se presente un niño al que se le tenga - que dar trato especial con medicación, que los padres estén presentes y enterados de las reglas posoperatorias, deben de supervisar a sus hijos de cerca después de administrar la droga. El consultorio del Odontopediatra debe tener un ambiente tranquilo y agrada-- ble y estar bien equipado con medicación de urgencia.

Es importante que los médicos especialistas conozcan la importancia del armamentario farmacológico que se tiene a la disposi--- ción para poder manejar la ansiedad, miedo y dolor de los pacien-- tes más pequeños; que se puede hacer también extensible a los adul

tos que por experiencias traumáticas anteriores han desarrollado - una odontofobia. Tomando muy en cuenta que dichas técnicas farmacológicas no son la panacea ni la receta que nos va a eximir de la responsabilidad de asegurar con éxito el control de la ansiedad y el dolor de nuestros jóvenes pacientes; al contrario, no hay técnicas sustitutivas de lo que llamaríamos tratamiento sano psicológico de los pacientes.

La Odontología actual por medio de las técnicas anestésicas - regionales, ha hecho desaparecer la sensación real del dolor físico, pero los Odontopediatras nos encontramos, por las características propias de nuestros pacientes, con un problema previo, el de - la ansiedad y sensación de amenaza física que nuestros procedimientos puedan inspirarles, y que no se pueden controlar y tratar muchas veces con tanto éxito.

Enfoques terapéuticos farmacológicos:

- Sedación por inhalación. (Oxido nitroso)
- Sedación enteral.
- Sedación parenteral.
- Anestesia general.

Las características ideales que debe reunir la droga son:

- Seguridad en el manejo y facilidad de administración.
- Eficacia.
- Absorción óptima.
- Comienzo de los efectos, duración y tiempo de recuperación rápidos.

- Que produzca la mínima depresión respiratoria, cardiovascular, etc.
- En caso de administración oral, que sea inolora, de sabor agradable y que no sea irritante gastrointestinal.
- Barata.

En relación a la premedicación es necesario realizar una serie de consideraciones que nos harán mucho más factible y seguro el resultado de la misma, y son:

- La premedicación no excluye el uso de anestesia regional.
- Las citas de los pacientes deben de ser por las mañanas --- cuando el niño está más descansado.
- El paciente no debe haber desayunado; ésto incrementa el -- porcentaje de absorción del medicamento y evita la posibilidad de regurgitaciones y aspiración del contenido gástrico. Como regla general diremos que en niños menores de cinco -- años, no deben tomar alimento como mínimo desde seis horas antes de la cita, y en mayores de cinco años desde la media noche anterior.
- El paciente tiene que venir acompañado por uno de los padres o un adulto responsable. Es conveniente que permanezca en el gabinete dental todo el tiempo.
- No se debe dejar al niño nunca solo en la sala de espera o en el gabinete dental.
- Hay que tener a mano y dispuestos a utilizar inmediatamente el material suficiente en caso de que surjan complicaciones.

- Una vez acabados los procedimientos terapéuticos, y antes de despedir al paciente, hay que dar instrucciones a los padres sobre lo que puede ocurrirle al niño.

Criterios para instaurar premedicación.

Lampshire estableció una guía según el grado de alteración de la conducta que es previsible que aparezca en un determinado niño y que lo hace candidato a la sedación. En base a las modificaciones propuestas por Natham, se observan los siguientes criterios:

1. Niño cooperador tenso.

Normalmente un gran número de pacientes que atiende el estomátologo infantil se pueden encuadrar en este grupo. Se trata del niño que no ofrece conducta física violenta cuando se va a instaurar el tratamiento. Responde a las instrucciones verbales, controla sus emociones y coopera, pero está tenso y, a veces, quejoso comunicándose temerosamente a través de pequeños movimientos corporales.

En estos niños a los que el tratamiento se realiza con normalidad pueden tener problemas al dejar la clínica (llorar, tener pesadillas, mojar la cama, etc.) o no cooperar en la siguiente visita; de ahí que muchos de nuestros pacientes cooperadores tensos -- pueden, en alguna ocasión, ser aliviados de sus temores y tensiones con ayuda de medicación.

2. Niño temeroso.

Son los típicos pacientes que aunque no ofrecen resistencia física al tratamiento sí utilizan técnicas dilatorias para pospo--

nerlo (coloca manos en la cara, pregunta por todo, inventa excusas como "quiero ir al baño", etc.), reflejando una falta de experiencia positiva para afrontar la siguiente situación. Además, suelen ser niños tímidos y temerosos a las personas extrañas, por lo que la separación de los padres da problemas. Estos pacientes, junto con una eventual medicación necesitan un programa de reeducación - (tiempo adicional por parte del Odontopediatra).

3. Claramente aprensivo.

Este niño está considerado como generalmente aceptable. Es - aquel que se esconde detrás de su madre, llora pero finalmente --- acepta el tratamiento aunque con un llanto constante, suave y raramente con lágrimas. Como médicos es nuestra responsabilidad el -- disminuir la prensión y con la secación famocológica hay medios seguros para ello.

4. Desafiante o terco.

El terco es aquel niño que ofrece una resistencia pasiva a recibir el tratamiento (yo no quiero, no lo haré), mientras que el - desafiante ofrece una resistencia activa que se manifiesta en forma agresiva.

Estos tipos de pacientes, que probablemente enmascaran una situación de miedo, han aprendido que utilizando la agresividad pueden obtener lo que deseen. Suelen ser niños consentidos.

Dejando aparte las consideraciones económicas que tampoco justifican el uso de la medicación, en estos niños hay que utilizar - técnicas de manejo del comportamiento incluyendo un acercamiento - firme.

5. Hiperemotivos.

Es el prototipo de paciente que requiere medicación. Es el niño inquieto, agitado, que grita, lucha, da puñetazos y patadas; sin embargo, sus razones para tal acción son diferentes que las del niño desafiante, por ejemplo: una experiencia dental anterior muy traumática.

6. Niños incapacitados.

Se incluyen en este apartado los pacientes que con el uso de la sedación permiten ser tratados en la clínica privada, entre ellos tenemos a los niños afectados por el Síndrome de Downs, alteraciones convulsivas, cardiopatías congénitas, etc.

Una vez decidida la premedicación, es necesario realizar una evaluación física y ver si el paciente es un paciente con riesgo. En la evaluación física hay que realizar y valorar lo siguiente:

a) Historia médica.

Debe ser lo más completa posible. Debe realizarse exploración cardiovasculatoria y ORL (en caso de infección respiratoria es conveniente posponer la cita).

b) Peso.

Como norma debemos decir que hay que evitar el uso de premedicación si el paciente pesa menos de once kilos.

c) Edad.

d) Estado emocional.

e) Actividad física.

f) Nivel metabólico.

g) Vía de administración que pensamos utilizar.

h) Nivel de depresión que se espera obtener.

i) Hora del día en que vamos a realizar el tratamiento.

Todos estos parámetros que se han estudiado nos servirán también para seleccionar y dosificar el medicamente adecuado para cumplir los objetivos que se han marcado.

En relación a la evaluación del riesgo, la Academia Norteamericana de Anestesiología recomienda la siguiente clasificación:

Clase I.

Paciente sano, excepto para enfermedades dentales.

Clase II.

Enfermedad sistemática leve sin limitaciones físicas significativas.

Clase III.

Alteraciones sistemáticas graves o limitaciones físicas importantes (parálisis cerebral, retraso mental, etc.).

Clase IV.

Alteración sistemática grave que amenaza la vida.

Clase V.

Paciente moribundo.

Como norma general, los paciente a los que se les administre sedación en la clínica privada, no deben sobrepasar la Clase II.

Vías de administración:

- Enteral. Corresponde la vía oral y rectal.
- Parenteral. Intramuscular, intravenosa, subcutánea y submucosa.

- Inhalación. Corresponde la sedación con óxido nitroso y oxígeno.

La elevación de una u otra dependerá de:

a) Evaluación del medicamento.

b) Presentación del medicamento.

c) Conocimiento por parte del estomatólogo de la farmacología clínica de los medicamentos disponibles.

d) Conocimiento del manejo de las complicaciones que el uso de una determinada medicación pueda ocasionar.

e) Tiempo que se requiere para que haga efecto.

Niveles variables de odontofobia se presentan en la mayoría - los pacientes, pero en los niños, que quizá experimentan la primera visita dental, la aprensión puede ser intensa y perjudicial. - Por medio de la sedación farmacológica se puede crear un clima emocional relativamente tranquilo que es beneficioso tanto para el niño, los padres,como para el profesional.

Cualquiera que sea la intervención dental a realizar en un niño, origina distintas reacciones emocionales, según el psiquismo; reacciones que a su vez pueden traducirse en alteraciones orgánicas que incluso pueden repercutir gravemente sobre su estado de salud general. Estas reacciones suelen ocurrir antes de que se efectúe la intervención. Es necesario, que el niño llegue a recibir - el tratamiento ofreciendo el más alto umbral posible del dolor, ya que éste es el factor más temido por nuestros pequeños pacientes y presente las mejores condiciones de resistencia psicofísica antes, durante y después del mismo. Estas condiciones se tratan de conse

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

guir mediante el empleo de medicaciones preoperatorias y entre las más indicadas y con más ventajas está la sedación enteral.

Entendemos por sedación enteral las técnicas de sedación farmacológica que requieren la administración de medicamentos por vía oral o rectal.

Ventajas de la sedación enteral:

1. Por ser la más simple y la de mayor margen de seguridad.
2. La cooperación del paciente para que ingiera el medicamento se puede obtener por la familia en un medio que para el niño no es amenazante, como en su casa. Por lo tanto, se evita el dolor y la ansiedad asociados con la administración parenteral.
3. El paciente llega adormilado al consultorio dental.
4. La vía enteral es de larga duración.
5. Es la que menos incidencia y gravedad dá respecto a las reacciones alérgicas.
6. Es la más económica para la familia.

Desventajas de la sedación enteral:

1. Complacencia del padre y del paciente. También hay que tener en cuenta que la administración se deja en manos de personas no profesionales, lo que por desgracia no tiene igual grado de responsabilidad.
2. La absorción es variable, ya que el contenido gástrico y la ansiedad dificultan o suspenden la absorción.
3. Puede ser irritante gástrico o producir vómitos.
4. La espera es larga para el comienzo de los efectos.

