

37
204



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

EL PACIENTE INFANTIL, SU DESARROLLO Y
COMPORTAMIENTO ANTE EL CONSULTORIO DENTAL

T E S I S

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a n

SOFIA BERNAL CASTILLO
VERONICA E. MORALES MOLINA
BRISVIANE RODRIGUEZ RANGEL



México, D. F.

[Handwritten signature]

1987



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	PAG.
I. Introducción.	1
II. Determinantes de desarrollo.	3
III. Técnicas de Reacondicionamiento.	14
IV. Aspecto del Consultorio Dental.	18
V. Comportamiento del niño y Consejos a los Pa- dres.	20
VI. Diagnóstico y Planeación del Tratamiento para- Pacientes Infantiles.	23
VII. Reacciones del niño durante el tratamiento -- dental:	28
a) Conducta del niño en la administración de- anestésicos.	28
b) Naturaleza del miedo.	30
c) Valor del miedo.	32
d) Tipos de miedo Temores Objetivos Temores subjetivos.	33
e) Miedo y crecimiento.	41
f) Tipo de llanto.	51
VIII. Relaciones Interpersonales.	54
IX. Extremos de Comportamiento en los padres.	59
X. Comportamiento de los padres en el consulto-- rio odontológico	67
a) Instrucciones a los padres.	68

XI.	<i>Conclusiones.</i>	73
XII.	<i>Bibliografía.</i>	76

I. - INTRODUCCION

Los temas de la conducta y su modificación no son nuevos en la odontología pediátrica sin embargo, con el advenimiento de la investigación en la ciencia de la conducta estos esfuerzos han comenzado a esclarecer su dinámica, lo cual ha dado al dentista una oportunidad no sólo de comprender y manejar la actitud del niño, sino de valorar y modificar su propio comportamiento para provocar una respuesta apropiada.

La labor de un odontopediatra es una disciplina que se enfoca hacia los problemas psicológicos, sociales y de aprendizaje de los niños y de los adolescentes en cuanto se relacionan a la situación dental. Al contrario de lo que ocurre en el tratamiento de los adultos, el dentista que atiende niños debe comprender primero el desarrollo del infante antes de poder aplicar con éxito las técnicas de modificación de la conducta.

El aspecto más importante del desarrollo es el concepto de habilidad y destreza, porque el desarrollo del aprendizaje requiere ciertas habilidades cognoscitivas que deben estar funcionando antes de que dicho aprendizaje pueda tener lugar.

En esta introducción el uso del término "modificación de la conducta" se referirá a una aplicación explícita y siste-

mática de los principios y la tecnología, derivados de la investigación en odontología clínica y en psicología experimental. - Esto comprende procedimientos que crean cambios en el comportamiento social y ambiental del niño para aliviar el dolor y la ansiedad, y mejorar su actuación. Así las técnicas de modificación de la conducta por lo general se intentan para superar el autocontrol al amplificar las destrezas y la independencia del niño.

II. - DETERMINANTES DEL DESARROLLO

El interés del desarrollo es la conducta y en sentido general, la conducta se define como cualquier cambio en la actuación del organismo.

Para detectar cualquier cambio, debe haber un medio para hacerlo, en tal medio puede definirse a la conducta como los cambios que podemos observar y contar, los que se toman de ciertos patrones que todos los niños siguen a través de proceso de crecimiento. Este proceso de desarrollo esta influido por dos factores; primero la maduración y segundo la exposición del niño a determinado ambiente.

Durante la maduración, la conducta del niño actúa directamente sobre las características biológicas y establece la etapa para el proceso de desarrollo. Con la exposición del ambiente, el niño aprende a comportarse en relación con su madurez.

Es importante que el dentista que trata niños comprenda el desarrollo para poder apreciar la interacción que el niño ofrece a través de la maduración y las experiencias que él mismo ofrece a través de las influencias ambientales.

El desarrollo mental en términos de la edad ejerce una influencia decisiva sobre el niño puede aprender a aceptar del todo el

tratamiento dental por lo que el dentista debe comprender este hecho y asegurar la comunicación y la expectación apropiada.

Un niño nace con varios reflejos como reír, llorar, -- moverse, etc. de estos reflejos desarrolla un conjunto de conductas que lo capacitan para adaptarse al mundo, finalmente de este conjunto de reflejos primordiales desarrolla la habilidad de enfrentarse al mundo.

Piaget ha propuesto un modelo de desarrollo infantil que describe el área de la percepción y el conocimiento, y la forma en que el niño piensa.

Identifica 3 etapas principales que trazan el desarrollo cognoscitivo del niño desde la etapa refleja hasta la etapa en que resuelve problemas complejos:

- 1.- El periodo motosensorial.
- 2.- El periodo operacional y
- 3.- El periodo operacional formal

De acuerdo con Piaget, el niño debe actuar a nivel apropiado en cada etapa antes de que proceda el desarrollo intelectual.

El infante no actúa solo bajo el principio de aprendizaje por prueba y error. Los menores demasiado pequeños no pueden resolver ciertos problemas sin importar cuantas veces les sean mostrados o se les force a dar la respuesta correcta. En consecuencia, cada etapa es un periodo en el cual el niño mira al mundo de ma

nera diferente y codifica la información bajo formas distintas.

EL RECIEN NACIDO.

Algunas de las aptitudes en relación con la formación del recién nacido que tendrá influencia en la conducta de los padres hacia él y por consecuencia en su propio desarrollo pueden ser:

I.- El niño constitucionalmente normal y los padres.

- 1.- Lo aceptan y se preparan para amarlo.
- 2.- Lo aceptan pero encuentran en sí mismos una falta de habilidad para poder satisfacer sus demandas.
- 3.- No le dan importancia debido a que saben que es normal.
- 4.- Existe rechazo a causa de que no es la clase de niño normal que inconscientemente se habían imaginado.

II.- El niño constitucionalmente normal que puede revelar pequeños problemas como dificultad para respirar, cianosis ó algún pequeño problema cardíaco. Dicha situación puede influir en diferentes formas:

- 1.- Los padres conservan la esperanza de que sea normal y de esa forma lo tratan.
- 2.- Los padres tienen confianza en que todo esté bien, pero a la vez, guardan cierta incertidumbre que causa ansiedad y paternidad inconsciente.
- 3.- Los padres no creen establecida la normalidad y le dan

a su hijo un trato "especial".

III.- El niño presenta realmente una constitución anormal.

Puede ser ciego, mudo o retrasado mental; o presentar alguna deformidad en las extremidades, pudiendo los padres tener reacciones como estas:

- 1.- Al inicio lástima por el bebé y finalmente aceptación y ayuda para desarrollar su máximo potencial.
- 2.- Lástima progresiva que llega hasta la depresión aunado a un sentimiento de culpa que causa obstrucción en el desarrollo del niño y lo infantiliza.
- 3.- Rechazo constante hacia él provocando patología individual y familiar.

Una relación marital lo suficientemente madura permite a los padres presentar ayuda al niño sin que importe su condición atacando su potencial negativo; así como otros cuya inmadurez es tan severa que puede llegar a destruir la potencialidad funcional del niño.

La capacidad potencial de la mayoría de la gente está entre estos extremos.

El cerebro del pequeño está listo para recibir y dar significado a estímulos aprendidos mediante sus ojos, oídos, pies, cabeza, piel y boca, su cerebro está listo para enviar señales a las partes normales del cuerpo para compensar sus limitaciones de las partes anormales.

El niño es en lo absoluto ayudado y dependiente de los adultos.

LOS TRES PRIMEROS AÑOS

LA FASE ORAL.

El primer año es llamado "fase oral" en el campo del desarrollo psicosexual debido a que la mayor fuente de placer es la boca. La boca es el órgano más importante de realización sin embargo la vista, oído y tacto cooperan también.

La madre es la más importante, más no la única fuente de gratificación y frustración oral. La primera fijación importante es hacia esa persona quién aleja el dolor y proporciona comida al pequeño.

Será la sonrisa el primer signo social que el bebé -- mostrará, existe una sonrisa reflexiva que es provocada por la voz humana, durante los primeros días de su nacimiento; la sonrisa activa, que ocurre entre la cuarta y octava semana es una respuesta aprendida e imitada.

A los 6 meses la toma de conciencia se torna fijación absoluta, la que puede ser regulada por el padre, que será el -- que alivie la ansiedad de la relación madre-bebé demostrando -- que él también toma parte en los cuidados del niño.