5. No se puede saber si la dosis inicial es correcta, siendo el -- más común de los fracasos debido a la escasa dosis de comienzo y a la imposibilidad de suplementarla. Además, el profesional no puede observar al paciente durante el comienzo de los efec-- tos para evaluar las respuestas anormales.

En resumen, la decisión de utilizar sedación enteral se debe basar en:

- Existencia de una indicación clara para su uso.
- Se deben evaluar los riesgos y beneficios de su utilización.
- Y lo más importante, conocimiento de la farmacología clínica de los sedantes por parte del profesional.

CAPITULO V. CONTROL DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL.

Una de las experiencias más gratificantes que se puede llevar a cabo en el trabajo diario, es la convivencia con los niños.

Los niños están en constante cambio, tanto físico, como emo-- cional; requieren algo más que los conocimientos comunes, necesi-- tan atención y cuidados, además de un trato muy especial.

Para poder tratar con niños se necesita una gran dedicación, responsabilidad, vocación, humildad y amor al trabajo que se reali za.

Los pacientes infantiles tienen siempre actitudes caracterís- ticas que llegan a alegrar el trabajo cotidiano del Dentista.

Para el Odontopediatra, el niño y la mejor manera de mantener en perfecto esta su salud física e integridad emocional, debe ser lo más importante.

La satisfacción que logrará al saber que contribuido para ali viar el dolor y sufrimiento de un niño, lo motivará a ser mejor, a acrecentar sus conocimientos y a ayudar con más ahinco a todos los demás elementos de la profesión médica para elevar los niveles de la salud infantil.

El Odontopediatra debe utilizar todos los medios que estén a su alcance para lograr su objetivo, que es, tratar de la mejor manera a los niños.

1. Motivación.

La motivación es un punto clave para el Odontopediatra, ya --

que es lo que hace a un niño actuar de una manera o de otra.

Un grado bastante fuerte de motivación es necesario para poder llevar al niño a través del tratamiento dental. El deseo del paciente de llevar a cabo el tratamiento deberá de ser suficiente como para que se desarrolle satisfactoriamente y sin problemas, ya que todo tratamiento dental tiene partes lentas, desagradables, difíciles y angustiosas, pudiendo ser un proceso arduo y de larga duración.

La motivación del niño se puede lograr a través de la personalidad y aspecto del Odontólogo, con una conversación amena que no se refiera en lo más mínimo al tratamiento, nunca debe mencionarse la palabra dolor, ya que podrían llegar a sentirlo sólo por lo que la palabra implica y dificultar sin necesidad el desarrollo del tratamiento. Se puede mencionar que habrá ciertas molestias, pero que serán soportables.

El personal auxiliar puede también cooperar para la motivación del niño con su comportamiento, pudiendo llegar a ser vital para el éxito del tratamiento. De la misma forma, la motivación se puede lograr con la apariencia que dá el consultorio y con las circunstancias que rodean a la consulta.

El instrumental y todo el equipo que se encuentra en la sala de tratamiento, es una fuerte importante de motivación, que ayuda a disminuir el miedo y estimula el interés del niño. El Dentista puede enseñarle cada aparato e instrumento, indicándole con paciencia su utilidad para despertar su cooperación y llenarlos de gozo.

Además de lograr la motivación, al explicar al niño cómo funciona cada pieza, se obtendrá que se familiarice con los sonidos y acciones de cada accesorio.

Otro aspecto de motivación que el Odontólogo debe cuidar es - la apariencia del consultorio, para infundir confianza y seguridad al niño.

La sala de espera debe ser cálida, segura y cómoda, dar la -- sensación de que está hecha para niños, con el fín de distraerlo y apartar de su mente todas las sospechas.

El consultorio completo puede tener algún tipo determinado de decoración para niños, con temas que den un toque cálido, infantil y de fantasía, que logre desvanecer los temores.

El ambiente nunca deberá trasmitir frialdad, lo que se puede lograr evitando el silencio total, al colocar un aparato de sonido, cuyas bocinas colocadas en el sitio exacto donde no causen problemas, proporcionen una música suave, apenas audible y relajante, -- que proporcione efectos reconfortantes en el niño y sus padres.

Aparte de desvanecer los miedos del niño, el ambiente que lo rodea debe darle a entender que él no es el único que pasa por esa situación, sino que muchos niños han ido y vendrán al consultorio.

También la sala operatoria debe tener algún tipo de incentivo, como carteles o cuadros con motivos infantiles; el mobiliario debe ser adecuado a su tamaño para que se sienta más seguro y vea que todo está hecho especialmente para él. Las algodoneras pueden ser de diferentes colores que llamen su atención, los algodones --

pueden estar preparados en diferentes formas, ya sea como bolitas, cilindros o figuras de animales. El instrumental debe ser pequeño y adecuado para el niño. Se debe evitar a toda costa que los niños vean sangre, así como a niños llorando y con dolor.

Es recomendable colocar sillas y mesas pequeñas donde puedan sentarse, distraerse y jugar. Se pueden poner a su alcance revistas infantiles, cuentos, cuadernos para iluminar, lápices y colores.

Puede haber un cesto con juguetes especiales, es decir, que no sean fáciles de destruir, pero que logren el objetivo de distraer y mantener al niño contento y ocupado.

Si es posible, es recomendable tener un televisor, ya que se pueden encontrar niños a los que les llame más la atención estar frente al aparato que jugar.

Uno de los detalles que llama la atención del niño, es colocar en la sala de espera un cuadro de honor, en el que se colocan las fotos de los niños que han asistido al consultorio y se portaron bien; ésto dará al niño ganas de entrar a la consulta, por el sólo hecho de formar parte de dicho cuadro.

No es muy recomendable premiar a los niños al salir de la consulta, ya que significa acostumbrarlos a que si entran se les premia, sin embargo, puede llegar a ser una gran motivación que facilitará el tratamiento. Por lo que se puede colocar una vitrina a la vista de los niños con juguetes sencillos para dárselos al terminar, dándoles la opción de escoger.

Una pecera o una jaula con pajaritos, es siempre una fuente - de entretenimiento que ayudará a calmar al niño; se puede colocar en la sala de espera o en la sala operatoria al alcance de su vista.

Es importante evitar hasta donde sea posible que los niños -- que esperan, escuchen llantos o gritos dentro de la sala operato-- ria, para evitar angustia, sobresalto y congoja. Se puede dispo-- ner de otra puerta por donde salgan los niños que han llorado, para evitar que al ver sus ojos enrojecidos, los niños que esperan - se impresionen.

Todo el material que utilice el Odontólogo, como recetas, tarjetas que recuerden la visita, papel de la historia clínica, recibos, etc., pueden tener algún tipo de incentivo y ser atractivas - para el niño; pueden ser de diferentes colores, con dibujos atractivos o formas variadas.

Es conveniente colocar carteles con diferentes indicaciones - sobre la conducta que se espera del niño y de sus padres, en donde se vean niños vestidos de diferentes formas, con diálogos llamativos que desmuestren la acción.

Es importante que tanto el Odontólogo como sus ayudantes, traten de evitar el color blanco en su vestimenta, colocándose batas de diferentes colores, para que el niño no los identifique y aso-- cie con lo que implica médico y medicinas y provocarle cierto grado de angustia innecesaria. El consultorio debe tener un olor --- agradable, nunca debe oler a medicamentos y antisépticos, ya que -

también ésto puede provocar un problema de asociación. Puede colocarse un desodorante de buen aroma en aerosol con cierta fragancia.

2. Circunstancias que rodean a la consulta.

A. Necesidad de entender a dos o más personas.

El niño nunca a ver al médico por su propia iniciativa para que examine su persona o sus problemas, siempre hay alguien que lo lleva, generalmente la madre, a veces ambos padres y ocasionalmente otro adulto.

El hecho de tratar con niños implica que deberán ir acompañados de sus padres para que nos faciliten la información requerida para el caso, así como para proporcionar al niño la seguridad que dá el estar acompañado aunque sea desde la sala de espera, de alguien que los quiere.

La dificultad es la de un niño expuesto por el informante. No es un simple relato de lo que le molesta al paciente, sino que representa el informe y la evaluación del adulto de las cosas del niño que lo preocupan y lo fastidian a él; es decir, es una valoración de los padres de lo que le está ocurriendo al niño.

Muchas veces las palabras elegidas para la descripción de la situación por parte de los padres, ofrecen cierta visión del contenido emocional ya sea del niño o de los padres, pudiendo ser palabras cargadas de sentimiento o que puedan dar una impresión demasiado ligera.

También nos podemos encontrar con padres demasiado aprensivos,

a los que hay que tratar, tal vez con más cuidado que a los pro--- pios niños.

El Odontólogo que trata de entender, enfrentar y resolver los problemas de conducta de los niños, se encuentra desde su inicio - con que también tiene que resolver problemas de otras gentes, es - decir, se enfrenta a un grupo, que está formado por el informante y por el paciente sobre quien se informa.

El Odontólogo debe poner todo de su parte para manejar correc tamente a ambos y poder llevar a sabo satisfactoriamente para to-- dos el tratamiento dental.

B. Responsabilidad e interés del dentista hacia su paciente.

La responsabilidad e interés que tiene el dentista hacia su - paciente, es de suma importancia para realizar adecuadamente el -- trabajo odontológico y llegar a un buen juicio sobre el plan de -- tratamiento.

Para poder cumplir con su responsabilidad hacia el paciente, el Odontólogo debe usar el máximo de su capacidad y tener todos -- los conocimientos para sentirse apto para manejar correctamente a los niños, utilizando en su beneficio odontología de gran calidad.

Debe empezar por sentir responsabilidad para consigo mismo, - enorgulleciéndose de su profesión y estar satisfecho de que con su trabajo alivia, aunque sea un poco, el dolor y el sufrimiento. Es necesaria la confianza en sí mismo y estar consciente de que la -- Odontología es una profesión en constante crecimiento, por lo que no puede nunca dar por terminado su aprendizaje, para no estancar-

se y volverse menos eficaz en relación con los adelantos de la ciencia.

Nunca debe tomar sus responsabilidades a la ligera, será honesto en la evaluación propia, para prestar el mejor servicio y nunca sentirse satisfecho con juicios inadecuados.

Para cumplir con su responsabilidad, el dentista debe ser capaz de manejar correctamente a los niños y dar confianza a los padres, contestanto inteligentemente y con corrección a las preguntas que le lleguen a formular.

El dentista debe estar consciente de que el niño que se presenta ante el médico, renuncia a una parte de su independencia y en cierto grado somete muchas de sus obligaciones y responsabilidades, creyendo que como se encuentra en esa situación tiene derecho de hacer rabietas, el Odontólogo en ese momento debe hacerse responsable de él y guiarlo por el mejor camino para lograr el éxito del tratamiento.