Si el bebé no ha sido restringido con objeto tales como corrales, sillas de sujeción etc. a los 10 ó 12 meses, ten--

drá establecido el uso de su movilidad; gateando y caminando -- puede explorar lugares sin que tenga que depender de la madre, -- así mismo puede obtener algunas de las cosas que quiere; con es to empezará a practicar el quedarse solo.

De esta manera el pequeño adquirirá en esta etapa --- confianza en sí mismo y en los demás.

Son de importancia para el odontólogo estos conceptos ya que él quisiera tener siempre niños pequeños con confianza en ellos -- mismos sin la necesidad de la presencia de la madre.

Es con esto con lo que comienza la etapa del "Yo", la fuerza o debilidad de esta estructura determinarán según su propia vida -- y funciones en el medio ambiente.

LA FASE ANAL.

Generalmente es en el segundo año en el que su alimentación no es la más importante de sus actividades, la madre le entrenará para ir al baño, volviéndose el niño así consciente -- de su poder de decisión de ir al baño o hacerse en los pantalones.

Se concentrará esta fase en el año y hará frente a -- los conflictos sobre el control de éste y valora la habilidad -- de los órganos de los sentidos y del amor a su madre.

Mientras que el entrenamiento para ir al baño continúa y el pequeño lucha contra los conflictos de decidir si se --

complace a él mismo o a su madre, existe otro proceso que continúa y que no debe mantenerse revuelto con esta tarea.

El niño incrementa su habilidad en el habla; para fines del primer año, él puede expresar lo que quiere en una o dos frases o palabras.

El oír palabras y percibir las como símbolo de significado concreto es un trabajo gigantesco; empieza a percibir que los adultos lo imitan, pero muy pronto es él quien los imita.

En el principio de la ejecución del lenguaje lo fundamental llega cuando el niño responde con declaraciones apropiadas a otra persona en una interacción llamada conversación. Una conversación con un niño requiere de aprecio individual entre él y la otra persona.

Una marcada necesidad de autonomía, se presentará al rededor de los dos años y medio, el niño se resistirá a una autoridad y hará berrinches si se le contradice, para lo cual el adulto deberá mostrar firmeza, en este periodo es probable que el niño realice lo que se le ha pedido al mismo tiempo que protesta, por ello se ha dado en llamar a este periodo como el de los "terribles dos".

Al llegar a los tres años, el niño será más seguro y positivo, usará la palabra "no" como respuesta a cualquier pregunta, pero a la vez estará deseoso de quedar bien y complacer a la gente.

LOS SEGUNDOS TRES AÑOS

LA ETAPA GENITAL

Es en esta etapa en la que el comportamiento agresivo y otras actitudes no disciplinarias son pasadas por alto como naturales a los "terribles dos".

En lo concerniente a lo psicosexual se experimentará y resolverá el complejo de Edipo, en la tarea social se trabajará y jugará con él, en lo corpóreo hay que incrementar las habilidades motoras y cognoscitivas para prepararlo a ir a la escuela. Sin la necesidad de tener a su madre que lo alimente y lo cambie, la atención del niño se vuelve hacia sus genitales; a pesar de que ha tenido un vago conocimiento sobre las diferencias anatómicas entre los niños y niñas, ahora él se convierte más curioso cognoscitivamente y más investigador al respecto, él -- querrá saber de donde vienen los bebés, buscará esta información a través de sus preguntas.

Al empezar a ver su cuerpo, el niño y la niña creen -- que toda la gente es como ellos.

Durante el período de Edipo las preocupaciones genitales y sus propios esfuerzos para luchar contra las percepciones de las diferentes actividades de sus padres y de las diferentes espectaciones de ellos, les causan muchas fantasías. Varios factores ayudan a la niña a vencer los efectos que se producen por la -- falta de un pene, entre ellos está la experiencia de la acepta-

ción, el deleite de los padres en ella, percibiendo la satisfacción de su madre en el papel de mujer y descubriendo sus propias habilidades y potencial para su mismo placer.

Por otro lado, las otras facetas de desarrollo continúan su proceso, las funciones de conocimiento, percepción, habilidades motoras, el incremento de lenguaje y fortalecimiento contribuyen con el niño para distinguir entre la fantasía y la realidad.

El niño a los tres años es más seguro y positivo. A los cuatro años es un niño imaginativo y desafiante, de hecho su imaginación y energía son tan intensos que es propenso a la exageración, el adulto debe ser firme al tratar con él. A esta edad el niño llega a la cumbre del miedo.

A los cinco años es accesible y dócil; no teme a cortas separaciones con sus padres, es un niño agradable y cooperador.

Con frecuencia a los seis años es un niño difícil y su carácter cambia a cada momento, así también, tienen una considerable dependencia con respecto a su madre.

A los siete años el niño ha mejorado su capacidad para resolver sus temores, aunque puede reaccionar de manera que parezca alternadamente cobarde o valiente.

El niño puede resolver sus temores a los procedimientos operatorios dentales porque el dentista puede razonar con él y explicarle lo que se está realizando.

Si se produce dolor, se le puede instruir para que muestre su

molestia ya sea levantando la mano o con alguna otra señal. A medida que los niños crecen, sus temores se vuelven más variables e individuales.

De los ocho a los catorce años, el niño ha aprendido a tolerar situaciones desagradables y muestra marcados deseos de ser obediente; maneja bien sus frustraciones, no tiene grandes problemas y se ajusta fácilmente a las situaciones en que se halla.

Desarrolla un considerable control emocional, sin embargo presenta objeciones a que la gente tome a la ligera sus sufrimientos.

No le gusta que lo forcen, que se cometan injusticias o que lo mimen, ya sean sus propios amigos o el mismo dentista en el consultorio.

El niño pasa por diferentes estados de desarrollo tanto emocional como mental.

En las primeras etapas el niño es completamente dependiente de la madre hasta la edad de tres a cuatro años cuando empieza con más actividades fuera de la casa, como por ejemplo el ir al kinder.

Cuando el niño cumple cuatro años, empieza a probar autoridad y trata de incrementar su independencia. Se acostumbra a estar más separado de su madre por sus diferentes actividades.

Durante este período de "resistencia" el niño puede --

volverse difícil de manejar, este puede incrementarse si está acostumbrado a que en su casa tenga ventaja por su comportamiento; en este caso la presencia de los padres durante el tratamiento está contraindicada.

Las etapas de desarrollo no necesariamente van paralelas a la edad cronológica del niño, esto depende de factores ambientales y de la relación familiar. Se debe recordar que el niño aprende a través de experiencias.

Los niños que han sido maltratados por padres alcohólicos o aquellos que son tratados por medio de castigos físicos, actúan mal a cualquier símbolo de autoridad especialmente a los adultos. Estos niños tienen problemas emocionales profundos y sólo pueden ser atendidos con comprensión y buena voluntad.

III. TÉCNICAS DE REACONDICIONAMIENTO

La gran mayoría de los niños cuando llegan al consultorio pueden calificarse como buenos pacientes, pero también es cierto que la mayor parte se presenta con algo de aprensión y miedo, situación que se puede controlar.

Un número relativamente pequeño de niños de cualquier edad por miedo provocado en casa ó por actitudes erróneas de los padres, no se adaptarán a la rutina y a las molestias que acompañan a los tratamientos dentales.

El comportamiento poco cooperativo de un niño en el consultorio dental está generalmente motivado por deseos de evitar lo desagradable y doloroso; lo que él pueda interpretar como una amenaza para su bienestar. Puesto que los niños actúan por impulsos el miedo al dolor puede manifestarse en conducta desagradable, sin que esto se relacione con la razón o con saber que existen pocos motivos para asustarse. A pesar del deseo que tiene el niño de agradar le es imposible ser complaciente en presencia de un temor al dolor, por lo que el odontólogo tiene a veces dificultades para comprender ésta actitud, e incluso es difícil para el niño darse cuenta de su comportamiento, dado que el miedo proviene de un nivel cerebral inferior que la razón, por lo que la lógica del menor se basará totalmen

te en sus sentimientos y el condicionamiento total niño registró su comportamiento emocional en el consultorio dental; siguiendo esta línea podemos decir que se comportará de la misma manera - que en el pasado le sirvió para liberarse de algo desagradable, sin embargo, esto puede a veces, ser modificado.

Desde un principio debe mencionarse al pequeño sobre - la importancia de visitar al dentista para que se familiarice - con él, ya que su comportamiento dependerá no tan sólo de su -- condicionamiento anterior, sino también de la capacidad que se - tenga para manejarlo.

Mucho depende de como impresione el odontólogo al niño y como - gane su confianza, cuando se ha establecido la relación, es con - veniente dejar el tratamiento para después y que el niño venga - de visita al consultorio antes de comenzar, porque los niños te - men excesivamente a lo desconocido.