El niño llega a subordinarse a la autoridad del médico en forma semejante a como se comete a la autoridad de sus padres, para reforzar el hecho de que el odontólogo le prodigue cuidados dentro de la sala operatoria. Al ver cierta fortaleza y autoridad por parte del médico, se pueden activar conflictos emocionales que existen con sus padres, situación que el dentista debe saber manejar para que los sentimientos del niño hacia él no se pierdan.

El niño puede tratar de controlar a su médico, aparentando ser un buen chico o rehusándose sutilmente a cooperar hasta que

sus deseos sean concedidos, pudiéndose ocasionar una relación emocional simbiótica entre el dentista y el paciente que produzca obstáculos para el tratamiento.

El médico puede sentirse tentado a castigar al niño en alguna forma, con esta actitud no pueden asegurarse buenos resultados, ya que el dentista en un momento dado, está satisfaciendo sus propias necesidades emocionales y olvida su responsabilidad para con el paciente.

El médico debe estar alerta a los intentos del niño para comunicarse con él, tal vez a través de conductas extrañas. El paciente malhumorado, incómodo y aparentemente refractario al tratamiento, pudiera estar deseando desesperadamente que el dentista le muestre en alguna forma que le es simpático y le cae bien. El niño necesita saber que le importa al dentista y que se siente responsable por su seguridad y tranquilidad.

C. Influencia de la herencia y del medio ambiente.

Existen gran cantidad de circunstancias interpersonales que pueden alterar el patrón de conducta de los niños. Las reacciones de los niños pueden ser muy variables y basarse en las influencias de la herencia y el medio ambiente.

La relación entre padres e hijos es una de las principales circunstancias que pueden determinar el comportamiento del niño, por ser las más íntimas y potentes.

Es impresionante la gran variedad de factores que pueden modificar la personalidad individual del niño, entre estos factores es

tán actitudes de los padres tales como: afecto, indiferencia, hostilidad, rivalidad, dependencia, dominio, sumisión, etc. Pudiendo alterarse con estas actitudes el comportamiento del niño y convertirlo en paciente dental insatisfactorio por educación defectuosa de los padres.

El comportamiento del niño en el consultorio dental es un indicador eficaz de las actitudes que tienen los padres hacia él; ya que representan un factor determinante para que el niño sea amigable, cooperador, rebelde y hostil.

No se pueden esperar comportamientos emocionales maduros de - niños que han sido educados por padres emocionalmente inmaduros; - por otro lado, si los padres han sido emocionalmente maduros y viven una vida coordinada y feliz, el niño tendrá un comportamiento adecuado y maduro que ayudará al Odontólogo a realizar el trata--- miento sin dificultad.

D. Grado de receptabilidad del niño.

Es importante saber qué tan receptivo se encuentra el niño en el momento de la primera consulta, para poder adoctrinarlo sobre - el tratamiento.

Para que pueda escuchar y aprender lo que el dentista le está diciendo, necesita tranquilidad y poner toda su atención. Muchas veces ésto es imposible debido al alto grado de angustia y miedo - que el niño trae consigo.

El dentista debe darse cuenta si la situación es difícil y si el niño se encuentra incapacitado para entender, para poder poner

pronto el remedio. La situación se puede remediar dejando para -- otro momento la instrucción y dedicarse a resolver en la forma más adecuada el problema de la angustia. Se deben usar sólo procedi-- mientos menores e indoloros o inclusive sólo obtener la historia - clínica.

El niño, al momento de ser llevado al consultorio, debe estar en su mejor momento y sin presiones de ningún tipo. Hay que recomendar a los padres que no traigan a los niños a consulta cuando - se encuentren enfermos, por ejemplo, del estómago, garganta, etc.; tampoco después de haber sufrido alguna experiencia emocional trágica, como la muerte de algún familiar, el nacimiento de algún hermano, etc. Ya que ésto puede llegar a influir en su comportamiento.

E. Estado emocional del dentista.

Otro aspecto importante que puede llegar a influir en el éxito del tratamiento, es el estado emocional en el que se encuentra el dentista en el momento de la consulta.

El trabajo del dentista con sus pacientes, está sujeto a ser influido por eventos en su vida personal y por sus relaciones con sus compañeros de trabajo y supervisores, con el personal del consultorio y con la comunidad como un todo.

El Odontopediatra puede llegar a encontrarse con un estado -- emocional alterado por diferentes circunstancias, ya sea por haber tenido un mal día, por haberse desvelado, por haber tenido una discusión con algún miembro de su familia o con algún compañero de --

trabajo, o por tener un problema familiar grave. Todas estas circunstancias obstruyen su personalidad y comportamiento habitual, pudiendo desencadenar problemas en el trato con los pacientes y por consiguiente un tratamiento ineficaz.

El médico puede comenzar a reaccionar mal hacia su paciente, aún antes de verlo, pudiéndose llegar a producir grandes problemas terapéuticos.

El Odontólogo debe estar consciente de sus streses internos y externos para poderlos controlar y dejar fuera en el momento de empezar a establecer la relación con el niño. Debe preguntarse si su atención al paciente se mantiene al nivel de las necesidades del mismo o de las suyas, para que el paciente no se convierta en receptor de sentimientos hostiles, que el médico inconscientemente trasmite.

El médico puede tener actitudes inadecuadas dirigidas a los pacientes, que en el caso, no son los responsables de su actitud.

Al obtener sus propios patrones de personalidad y los cambios que éstos puedan tener, el médico puede empezar a confiar en sus sentimientos, ya que le indicarán en qué momento debe cambiar de actitud, para no echar a perder el tratamiento por su propia predisposición.

La habilidad del médico para realizar de una forma competente el tratamiento, se acrecentará si conoce y controla sus propias emociones. El dentista que es responsable hacia su profesión, deberá tener la suficiente humildad para reconocer sus errores y ma-

las actitudes, para tratar de enmendarlas o evitarlas.

F. Dolor en la primera consulta.

Es frecuente que los niños lleguen al consultorio dental por primera vez, sufriendo dolores y con la necesidad de tratamientos urgentes y extensos. Esto implica un gran problema para el Odontólogo, ya que, la táctica para manejar al niño consistente en ir de operaciones sencillas a las más complejas, queda anulada; de la -- misma forma, la prisa por quitar el dolor disminuirá todos los pasos y actitudes que se requieren para el correcto manejo del niño.

El dolor en la primera visita es un factor importante que el Odontopediatra tiene que saber tratar adecuadamente; ya que, es casi seguro que el diente doloroso produzca un problema de asociación dolor-odontología, causando una gran aprensión hacia el dentista. Se deben extremar los mimos, halagos y gentilezas; además de ser agradable y realista en el trabajo.

El examen clínico del paciente adolorido, debe hacerse con mucha consideración y, si es necesario, tranquilizar al niño antes y después de cada procedimiento, pero, sin sacrificar el buen manejo del niño. El tratamiento debe hacerse de una manera suave y tranquilizadora, para darle cierto grado de confianza al niño y control sobre los procedimientos.

Puede usarse algún tipo de anestesia después de la premedicación para aumentar el bienestar del paciente. La operación debe - ser corta, ya que el niño aceptará el dolor breve necesario para - obtener el alivio que invariablemente se producirá momentos des---

pués.

Se debe dar todo el apoyo psicológico necesario para evitar - posibles secuelas, ya que nadie sabe cuál es la duración de los -- efectos indeseables de malas experiencias tempranas. Algunos adultos las recuerdan vivamente y con todo detalle.

3. Estados de conducta que puede presentar el niño.

El cuidado de cualquier enfermo requiere, además de conocimientos y habilidad, interés por el paciente como ser humano y comprensión de sus sentimientos y necesidades emocionales. El dentista dotado, es aquel que instintivamente entiende a la gente y aplica las necesidades emocionales y físicas de los pacientes.

El clínico debe adquirir conocimientos acerca de la personalidad del ser humano, ya que son tan importantes y útiles como el estudio de la Anatomía, Fisiología o Cirugía.

Es la personalidad la que determina la respuesta a la enfermedad o el tratamiento. Por lo tanto, el buen dentista siempre ha - de tomar en consideración la personalidad de su paciente, su papel en la enfermedad, su respuesta al tratamiento y la influencia del tratamiento sobre ella.

Conocer a una persona significa conocer su personalidad, así mismo, entender a una persona significa entender su personalidad.

El dentista puede clasificar a su paciente e identificar algunas características de su comportamiento. Sin embargo, es preciso que su interés no se limite únicamente al campo profesional, es decir, en el caso del dentista a la cavidad bucal y los dientes. El

médico debe conocer y observar al enfermo en su totalidad, examinando sus acciones y maneras, lo que dice y cómo lo dice, su modo de vestir, su pulcritud y su aspecto personal en general.

Existen diferentes tipos de personalidad que el clínico debe saber reconocer, al mismo tiempo debe comprender la conducta y las reacciones de los individuos que pertenezcan a cualquiera de los diferentes tipos de personalidad.

A.- Estado de ansiedad.

El estado de ansiedad aguda puede presentarse en niños aparentemente bien adaptados y en aquellos que sufran un estado de ansiedad crónica.

La ansiedad agua consiste en una crisis de pánico intenso en la que el niño presenta palpitaciones y sudores como consecuencia de un aumento de la secreción de adrenalina; puede haber una gran palidez, junto con quejas de dificultad en la respiración, opresión en el pecho, dolores de cabeza, estómago y vientre.

El Ondontólogo debe tomar muy en cuenta esto último, para no confundirse y llegar a pensar que el niño inventa los dolores para evitar el tratamiento.

El ataque de angustia puede durar desde unos minutos hasta una hora y puede aparecer varias veces en un lapso corto de tiempo.

Los estados de ansiedad crónica se dan en niños con una actividad defensiva permanente, niños generalmente infelices, con miedo a todo, expectantes y muy difíciles de tranquilizar.

En el consultorio dentrıl el tratamiento de la ansiedad va -- desde la, en ocasiones tranquilizadora presencia de los padres en ei momento en que el niño sufre el ataque de angustia, hasta la -- utilización de algunas técnicas relativamente sencillas de psicoterapia, que, en todos los casos, permiten no sólo la remisión de -- los síntomas, sino además, una reestructuración de la personalidad del niño a fin de que pueda canalizar su angustia. Estas técnicas asociadas a la premedicación, facilitarán considerablemente el tratamiento, tanto para el Odontólogo como para el enfermo.

B. Síndrome hipocondríaco.

El síndrome hipocondríaco es un cuadro distinto de ansiedad - que toma formas peculiares según sea el grado de desarrollo evolutivo del paciente. Generalmente se dá en niños que presentan una tendencia a vivir sus ansiedades y conflictos psíquicos como enfermedades somáticas.

Estos niños pueden ser muy difíciles de manejar en el consultorio odontológico, pero se vuelven buenos pacientes si se utiliza algo de disciplina como medio para obtener cooperación ya una vez comprendido el significado de la docilidad.

C. Estado de fobia.

Las fobias infantiles son tan comunes, hasta el punto que, si poseen un carácter leve y transitorio son perfectamente normales.

La fobia es un temor angustioso e irracional a un objeto o situación exterior que, de modo persistente, es vivido como amenazante por el sujeto. Posee un carácter omnipresente, y, por la gran

ansiedad que siempre lo acompaña engendra conductas de evitación.

El Odontólogo en estos casos, deberá ser extremadamente pa--- ciente y poner todo de su parte, colaborar con los padres e infundir confianza y comprensión al niño para poder obtener su cooperación. Se puede utilizar psicoterapia para averiguar las ansiedades y conflictos inconscientes del niño, haciendo que los comprenda, los reciba y consiga dominarlos. De esta forma el niño llega a confiar y cooperar con el dentista, volviéndose dependiente de él y ligado al tratamiento.

D. Agresividad.

La agresividad es una manifestación externa de hostilidad, -- odio o furor, puede estar dirigido contra sí mismo o contra los demás.

Algunos niños exteriorizan las tensiones e impulsos surgidos de los conflictos en sus relaciones con otras personas.

En la mayoría de los casos, para combatir la agresividad, están indicadas la firmeza y la protección al mismo tiempo, para que el niño pueda controlar sus impulsos mediante una adecuada intervención. El castigo o las amenazas no resultan eficaces, ya que -- tienden a aumentar la fuerza de los impulsos y crean un problema más acentado en el dominio del ego.

El tratamiento efectivo requiere la determinación de la causa y la corrección de las circunstancias ambientales.

En el consultorio odontológico este niño deberá ser tratado, no con rechazo, sino con un esfuerzo por ser amigable y comprensi-

vo, aunque debe de existir siempre cierta firmeza.

E. Oposición y negativismo.

Se manifiesta como una oposición a cualquier tipo de autoridad, al margen de los propios intereses del niño y con una continua argumentación. El niño no responde a una persuasión razonable, solo realiza aquello que parte de él y su conducta opositora va muchas veces en contra de sus propios deseos o preferencias.

Todo lo que se le dice es rechazado, siempre hace lo opuesto a lo que se le pide y toda regla es violada, lo que puede privar al niño de actividades productivas y de vivir momentos agradables.

Estos niños en el consultorio dental serán extremadamente difíciles, ya que quizá nunca lleguen a cooperar. Se necesitará mucha paciencia y es muy probable que se tenga que realizar el tratamiento en contra de su voluntad.

F. Estado pasivo-agresivo del carácter.

El niño pasivo-agresivo es exteriormente pasivo y conformado, no resulta agresivo hacia los demás de modo directo; cuando exterioriza la agresión lo hace bajo la forma de síntomas como falta de cooperación, obstinación, rabietas, dilaciones y obstrucción pasiva. La pasividad y la resistencia pasiva son rígidamente observadas como defensas contra la agresión.

G. Estado antisocial del carácter.

Este proceso es análogo a la delincuencia, el niño parece desentenderse relativamente de sus actos y no presenta ansiedad o acaso muy poca. Característicamente, estos niños son duros, reser

vados y en apariencia indiferentes a recibir ayuda.

La personalidad antisocial se encuentra a menudo en conflicto con la sociedad, carece de lealtad e incumbencia para con sus semejantes, ignora los códigos sociales y los valores, actúa sólo en respuesta de sus propios deseos e impulsos. El castigo no lo conmueve y no resiste la tentación puesto que no tolera la frustración y culpa a otros hábilmente cuando es aprehendido.

El tratamiento se enfoca no sólo en la identificación de las características dependientes del paciente, sino en descubrir el componente iracundo y agresivo de sus constantes demandas.

En el consultorio odontológico nos podemos encontrar con el problema de que el niño se pueda sentir menospreciado e incomprendido, cuando el odontólogo lo contradiga o difiera en sus opiniones, ocasionando que evada el tratamiento y que permanezca emocionalmente sin cambios en sus actitudes infantiles.

El odontólogo siempre deberá enfrentarse al conflicto con confrontaciones directas y precisas.

H. Personalidad histérica.

Se caracteriza por su notable ambigüedad, mayor en el caso de la histeria infantil, en la que el menor porcentaje de estudios y la imprecisión en el diagnóstico han llevado a considerarla como una enfermedad rara.

La crisis histérica es una explosión emocional de carácter episódico en la que el niño llora, se enfurece, gesticula desorde-

nadamente presa del pánico y pierde el control de sí mismo. Des-- pués de la crisis, puede mostrarse sorprendido o incluso darse el caso de haber olvidado lo que sucedió.

En el consultorio odontopediátrico nos podemos encontrar con un paciente emocionalmente inestable, inclinado al histrionismo y a dramatizar todas las situaciones. El niño será sugestionable, - debido a que posee una gran imaginación.

La seducción, la coquetería y la vanidad, son rasgos habitua- les; la preocupación por la apariencia puede ir unida a un exceso de adornos al vestir.

Estos pacientes pueden ser hipnotizados con facilidad y res-- ponden perfectamente a una actitud firme y segura del dentista.

I. Personalidad obsesivo-compulsiva.

Una obsesión es un pensamiento persistente y repetido, al que en general, el niño le reconoce poca o ninguna base real. Una com pulsión es un estado persistente y repetido al que también se cono ce como irreal y dirigido a unos fines no constructivos.

Esta conducta obsesivo-compulsiva se da con mayor probabilidad durante la fase preescolar o en la adolescencia. La represión es reforzada por el desplazamiento y por la repetición-compulsión.

Los niños obsesivos se manifiestan como perfeccionistas; son ordenados y meticulosos en exceso y de una obediencia modélica.

Están sujetos a un rígido autocontrol y presentan diversos -- rasgos compulsivos, como la repetición de tareas que le han sido - encomendadas, ritualizaciones en la limpieza o en el momento de --

acostarse, dubitaciones ansiosas, precauciones a un contacto con - la suciedad o con los órganos sexuales, etc.

Pese a su apariencia modélica, estos niños están insertos en una malla de inhibiciones y autorestricciones que amenazan con bloquear su creatividad o con provocar un desarrollo desequilibrado. Son niños dependientes en exceso de las normas adultas y que se -- sienten extraordinariamente culpables si cometen alguna infracción de las mismas. Sin embargo, no presentan la extrema rigidez de -- los adultos obsesivos.

El Odontopedíatra debe tomar en cuenta las características dominantes del tipo de personalidad, como el perfeccionismo y la rigidez. Su perfeccionismo e inflexibilidad hacen que sea reacio a cualquier cambio.

Las repetidas exigencias de estos pacientes llegan a desorientar al dentista, aunque éste trate de hacer el trabajo dental lo - mejor posible, el paciente sigue descontento.

El Odontopedíatra debe de reconocer inmediatamente a este tipo de personalidad para que su trabajo no se haga interminable y - tedioso.

J. Personalidad depresiva.

El estado depresivo se caracteriza por un síndrome nuclear cuyos componentes principales son: la tristeza, la inhibición y el - sentimiento de culpa. Puede haber síntomas adicionales como la fatiga, falta de entusiasmo y energía, retraimiento, etc., unidos a trastornos somáticos como insomnio, jaquecas, hipertensión, anorexia.

Existen evidencias de depresión en el niño de carácter patológico verificadas más allá de la capacidad o incapacidad del infante para expresarlas.

La sintomatología básica de la afección en el niño consiste en la presencia de un estado de ánimo deprimido, ya sea verbalmente expresada o comprobada en su conducta, retraso psicomotor e inhibiciones del pensamiento.

Algunos niños enmascaran su depresión mediante una autocrítica exagerada, un fracaso en la escuela, dificultades que se presentan en el manejo de la agresividad o de interrupciones agresivas de carácter episódico, toman la forma de una clara expresión de deseos inconscientes reprimidos.

La depresión se puede observar con mayor frecuencia en la adolescencia, debido en parte a que los sentimientos depresivos del niño pueden quedar enmascarados por actividades regresivas.

Lo que diferencia al niño normal del depresivo es la reacción al sufrimiento y una actitud de excesiva resignación, demostrando así la dificultad de canalizar su agresividad, primero, contra el objetivo y después reparando la destrucción causada en este objeto.

El niño depresivo puede tener respuestas que expresan miedo a las lesiones y confiere un valor exagerado a la boca y a sus funciones, ya que para él sigue siendo una fuente importante de placer y el medio de aliviar su estado de tensión.

Para este tipo de personalidad las funciones de comer, beber,

masticar y morder, serán el objeto de grandes preocupaciones.

El niño será generalmente impaciente e incapaz de tolerar --- cualquier frustración y aunque parecen simpáticos y amables, su humor puede cambiar rápidamente, volviéndose mordaces, sarcásticos, exigentes e irrazonables. Tolerarán mal cualquier pérdida y pue-- de caer fácilmente en estado de depresión.

K. Personalidad paranoide-esquizoide.

Este tipo de personalidad es rara en el niño, se caracteriza por un comportamiento de tipo esquizoide en el cual los propios -- sentimientos de insuficiencia y hostilidad del niño, resultan proyectados hacia otras personas, y después cree que van dirigidos hacia él como acusaciones de aquellas. Se distingue por ideas delirantes y a menudo por alucinaciones, además de los trastornos habituales de las asociaciones y el talante, autismo y ambivalencia.

El niño es incapaz de establecer relaciones estrechas o de expresar agresión, su conciencia de la realidad es muy restringida y vive principalmente en un mundo de fantasía de su propia creación. Es excesivamente suspicaz, envidioso, celoso y propenso a proyec-- tar la culpa de sus fracasos a otras personas.

En el consultorio dental este tipo de personalidad puede te-- ner un comportamiento receloso, desconfiado y emotivamente frío, - es difícil ganar su confianza y establecer relaciones amistosas -- con ellos. Pueden tener manifestaciones de ira sin causa, de crítica y reprobación. El tratamiento de este tipo de personas debe llevarse a cabo con prudencia y sumo cuidado.