Visitar al odontólogo antes del tratamiento puede ha-- cer que lo desconocido se vuelva más familiar y tal vez mitigue temores o necesidades futuras de no ir. Mostrar actitudes sar-- cásticas o desdeñosas con el menor para que por venganza se por - te bien no es conveniente, el ridículo puede producir frustra-- ciones y resentimientos y de ello resultar un aumento de adver-- sión a dentistas.

A los niños les gusta hacer las cosas que otros hacen, aman participar en competencias por lo que si se les permite ob

servar como se realizan tratamientos dentales en otros ésto les servirá de reto. En este entusiasmo existen peligros, pues si no observó expresiones de molestia en la persona anterior y descubre con sorpresa que a él le está molestando, puede convertir su entusiasmo en desilusión y tal vez pierda la confianza en el dentista, siendo difícil volverla a ganar.

Si el procedimiento tiene que causar dolor, aunque sea mínimo - es mejor prevenirlo y conservar su confianza; tratar de convencerlo verbalmente para que pierda su miedo sin darle evidencias concretas de porqué, no es muy eficaz.

A través del reacondicionamiento realizado con la gafa del dentista, el niño aprende aceptar los procedimientos odontológicos, pierde el miedo porque aprende que no existe ningún peligro. El siguiente paso es familiarizar al niño con la sala de tratamiento dental y con todo su equipo, el dentista deberá explicar como funciona cada pieza, de manera que el pequeño se acostumbre a los sonidos y acciones de cada accesorio; después de todo esto ahora sí ha llegado el momento de establecer el tema del tratamiento dental.

En la primera visita deberán realizarse sólo procedimientos menores e indoloros como puede ser la historia clínica, instrucción sobre el cepillado de los dientes y tomar Rx. para posteriormente seguir con la otra parte del tratamiento.

Desafortunadamente en ocasiones los chicos llegan al-

consultorio para su primera visita sufriendo dolores y con necesidad de tratamiento más extenso, en ésta situación, como en todas las demás la veracidad del dentista es esencial, deberá decirle de manera natural, que a veces lo que hay que realizar produce un poco de dolor, esta sinceridad deberá permanecer -- constantemente a través de todas las visitas dentales futuras -- y deberá recordarsele antes de cada tratamiento.

En ocasiones es posible que tenga que trabajar con el niño llorando, lo que dificulta hacerse entender; darle tiempo al pequeño para que se desahogue puede ser suficiente, sin embargo en ciertos casos en los que se va llegando a la histeria es necesario recurrir a medios físicos para calmarlo y así escuche lo que se le dice. La manera más sencilla de hacer esto es colocar suavemente la mano sobre la boca del menor, indicándole que no es un castigo sino un medio para que oiga lo que se le dice, no debe intentarse bloquear la respiración bucal -- mientras él llora, hablar con voz suave y normal al oído diciéndole que se le quitará la mano en cuanto pare de gritar. Cuando ha dejado de llorar retire la mano y hablele sobre cualquier otra cosa.

IV. ASPECTO DEL CONSULTORIO DENTAL

Como es probable que el niño entre al consultorio dental con miedo, el primer objetivo que deberá alcanzarse, será infundirle confianza. Si la práctica no está limitada a los menores, una forma eficaz de inspirar esta sensación es hacer que la sala de espera sea similar en varios aspectos al medio familiar, hágala cómoda y cálida que de la sensación de que los chicos acostumbran frecuentar el lugar; esto puede ser posible si se aparta un rincón de la sala de espera especialmente para ellos, tenga disponibles sillas y mesas donde puedan leer y sentarse teniendo a la mano libros adecuados para niños de todas las edades, también se pueden tener a la mano algunos juguetes sencillos y resistentes para los más pequeños, un tocadiscos o grabadora darán consuelo a los asustados.

Las tarjetas que recuerdan las visitas y las de notificación deberán de ser atractivas, para que el menor sienta que le son enviadas a él, algunos personajes de cuentos en la tarjeta ayudarán en este sentido.