4. MANEJO DEL NIÑO.

La práctica odontopediátrica es de ur valor incalculable, ya que muchos de los problemas dentales tan comunes actualmente en - la población adulta resultan del daño permanente ocasionado por - tratamientos odontológicos inadecuados o insatisfactorios realizados en la niñez; lo que acarre sobre los hombros del dentista una gran responsabilidad, enfocada no sólo hacia su paciente, sino hacia la comunidad y hacia sí mismo.

El objetivo principal del Odontólogo es proporcionar a todos sus niños pacientes una estructura bucal más perfecta desde el -- punto de vista metabólico, funcional y estético; con un enfoque - psicológico adecuado para el buen manejo del niño.

Para que el dentista logre lo anterior y pueda cumplir con - todas sus responsabilidades, tiene que empezar en primer lugar -- por ser un buen practicante de su profesión que nunca da por terminado su aprendizaje, estar orgulloso de su profesión y tener los atributos esenciales de eficacia, paciencia y humildad.

El dentista debe utilizar el máximo de su capacidad para planear y llevar a cabo el tratamiento, así como para manejar de la - mejor manera a los niños y estar bien encaminado en la labor de su profesión.

Es importante que el dentista tenga un manejo adecuado de su consultorio, así como personal auxiliar que se dedique a las tareas que él no puede atender.

La prevención es esencial en la odontología para niños, es --

decir, es siempre su meta final; por lo que el odontólogo debe dar una instrucción adecuada sobre procedimientos preventivos tanto a los niños como a sus padres. Esta instrucción no sólo requiere conocimientos de técnicas preventivas, sino también un conocimiento científico de sus funciones. Es importante asignar en el consultorio un pequeño espacio para oficina fuera del área que puede causar tensión, para llevar a cabo este tipo de pláticas.

La obtención de una información completa sobre la identidad del paciente y su historial clínico durante la primera visita es esencial para llevar a cabo un buen tratamiento del niño. Esta información deberá ser obtenida de los padres. Ya una vez obtenido ésto, se realiza el examen preliminar y posteriormente la consulta.

Es esencial transmitir a los padres del paciente el valor que tienen los cuidados dentales adecuados y convencerlos de que un cuidado efectivo en la niñez es una inversión para la salud futura.

Se debe tomar en cuenta que la odontología no empieza en la silla dental, sino que empieza en casa con una dieta restrictiva en carbohidratos, una buena higiene bucal, utilización de fluor y propagandas dentales preventivas.

Gran parte de los niños que llegan al consultorio presentan miedo, angustia, aprensión y un comportamiento emocionalmente perturbado; lo que puede considerarse uno de los mayores problemas en la práctica odontopediátrica. Sin embargo, se ha podido observar

que la mayoría pueden clasificarse como buenos pacientes, ya que - como muestra la experiencia clínica los niños pueden controlar sus temores si los racionalizan.

Conviene recordar que los adultos que llevan a un niño al consultorio dental, generalmente comienzan a hacer la exposición de - sus defectos, los niños en cambio, no suelen presentarse recitando las cosas que se han dicho de ellos. Llegando a la analogía teatral diremos, "que los niños entran gratis con los billetes de los padres".

Los niños llegan al consultorio dental después de una especie de preparación previa obtenida en la casa, teniendo el odontólogo que formarse un concepto de toda la constelación familiar para poder tener una actitud adecuada que consiga que la familia ponga a prueba sus finalidades y valores. Toda enfermedad se puede complicar con la exigencia familiar de que el niño se comporte como un - espartano o que adopte una actitud de sumisión.

La visita al dentista suele ir precedida de largas discusiones que pueden dar al niño la impresión de que ese paso indica un acto de desesperación por parte de los padres.

Al niño le dicen que el médico es un amigo, que es alguien -- que quiere jugar con él y que es una persona a la que le interesan los problemas de los niños.

Como consecuencia, por medio provocado en casa y por actitudes defectuosas de los padres, un número, tal vez pequeño de niños, no se adaptan a la rutina y a las molestias que acompañan a -

los tratamientos dentales, ya que "los niños con problemas siempre serán niños problema".

El Odontopedíatra puede muy bien declarar que estos asuntos - no son de su incumbencia; pero constituyen graves complicaciones - en el transcurso del tratamiento, y al mismo tiempo, se relacionan con los traumas del niño que se le presenta en el consultorio, por lo que tiene el deber de cooperar tratando de reconocer y resolver estos problemas, ajustando su enfoque psicológico de acuerdo a sus conocimientos.

Es de un valor y utilidad incalculables que el dentista conozca y posea algunas técnicas relativamente sencillas de psicotera-- pia, ya que facilitarán considerablemente el tratamiento tanto para el odontólogo como para el paciente. La psicoterapia que puede utilizar el dentista es básicamente de sostén y su primer paso consiste en prevenir la angustia y estar atento a cualquiera de sus - manifestaciones. Uno de los aspectos básicos de la terapéutica de sostén es la importancia de la actitud y los modales del dentista. En efecto, es posible evitar un gran número de aberraciones de la percepción si el dentista demuestra calor, amistad y tranquilidad en el trato con su paciente.

También es importante que el Odontopediatra cultive la práctica de ver al niño a solas y darle la sensación de que sus confidencias y su sentir son respetados. Hay que dar mayor impulso a la - técnica de la "propia historia", ya que si uno pregunta a un niño por qué robó o se comportó de determinada forma, lo corriente es -

que no lo sepa. Muchas de las cosas que hacemos son inexplicables si las consideramos retrospectivamente. Por lo tanto, el odontopediatra debe enfocar los hechos tal como lo fueron o lo son para el niño, ya que sólo sabiendo lo que un acto significa para él en el momento en que se efectúa, es posible comprenderlo.

Es interesante observar que el comportamiento de los niños -- puede cambiar en períodos de tiempo muy pequeños, de manera que un niño cooperador a los dos años de edad, se convierte a los dos y - medio en difícil y contradictorio; a los tres años retorne a un -- buen dominio y sea amigable, y que a los cuatro años se vuelva difícil de controlar.

En la consulta dental los niños generalmente comienzan negando sus problemas, a menos que los obliguen a un interrogatorio. - Los niños no deben ser puestos en la alternativa de tener que admitir o negar su actitud, lo que resultará más eficiente que el reconocimiento de los síntomas; ellos expresan su mal poniéndose tensos, suspicaces, obstinados, aprensivos, inquietos, angelicales, - exagerados, huraños o fastidiosos. Lo que no debe ser mal interpretado como falta de cooperación, ya que a los niños les sirve -- presentar sus males a su manera, así como les sirve todo lo que -- pueden decir oralmente.

Lo que motiva un comportamiento poco cooperativo en el consultorio odontológico es el deseo de evitar lo desagradable y lo doloroso, que se puede interpretar como amenaza para su bienestar. La conducta desagradable es el resultado de los impulsos del niño por el miedo al dolor, sin que intervenga la razón y a pesar de querer sr agradable.

Al odontólogo se le presentan muchas veces dificultades para comprender esta actitud y las reacciones del niño, por lo que debe tener eterna paciencia y dar tiempo al niño de liberar sus ansiedades; es importante tener fe en la capacidad del niño para resolver sus propios problemas. La tarea del odontopediatra, más que atajar los accesos de furor del niño, consiste en proporcionale un cuadro claro y objetivo de lo que va a suceder. El odontopediatra debe tener la capacidad de ver el problema con los propios ojos del niño, no para excusarlo, sino para comprenderlo; ya que en cada caso, el niño está intentando resolver por su cuenta su problema.

Aunque el comportamiento del niño llegue a parecer poco razonable y no se comprenda bien, es totalmente intencional y se basa en experiencias subjetivas y objetivas adquiridas durante la vida del niño, su lógica se basa en sus sentimientos, por lo que el condicionamiento total del niño regirá su comportamiento emocional en el consultorio dental.

El odontopediatra se encuentra en una posición peculiarmente difícil, pues su edad y posición de autoridad hacen que el niño lo considere "exactamente como a otra persona mayor", incitándolo a reticencias, rebeliones y violentas agresiones para defenderse de amenazas. Por lo que, de no intentar de una manera resuelta enfocar estos problemas sobre una base amplia y natural, el odontopediatra en vez de ser un especialista para niños continuará siendo un cirujano dentista común.

El niño puede llegar a comportarse de alguna manera que en el pasado le sirvió para liberarse de algo desagradable. Las actitudes y respuestas emocionales del niño hacia el tratamiento, el --- odontopediatra y el personal auxiliar, reflejan sus interacciones más tempranas con su familia, amigos, maestros, médicos y otra gente de significación en su vida; es decir, si en casa puede evitar lo desagradable connegativismo y ataques de mal genio, tratará de hacer lo mismo en el consultorio dental; si oponiéndose simplemente, ha logrado que se satisfagan sus deseos, tratará de evitar el tratamiento dental del mismo modo.

Estas peculiaridades y reacciones desusadas son más fáciles de entender y manejar terapéuticamente, si algo se conoce y entiende acerca de sus actitudes y experiencias pasadas; y por supuesto, evitando que le resulten sus ataques emocionales, logrando así cambiar su comportamiento y que aprenda que en el consultorio no va a lograr nada con mala conducta.

El lenguaje de la inteligencia son las palabras; el lenguaje de las emociones son las tensiones psicomotoras. No se puede indicar ansiosamente a los padres que conserven la calma o decir al niño de modo apremiante que tenga paciencia. Estamos tan subordinados a la palabra escrita y hablada que no nos damos cuenta hasta qué punto es totalmente insuficiente en el importante campo de las emociones. Asi pues, con el niño, lo mismo que con los padres, es con el modo de hablar, de permanecer ante ellos, de andar y dar -- consejos como transmitimos nuestros más importantes mensajes.

El buen manejo del niño mucho depende de cómo impresiona el odontólogo y de cómo gana su confianza. Una vez obtenida una buena relación, deberán realizarse los trabajos correctivos sin retraso.

Los niños son muy extremistas y sus sentimientos no pueden ser ambivalentes. Si realmente teme al tratamiento es imposible que pueda tener afecto por el odontopediatra; por lo que se debe eliminar el miedo y sustituirlo por sensaciones agradables y afecto. Para lograrlo se debe aprovechar todo lo que se tenga a la mano.