La sala de operaciones puede hacerse más atractiva si algunos dibujos en las paredes muestran niños jugando, el dibujo de un pequeño alegre y riéndose es siempre bueno; trate de evitar que ellos vean adultos con dolores o sangre, esto puede-

*Lograrse haciendo que estos pacientes salgan por otra puerta o programando las visitas infantiles para horarios distintos al-
de los adultos.*

V. COMPORTAMIENTO DEL NIÑO Y CONSEJOS A LOS PADRES

El objeto de este capítulo es hacer notar los problemas emocionales del niño, especialmente en la relación con tratamientos dentales y ofrecer al dentista un panorama de las influencias paternas que pueden producir angustias innecesarias al niño.

El comportamiento como consecuencia del miedo, puede alterarse, puede controlarse y desarrollarse de una manera que el niño crezca y llegue a tener una personalidad adecuada para la sociedad en la que se encuentra, un modelo de comportamiento que sea aceptable socialmente y que satisfaga sus necesidades emocionales y físicas. Los cuidados dentales pueden ser una de esas necesidades físicas, por lo que la aceptación o rechazo de estos dependerá de la manera en que hayan sido condicionados. El condicionamiento emocional de los niños hacia la odontología, al igual que a otras experiencias que formen la niñez, se forman primordialmente en casa y bajo la guía paterna.

El dentista que va a realizar trabajos en sus pacientes infantiles debe contar con su cooperación, la que podrá obtener sólo si comprende el tipo emocional de los niños y sus padres.

El manejo adecuado de los pequeños en el consultorio, es respon

sabilidad del dentista, aunque está bien claro que condicionar a los niños hacia el dentista y sus servicios es responsabilidad de los padres.

El odontólogo debe aceptar esta responsabilidad como parte de su práctica, puesto que si quiere tener buenos pacientes infantiles, primero tendrá que educar a los padres. Antes de que el dentista esté en condición de aconsejar a los padres sobre la preparación psicológica adecuada de sus hijos, debe comprender los problemas que intervienen, la naturaleza del miedo y estar consciente de como las actitudes de los padres pueden modificar el comportamiento, tener diplomacia y tacto para transmitir esta información a los padres de manera profesional y adecuada.

La preparación emocional del niño, hecha de manera inteligente, proporcionará ventajas para tener éxito.

Hoy en día, los dentistas pocas veces dan consejos a los padres sobre el comportamiento infantil, pero es tiempo de que tome -- conciencia y lo lleve a cabo, para que así los padres a su vez apliquen estos consejos en sus hijos, quienes mirarán al dentista favorablemente en vez de con miedo, esta información no tan sólo se aplica en los niños, sino también en los adultos, ya -- que si comprendemos a los niños, comprenderemos a los adultos, -- dado que las angustias que experimentamos en la madurez tienen su origen en la infancia y dan como resultado fobias marcadas -- en los adultos hacia los tratamientos dentales y estas son ren-

*ponsables de que un sector de nuestra población evite los trata
mientos odontológicos.*

VI. - DIAGNOSTICO Y PLANEACION DEL TRATAMIENTO PARA PACIENTES -
INFANTILES

Después de examinar a conciencia, de diagnosticar ponderadamente y de trazar un plan de tratamiento adecuado, se logra el mejor servicio dental para niños.

La manera en que esto se lleve a cabo durante la primera visita del niño al consultorio dental dará el tono de la relación completa que va a tener el dentista con el niño, lo mismo que con los padres.

Si el acercamiento es cordial y amistoso por parte del dentista, rápidamente se hará amigo del paciente infantil y los padres se integrarán de sobre manera. La totalidad del examen rutinario deberá llevarse a cabo con movimientos suaves y fluidos utilizando un mínimo de instrumentos, para evitar alarmar - al niño.

Las preguntas del odontólogo y sus afirmaciones deberán adoptar la forma de conversación normal. De esta manera se ahorra tiempo y se prepara adecuadamente al niño y a los padres para cualquier cuidado dental que pueda seguir.

Una vez que el odontólogo asegura la cooperación amistosa y fácil, progresará por etapas de examen adecuadas.

EQUIPO PARA DIAGNOSTICO

El niño deberá estar sentado cómodamente, en el sillón dental. Además de la lámpara dental y la jeringa de aire, únicamente se necesita un espejo dental y un explorador de ángulo-recto, sólo estos instrumentos deberán estar en evidencia al comenzar el exámen dental.

Es muy importante que a todos los pequeños, se les muestre y dé el nombre de cada uno de los instrumentos y objetos del consultorio, para que así él entre en confianza con los mismos.