Los niños, universal y espontáneamente, revalidan en sus juegos y fantasías las experiencias amenazadoras, de modo, que un niño pequeño que ha ido de visita al dentista, lo más probable es que en sus juegos represente el papel de doctor. Esto es una respuesta natural e innata que ayuda al niño a superar la experiencia y los sentimientos asociados con ella.

Esta tendencia natural del niño puede ser aprovechada estando el dentista consciente de su existencia. El odontopediatra puede valerse de los juegos espontáneos del niño como medio para comprenderlo, ayudarlo y manejarlo. Esto puede lograr que el niño sienta suficiente afecto por el odontopediatra, como para confiar en él y una vez obtenida la confianza, se puede decir que se ha logrado un buen manejo del niño durante el tratamiento.

Es importante que el niño se familiarice con el odontólogo y el medio dental desde un principio, incluso, establecer buenas re-

laciones con él antes de separarlo de su madre, ya que es ella -- quien logra que el niño mantenga su equilibrio, y en un momento - dado, se puede ver forzado por la situación a abandonarla, lo que puede resultar crítico.

Los niños temen a lo desconocido, por lo que deben visitar al odontólogo antes del tratamiento para que se todo se vuelva -- familiar y evitar que esté mal preparado y llegue a sentir aprensión por afrontar nuevas situaciones. De esta forma y con la capacidad que tiene el dentista de manejar al niño es muy raro que no se pueda obtener cooperación.

Es importante intentar mantener la tensión en el niño dentro de los límites de tolerancia. Los factores físicamente doloroso y psicológicamente atemorizantes deben ser reducidos al mínimo, para que la relación del niño con el dentista sea mantenida, en la medida de lo posible, como factor principal de sostén y seguridad emocional.

Puesto que los niños temen excesivamente a lo desconocido y se sienten mal preparados y aprensivos para enfrentar nuevas situaciones, los adultos deben portarse honradamente con el niño ante las experiencias desagradables y prestar una considerable atención a sus necesidades en estos casos, de modo que puedan llegar a confiar en ellos. Si el procedimiento que se va a utilizar en la práctica odontológica va a producir dolor, aunque sea mínimo, es mejor prevenir al niño y conservar su confianza, que dejarle - creer que ha sido engañado.

Siempre que sea posible, el niño será avisado sobre la experiencia desagradable en concordancia con su nivel de inteligencia y su capacidad para tolerar la tensión.

Estas capacidades cambian constantemente a medida que el niño se desarrolla. En efecto, un niño de cuatro años de edad no resulta beneficiado por una larga y detallada información y exposición de los aspectos de una próxima cirugía que puede ser origen de tensión; tampoco resulta prudente prevenirlo con más de dos días de anticipación, pues de lo contrario su aprensión origina una tensión excesiva, que se prolongaría demasiado. Por otra parte, un niño de once años es capaz de entender la mayor parte de estas cosas, por lo que una explicación prudente, evitando toda mención de las posibilidades más espantosas, puede ser extremadamente útil en la prevención del trauma psicológico. Se le puede informar sobre el próximo encuentro desde mucho antes de la fecha en que se va a llevar a cabo,probablemente él hará uso del tiempo intermedio para pensar, preguntar y prepararse a sí mismo. De no realizarse la preparación que se menciona, el niño puede sentirse traicionado por aquellos en quienes confía y se le priva la oportunidad de prepararse a sí mismo para lo que va a venir. De la misma forma, debe reconocerse que los llantos y protestas del niño, en dicho momento, son expresiones necesarias y saludables del sentimiento y mitigación de la tensión.

Deben existir enfoques adecuados al manejo psicológico de los niños, uno de ellos es, nunca dejar el tratamiento para des--

pués. Un niño que empieza a llorar y a portarse violento en el - sillón dental, puede ocasionar que el dentista no sepa qué hacer y se desconcierte, logrando que le sugiera a la madre que lo traiga después, cuando esté más calmado. Esto no ayudará en nada a - que el niño pierda el miedo y cuando vuelva a consulta se repetirá la escena, ya que el miedo no disminuye por voluntad propia y su comportamiento no mejorará. Incluso, puede haberse intensificado el miedo a la odontología y se acrecenta su necesidad de --- huir. Por lo que posponer la consulta será nefasto tanto para el manejo del niño, como para sus dientes, pues es difícil que un niño venza actitudes inadecuadas con la edad.

El odontopediatra al tratar con el niño siempre comienza -- con desventaja, como un aliado de la sociedad enemiga y como un - adversario potencial a los ojos del paciente. Tratar de convencer al niño para que pierda su miedo sin darle evidencias concretas de por qué, no es muy eficaz, todo ésto debido a que el temor se desarrolla a nivel emocional y las llamadas verbales a nivel - intelectual son generalmente insuficientes. El resurgimiento de la ansiedad que sigue regularmente a una confrontación verbal puede convertirse en un problema mayor, ocasionando que se rompa el poco entendimiento antes de que se hubiera conseguido algún resultado.

La ayuda verbal es inútil cuando el niño está en contacto - con lo que le produce miedo, y decirle que no debe sentirse como se siente, indica carencia de conocimientos sobre problemas emo--

cionales, pues el niño no puede evitar sentirse así, a menos que se le den razones viables para creerlo.

Por otro lado, generalmente a los niños no les gusta ser diferentes y se conforman con los patrones sociales establecidos. - Aman participar en competencias y les gusta hacer lo que otros niños hacen. Por lo que puede resultar eficaz permitir que el niño observe trabajos dentales en otros niños para infundirles confianza y que les sirva de reto, procovando que el niño llegue a sentarse en el sillón dental sin que se lo hayan pedido. Sin embargo, se debe tomar en cuenta que puede resultar contraproducente, ya que si no observó expresiones de molestia en la persona que lo precedió, pero descubre que a él si le está haciendo daño, su entusiasmo se convierte en desilusión, siendo ésto peligroso porque puede perder por completo la confianza en el dentista y será muy difícil volverla a conseguir.

A lo largo del desarrollo de las páginas anteriores, nos hemos dado cuenta que el Odontólogo debe estar siempre seguro de -- que la forma en que se va a comportar con determinado niño es la correcta, para evitar problemas subsecuentes, que posteriormente serán muy difíciles de subsanar. Tendrá que tener muy en cuenta lo que nunca debe de hacer como sería, entre lo más importante, - nunca dejar que resulten eficaces para su provecho los ataques -- emocionales del niño, nunca dejar el tratamiento para después, -- nunca repetir la visita preliminar varias veces a menos que se deba realizar algún tratamiento dental, nunca dejar de prevenir al niño sobre lo que le va a suceder, etc. Siguiendo estas recomen-

jugó antes. Se limpian los dientes y se les recubre con solución de fluoruro. Si se le permitió al niño que jugara y sintiera el motor, no deberá haber grandes problemas. Se pueden tomar radiografías y explicar al niño que la unidad de rayos "X" es como una enorme cámara fotográfica y que la película es el lugar por donde aparecerá la fotografía; cuando el niño vea las radiografías reveladas, se enorgullecerá de lo que logró. Es buena táctica pasar de operaciones sencillas a las más complejas, a menos que sea necesario tratamiento de urgencia.

D) El Odontólogo puede trabajar con el padre o la madre en la sala de operaciones, o prescindir de su presencia según lo prefiera. Generalmente se invita a los padres en la primera visita a - que pasen a la sala de operaciones para que comprendan el papel - tan importante que tienen en la adquisición de hábitos de higiene de su hijo, así como en conocimientos de control dietético para - prevenir enfermedades dentales. Se les puede demostrar en este - momento cómo se tiñen los dientes con eritrosina u otros agentes reveladores de placa, antes y después del tratamiento de cepillado. Se podrá dar a los niños y a sus padres un período de adoc-- trinación más extenso, si se dispone a este efecto, de una sala - de educación con ayudas visuales y material de lectura.

E) Deberá decírsele al niño de manera natural, que a veces lo que se va a realizar produce algo de dolor; también explicarle, - que si avisa cuando le duele demasiado, el dentista parará, o lo arreglará de manera que no duela tanto o lo hará con más suavi--- dad. Esta sinceridad deberá permanecer constante a través de to-

das las visitas dentales futuras.

D) La manera más sencilla de lograr que el niño que se encuentra en punto histérico con gritos y llantos nos escuche, es colocar suavemente la mano sobre su boca, indicando siempre que ésto no es un castigo, sino el medio para lograr que oiga lo que el -- dentista va a decir. Nunca debe bloquearse la respiración bucal al llevar a cabo esta técnica. Ya colocada la mano, se le debe - hablar al niño con voz suave y normal, diciéndole que quitará la mano cuando pare de llorar; nunca deberá haber malicia ni coraje en la voz. Este método resulta aunque el dentista crea que el paciente no lo oye. Ya que el niño dejó de llorar, quite la mano y hable con el niño sobre alguna experiencia sin relación alguna -- con la odontología. Llega a sorprender lo eficaz del método, ya que el niño no guarda resentimiento y se vuelve un paciente ideal al darse cuenta de que lo que se le hizo fue para su propio bien. Colocar la mano sobre la boca del paciente es una medida extrema y sólo deberá usarse como último recurso en un paciente ya histérico en el que hayan fallado todos los demás métodos.

G) El niño debe recibir siempre la atención completa del den-- tista, no debe dejarse a un niño muy pequeño sentado solo en el - sillón dental, ya que sus temores, aún no disipados por completo, pueden agrandarse, si el dentista tiene que abandonar la sala operatoria, aunque sea por un minuto, deberá asegurarse de que está presente su ayudante; pero, si el niño está muy atemorizado, es - mejor no abandonar por ningún motivo la sala. Nunca se debe trans

mitir al niño de una sala a la otra para realizar otro tipo de -- tratamiento, ya que ésto representa una situación nueva para el niño y le causará ansiedad. Si es posible habrá que realizar todo el trabajo necesario en la misma sala.

H) El odontólogo deberá evitar usar palabras que inspiren miedo, ya que los temores sugestivos pueden ser producidos por el -- significado atemorizante de algunas palabras. Es importante tomar en cuenta que algunos niños se horrorizan al oir palabras como "aguja" o "fresa", por lo que se debe utilizar otro tipo de palabras que disminuyan la oposición a la experiencia. Se tienen - que utilizar términos que no produzcan miedo y que sean familiares para el niño. El dentista se debe guiar por la edad del paciente y evitar siempre los engaños, utilizando términos que vayan de acuerdo en alguna forma con lo que se va a hacer.

En lugar de inyección se puede decir piquete de mosquito, - para describir el ardor del líquido anestésico se puede decir que arde como cuando comen chile; dándoles a entender que va a ser molesto, pero no insoportable. En vez de utilizar la palabra fresa, que implica perforar, se le puede decir que se le van a cepillar los bichos malos que tiene en sus dientes. Proporcionando de este modo, información al niño sin producirle miedo.

I) Es importante utilizar palabras de admiración, halagos sutiles, alabanzas y recompensas, siempre y cuando se realicen de la manera correcta y sin perjudicar el comportamiento del niño posteriormente. El castigo y la recompensa son básicos en el aprendi-

zaje, y una de las recompensas que más busca el niño es la aprobación del dentista, siempre y cuando éste haya sabido ganarse su - cariño. El dentista siempre debe saber reconocer la conducta --- ejemplar de un niño y tiene que informárselo para que influya favorablemente en su comportamiento. El decirle a un niño que se - portó bien, lo motiva para un mejor comportamiento en el futuro. Siempre hay que alabar a un paciente que se portó bien. Obse---- quiar al niño algún juguete cuando se portó bien, forma parte del buen manejo del niño, sin embargo, nunca debe ofrecérsele recom-- pensa antes de observar su buen comportamiento, ya que puede llegar a perjudicar en su comportamiento futuro y pasar a ser soborno. Pueden ofrecérsele al niño pequeños juguetes de plástico que no sean muy caros, cupones para helados de una tienda cercana, pequeñas estrellas doradas para que las peguen en su frente, etc., ésto último es muy eficaz, ya que las pueden mostrar a los demás niños, aumentando su ego al decir que fue un premio por su buen - comportamiento.

J) El odontólogo deberá siempre dar sugerencias, en lugar de - órdenes para poder asegurarse de la cooperación de su paciente. - Nunca se debe someter al niño para lograr reacciones deseadas por el dentista. Al pedirle al niño que haga algo, el odontólogo le da la oportunidad de aceptar o rechazar. Si se le da a elegir, - el rechazo no puede considerarse como mal comportamiento, y si se le ordena, en algunos casos, no tendrá más remedio que aceptar, - si se niega, su comportamiento será inaceptable y muy difícil de modificar.

Siempre deberá decirle al niño de manera agradable y decidida que acepta sus deseos. Es importante sonreir y gozar con la - situación, pero siempre con la firmeza que el tratamiento y la situación requiere.

K) El Odontólogo debe ser siempre realista y razonable, no debe condenar al niño porque está asustado, tratando de ponerse en su lugar y comprender por qué actúa en esa forma. Hay que respetar las emociones de los niños y tratar de alterarlas en beneficio del tratamiento. Es importante tratar al niño como individuo con sentimientos y emociones y no como objeto en la silla dental, para que el ego del niño le permita ajustarse a la situación.

L) El Odontólogo no debe perder el dominio y enfadarse, ya que la ira es una reacción primitiva e inmadura como el miedo, pudiendo llegar a ponerse al nivel del niño, indica derrota del médico y éxito del niño, viéndose en desventaja al disminuir su capacidad de razonar claramente y de tener reacciones adecuadas. Si el dentista pierde el control, eleva la voz, asustando al niño y dificultando la cooperación.

6. SONDEO COMPARATIVO SOBRE LA OPINION QUE TIENEN LOS NIÑOS DEL DENTISTA.

Dada la problemática que con frecuencia se presenta en el consultorio odontopediátrico en lo referente al trato con el niño, y en ocasiones la falta de datos objetivos en los cuales basar nuestro trabajo; se decidió realizar este sondeo con el fin de obtener datos verdaderos sobre la opinión que tiene un pequeño grupo de niños del dentista.

Se espera obtener beneficio de este sondeo, en cuanto a mejorar la relación niño-dentista basándonos en los resultados.

En el presente sondeo la muestra está compuesta por 50 encuestas realizadas en México, D. F., en el año 1986, a niños de clase media cuya edad promedio es de 11 años.

Cabe destacar que la mayoría de los participantes poseían experiencia odontológica; por lo que se pretende comparar la opinión que 50 niños tienen del dentista, de su trato y de su trabajo.

A todos los niños se les explicó detalladamente en qué consistía el cuestionario y la manera en que se debía responder; se les proporcionó la hoja encuesta, un lápiz y tiempo suficiente para responder, así como asesoría del encuestador en caso de alguna duda.

Una vez recogidos los cuestionarios, fueron revisados por el encuestador con el objeto de que no quedara ninguna duda en --

cuanto a las respuestas de los niños, para una mayor facilidad en su posterior estudio.

En el estudio de los cuestionarios se anotó estadísticamente el número de respuestas positivas, negativas y neutras, obteniéndose los resultados que se ven las Tablas 1 y 2.

TABLA 1.

DIFERENCIA DE OPINION DE 50 NIÑOS, SOBRE EL DENTISTA

	MUY	BASTANTE	ALGO	RESULTADO
POSITIVO	98	78	71	= 247
NEGATIVO	36	29	37	= 102
NEUTRO		101		= 101
T O T A L	--	--	--	450

TABLA 2.

PORCENTAJE APROXIMADO DE LA DIFERENCIA DE OPINIONES.

	MUY	BASTANTE	ALGO	RESULTADO
POSITIVO	22%	18%	16%	= 56%
NEGATIVO	8%	6%	7%	= 21%
NEUTRO		23%		= 21%
T O T A L	--	--	--	100%

Resultando que las respuestas positivas fueron en total --- 247, es decir el 56%. Las respuestas negativas en total 102, es decir, el 21% y las respuestas neutrales fueron 101, el 23% del - total.

Se observa que el mayor porcentaje se encuentra en las respuestas positivas, siendo este dato un gran aliciente para el --- Odontopedíatra que ve fructificado su empeño de realizar su trabajo con los niños de la manera más adecuada.

Comparando este sondeo con estudios publicados anteriormente, se ve una notable mejoría en cuanto a opiniones positivas por parte de los niños, dándonos cuenta cómo los adelantos odontológicos, así como el empeño por aumentar conocimiento del Odontopedíatra, por ejemplo mayor conocimiento de psicología infantil para -

mejorar la relación médico-paciente, han sido de una valiosa ayuda.

Sin embargo, debemos tomar en cuenta que no es lo mismo estar sentado en el sillón dental, que llenar un cuestionario; y -- que por lo general la mayoría de la gente trata de contestar lo - que se debe y no lo que se siente. Como no existe manera de comprobar la veracidad absoluta en las respuestas, se tomarán sólo - en cuenta los datos tomados tal y como están.

En este estudio, las respuestas negativas fueron la minoría, sin embargo, no hay que desecharlas, sino tomarlas muy en cuenta para seguir mejorando y que en un futuro todos los niños piensen de una forma positiva de la Odontología.

Es importante tomar en cuenta que no todos los niños tienen la suerte de toparse con dentistas preparados y conscientes que - les den un buen trato y que por ende tendrán una mala opinión de la Odontología.

En lo referente a las opiniones neutrales, es bastante significativa su existencia, ya que pudieran tomarse como opiniones negativas y ésto plantea una nueva visión, al igualarse el porcentaje de opiniones negativas y positivas; viéndose la necesidad, - en este caso, de poner más empeño en mejorar las técnicas de trato del niño, con el objeto de lograr mejores opiniones y por ende mayor asistencia voluntaria al consultorio.

Al final de la encuesta se le plantea al niño la siguiente pregunta: ¿ Por qué piensas ésto ? Es decir, por qué dió esas --

opiniones del dentista. Enumeraremos a continuación algunas de - las respuestas:

1. Porque es bueno y no me duele lo que me pone y porque es amigo de mi tío y de mi papá y me regala paletas.
2. Porque mi dentista es bueno, lo que pasa es que el nervio es - más poderoso que el dentista.
3. Todos en la familia vamos al dentista, pero no me gusta, tiene cara de mal genio y me da miedo.
4. Porque pienso que es algo difícil pero hay que ir.
5. Porque es necesario para la salud.
6. Porque no me gusta me duele mucho lo que me hace.
7. Porque es bueno conmigo y casi no me duele lo que me hace.
8. A veces me da miedo, pero como el dentista es mi tía me porto bien.
9. Porque es amigo de los dientes y ayuda a tener una sonrisa bonita.
10. Porque a veces se porta bien, pero a veces no y me cuesta trabajo ir.

Al leer las respuestas nos damos cuenta de que hay una gran variedad y que algunos tienen confianza por conocer de antemano - al Odontólogo y otros debido al buen trato que han recibido, sin wmbargo, existen respuestas negativas que pueden ser ocasionadas por trato arbitrario o defectuoso del odontólogo o bien al carácter difícil y de no aceptación del niño. Ya sea por una o por -- otra razón, es importante tener conocimiento de ello y tratar por

todos los medios de remediarlo.

Este sondeo es sólo una pequeña muestra de lo que se podría hacer a gran escala, obteniéndose magníficos resultados en pro de la Odontología.

Este trabajo fue realizado por Ma. del Rocío Aguirre Aviña, Pasante de Odontología y utilizado como contenido de Tesis para - obtener la licenciatura de Cirujano Dentista.

CREES QUE EL DENTISTA ES .....

	muy	Bas Tante	algo	neutro	algo	Bas Tante	muy	
bueno	X							Malo
importante			X					insignificante
Fácil			X					difícil
Poderoso			X					debil
Amigo		X						Enemigo
Divertido		X						Fastidioso
Amable	X							Descortés
necesario		X						innecesario
feo			X					bonito

ESTO ESTO

¿Por qué piensas esto? Porque es el Amigo de los dientes y ayuda a tener una sonrisa bonita

12 Ma Gloria Maldonado

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

A pesar de la creciente necesidad de que el Odontopedíatra posea un conocimiento adecuado sobre el desarrollo emocional del niño y de los efectos que el ambiente ejerce sobre él, parece a - menudo que no hay tiempo suficiente para ocuparse de los proble-- mas de conducta. Es preciso que el dentista que decida trabajar en este terreno consiga la competencia necesaria para reunir y -- analizar los datos diagnósticos para llevar a cabo una labor de - ayuda, asesoramiento y orientación; ayuda que además de resolver los problemas del paciente y sus padres, nos proporcionará compor tamientos adecuados en el consultorio.

Existen muchos conocimientos pertinentes que el Odontopedía tra debiera saber usar en forma preventiva o curativa en su traba jo de consejo y tratamiento del niño.

El Odontopedíatra, gracias a los exámenes periódicos a los que somete a los niños, puede ser el primer profesional al que -- consultan los padres cuando desean información y consejo sobre -- los métodos de crianza; pudiendo ser de esta forma, un agente es- pecialmente vital y educativo durante la primera infancia. Los - conocimientos sobre psicología son imprescindibles para que el -- Odontólogo esté capacitado y pueda ser útil como consejero y ase- sor.

La investigación y manejo de la mayoría de los problemas -- psicológicos se encuentra dentro de la capacidad de cualquier mé-

dico que esté dispuesto a dedicar su tiempo, paciencia y voluntad para atenderlos.

El Odontopedíatra debe conocer que los focos de interés incluyen: El desarrollo del niño, el papel de la familia, el trabajo, el juego, la capacidad escolar y el papel cambiante del niño madurando en la sociedad, para evaluar los factores que afectan - el desarrollo psicológico.

Los factores intrínsecos son principalmente heredoconstitucionales y constituyen la matriz para el desarrollo futuro del niño. Los factores intrínsecos son aquellos que desde el nacimiento chocan con el organismo y afectan su ajuste y desarrollo. Entre los principales están: La actitud y atención materna, el clima familiar, el orden de nacimiento de los hermanos, los antecedentes étnicos, raciales y religiosos, el nivel socioeconómico y los múltiples acontecimientos en la vida de cualquier individuo.

Una actitud psicoterapéutica por parte del Odontopedíatra - basada en la adquisición de conocimientos adecuados sobre el tema, tratamientos que estén de acuerdo con el concepto de interés y respeto, y habilidad técnica, asegurarán al niño paciente un -- cuidado excelente, tanto de la boca como de su persona, proporcionándole al dentista éxito y satisfacción plena.

El Odontólogo además de tener conocimientos sobre psicología, tiene que estar consciente de la gran influencia que se logra a través de los medios de comunicación, y tener en cuenta que es un factor importante de influencia positiva y negativa para -- sus pacientes.

La comunicación masiva es un punto importante que se tiene que tratar con el objeto de lograr que las autoridades competentes presten atención y se den cuenta que debe ser utilizada para promover y alentar el tratamiento dental, tan temido por mucha gente, y para evitar que las transmisiones lleguen a ser nocivas para el trabajo del odontopedíatra y la salud de los niños.

La utilización adecuada de los medios de comunicación ayudaría enormemente en el aspecto preventivo, al transmitir programas preventivos y educativos que reforzarían la importancia de preservar los dientes en perfecto estado. Se debe concientizar a la sociedad en general, presentando todos los aspectos del problema.

Las necesidades de la comunidad desde el punto de vista de servicios dentales, deben ser presentados a través de los medios a los dirigentes y al público para que comprendan la magnitud del problema.

Si la gente se familiariza con los servicios dentales y con la gran necesidad que existe de ellos, se conseguirá cooperación de los pacientes con menos trabajo.

La publicidad suficiente sobre Odontología, traerá como consecuencia benéfica, una mayor facilidad en el trato de los niños pacientes, debido a que llegarán a la consulta familiarizados con la Odontología, al ver y oir sobre ella; además de estar enterados y conscientes de la necesidad primordial de mantener en buen estado su boca.

Es importante recalcar que la influencia de padres, amigos y hermanos, puede ser muy perjudicial en el comportamiento del niño en el consultorio dental.

El Odontólogo debe estar preparado para enfrentar este problema y solucionarlo con una buena instrucción a los padres. Los medios de comunicación podrían ser también una gran ayuda para resolver este problema, anticipándose al proporcionar orientación sobre el comportamiento adecuado de los padres hacia la odontología en beneficio de sus hijos.

Desgraciadamente son muchos los dentistas y sus pacientes aprensivos que viven en un clima deprimente de miedo y tensión. El dolor, el miedo y la angustia son factores importantes por los que la mayoría de las personas rehuyen el tratamiento dental; siempre lo relacionan con castigo, tormento, pena, angustia y dolor.

La profesión dental por lo mismo, siempre ha sido una fuente inagotable de inspiración para caricaturistas y bromistas, que siempre tienen material con motivos humorísticos y satíricos.

Todo ésto se puede evitar si el Odontólogo adquiere los conocimientos y técnicas para dominar y controlar el dolor y sentimientos asociados como, la angustia, aprensión, miedo, inseguridad, etc.

Al estar capacitado el Odontólogo, tanto técnica como emocionalmente para resolver estos problemas, sacará adelante al paciente y su trabajo profesional.

Por otro lado, se acentúa que la Odontología para niños se basa en el buen manejo del niño que ésta sólo se puede llevar a - cabo si se cumplen todos los requisitos necesarios.

En primer lugar, es imprescindible la motivación, puesto -- que sin ella el manejo del niño sería imposible.

Dentro de la motivación se encuentran factores importantes, como la personalidad y simpatía del odontólogo y sus ayudantes, - el aspecto y ambiente del consultorio y las circunstancias que rodean a la consulta.

Es importante que el niño vea en el dentista a un amigo y - que se establezca una relación adecuada entre ellos.

El ambiente y aspecto del consultorio es también primordial en la motivación. Debe ser adecuado para niños, tranquilo y apacible, la música de fondo proporciona una gran ayuda, las historietas para niños, los juguetes y muebles en los que puedan jugar son una buena fuente de entretenimiento.

El aspecto del consultorio y la personalidad adecuada del - dentista y ayudantes, son factores que llevados adecuadamente ayudan en forma muy positiva para la cooperación del paciente infantil hacia el dentista.

Las circunstancias que rodean a la consulta deben ser conocidas, entendidas y bien manejadas por el Odontólogo si quiere realizar de la mejor manera el tratamiento del niño, pues tienden a influir grandemente en su comportamiento. Algunas de las situaciones con las que se podría encontrar son: Influencias del medio

ambiente y de la herencia, grado de receptabilidad en el momento de la consulta, estado emocional del propio dentista durante la consulta, presencia de dolor en la primera visita y responsabilidad e interés del dentista hacia el paciente.

El Odontopedíatra responsable siempre tiene que tomar en -- cuenta y conocer a fondo los estados de conducta que puede presentar el niño en el tratamiento dental, para poder enfrentarse a -- ellos y tratarlos de la manera más adecuada. El dentista siempre debe poseer conocimientos de psicología que lo avalen para resolver estos problemas de conducta y al mismo tiempo ayudar al niño y a sus padres y facilitar su trabajo.

El comportamiento y técnicas que utilice el dentista deberán siempre estar asentadas sobre bases firmes, tanto emocionales como científicas para lograr el objetivo final.

Su comportamiento estará siempre encaminado a lograr una -- buena relación y reciprocidad con el niño en la que exista una -- confianza plena, con el objeto de lograr un entendimiento tal, -- que facilite tanto para el niño como para el Odontopedíatra el desarrollo del tratamiento dental. El Ondotopedíatra deberá ser -- siempre profesional y humanitario para sacar adelante su trabajo.

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

1. Album M.
Curso de Odontopediatría.
Barcelona, Noviembre 1982.

2. Atención Médica.
Cómo debe el Clínico manejar el dolor.
Medicina Práctica Actualizada p. 25-30 Sep. 1984.

3. Bailenson G.
Relajación del paciente en la práctica odontológica.
Edit. Labor, Barcelona 1976.

4. Bjorn Jorgensen Niels, Hayden Jess Jr.
Anestesia Odontológica.
Edit. Interamericana. México 1970. p. 137.

5. Carmichael Leonard.
Manual de Psicología Infantil.
Edit. El Ateneo - España 1964. p. 342.

6. Carraco La Peña, J.L.
El Método Estadístico en la Investigación Médica.
Edit. Karpos, Madrid 1982.

7. Cinotti William R.
Psicología Aplicada en Odontología.
Edit. Mundi - Argentina 1970. p. 312.

16. Leyt Samuel.
Odontología Pediátrica.
Edit. Mundi - Argentina 1980. p. 282.

17. Mc. Donald Ralph P.
Odontología para el Niño y el Adolescente.
Edit. Mundi - Argentina 1980. p. 200

18. Océano Ediciones. Enciclopedia de la Psicología Océano.
El Desarrollo del Niño.
Edit. Océano - España. p. 261.

19. Prieto Castillo Daniel.
Retórica y Manipulación Masiva.
Edit. Edicol - México 1979. p. 187.

20. Revista de Actualidad Estomatológica Española.
Control de la aprensión y la ansiedad en estomatología infantil.
Boletín de Información Dental, Num. 327: p. 47-51. 1983.

21. Revista de Actualidad Estomatológica Española.
Sedación Enteral en Odontopediatría-Agentes Farmacológicos.
Boletín de Información Dental, Num.334: p.31-34. Enero-Febrero 1984.

22. Revista Mexicana de Pediatría.
Problemas de Salud Bucal en Escolares.
Vol. 53 Num. 2. Marzo-Abril 1986.

23. Silver K. Henry.
Manual de Pediatría.
Edit. El Manual Moderno. México 1975. p. 773.

8. Consejo Nacional de Población. (CONAPO)
La televisión y los niños.
Agosto 1980. p. 68.

9. De la Mora Medina José, Sánchez Rivera Roberto.
Antología de Ciencia de la Comunicación.
Edit. UNAM - México 1981. p. 241.

10. De Moragas Spa Miguel.
Teorías de la Comunicación.
Edit. Gustavo Gili, S.A. - España 1981. p. 361.

11. Enzensberger Hans Magnus.
Elementos para una Teoría de los Medics de Comunicación.
Edit. Anagrama - España 1985. p. 74.

12. Ewald, Harndt, Helmut, Meyers.
Odontología Infantil.
Edit. Mundi - Argentina 1970. p. 485.

13. Finn B. Sidney.
Odontología Pediátrica.
Edit. Interamericana - México 1976. p. 599.

14. Hotz Rudolf P.
Odontopediatría, Odontología para Niños y Adolescentes.
Edit. Panamericana - Argentina 1977. p. 363.

15. Lener Michael M.
Diversos Aspectos de Motivación.
Edit. Interamericana - México 1973. p. 312

24. Tratado de Medicina Práctica, Medicina Ansiedad.
Serie Internacional para la Formación Programada del Postgraduado.
Núm. 35, Primera Serie. Agosto 1984. P. 48-64.

25. Vaughan Mc. Kay Nelson.
Tratado de Pediatría.
Edit. Salvat Editores - España 1971. p. 763.