HISTORIA CLINICA

I.- INFORMACION GENERAL

Nombre: _____ Diminutivo: _____
 Edad: _____ Fecha de Nac. _____ Lugar de Nac. _____
 Dirección _____ Teléfono: _____
 Grado Escolar: _____ Fecha: _____
 Padre o Acompañante: _____

Señale una de las casillas.

- | | Si | No |
|---|-----|-----|
| 1.- Goza su hijo de buena salud? | () | () |
| 2.- Ha estado sometido a tratamiento médico en alguna época de su vida? | () | () |
| Porque motivo? _____ | () | () |
| 3.- Ha estado hospitalizado? | () | () |
| 4.- Es alérgico a algún alimento o medicamento? _____ | () | () |
| A cuales? _____ | | |
| 5.- Toma su hijo algún medicamento? _____ | () | () |
| Que clase de medicamento? _____ | | |
| 6.- Ha tenido trastornos nerviosos mentales o emocionales? | () | () |
| Que clase de trastornos? _____ | | |

7.- Señale con una cruz la casilla correspondiente si su hijo ha padecido alguna de las siguientes enfermedades:

	EDAD		EDAD
Asma	() _____	Sarampión	() _____
Paladar hendido	() _____	Tosferina	() _____
Epilepsia	() _____	Varicela	() _____
Enf. Cardiaca	() _____	Escarlatina	() _____
Hepatitis	() _____	Difteria	() _____
Enf. Renal	() _____	Tifoidea	() _____
Trastorno Hepá - tico	() _____	Paperas	() _____
Trastorno del - Lenguaje	() _____	Poliomielitis	() _____
Tuberculosis	() _____	Fiebre reumática	() _____
		Fiebres eruptivas	() _____

Otras: _____

Si

No

- 8.- Ha presentado su hijo hemo-
rragias excesivas en opera-
ciones o accidentes? () ()
- 9.- Tiene dificultades en la -
escuela? () ()

- 10.- Antecedentes familiares, patológicos y no patológicos:
- 11.- Motivo de la consulta:
- 12.- Recomendado por:
- 13.- Experiencias odontológicas Si () No ()
- 14.- Actitud del niño hacia el dentista:
Favorable () Regular () Desfavorable ()

VII. REACCIONES DEL NIÑO DURANTE EL TRATAMIENTO DENTAL

a) Conducta del niño en la administración de anestésicos.

La administración de un anestésico local puede ser un procedimiento exigente, tanto para el paciente pediátrico como para el clínico.

El malestar potencial generado por un procedimiento quirúrgico bucodental a menudo doloroso indica la necesidad de anestesia local, para la mayoría de los pacientes adultos así como para el dentista este razonamiento es suficiente para asegurar la cooperación y la comprensión del paciente; sin embargo, para un paciente infantil a menudo este no es el caso.

El dolor del procedimiento anestésico es por lo general el interés dominante para el niño, en consecuencia el médico debe enfocar este problema, no sólo para asegurar la anestesia profunda, necesaria para el tratamiento global, sino también para minimizar el malestar normal y la conducta poco cooperativa asociada con la administración del anestésico local.

El dolor durante la inyección es una parte del malestar que puede despertar gran interés, la mayoría de los pacientes pediátricos aceptan el hecho de que el dolor por la presión de un objeto neutral en el sitio de la inyección como una uña o

el extremo de un palillo de madera es bastante tolerable y - - aceptable, este dolor se compara a la incursión de una aguja fina, pero el uso del último objeto genera la falta de aceptación por el paciente.

La contribución de la respuesta fisiológica dolorosa - en la conducta del niño durante los procedimientos de la inyec- ción es moderada o intensificada fuertemente por la respuesta - emocional y psicológica.

Los componentes del temor y la ansiedad parecen desempeñar un - papel más dominante en la reacción del niño al procedimiento de anestesia.

El temor contribuye al malestar del niño en concordancia a lo - que ha experimentado en situaciones semejantes, debido a que ésta es una respuesta de aprendizaje, el paciente infantil puede- estar asustado por la anestesia local si él ha tenido experien- cias previas de tensión probablemente en otras situaciones médico dentales.

También es posible que el niño se haya vuelto temeroso a conse- cuencia de experiencias indeseables de los padres o los herma- nos, el dentista deberá entonces comprender que la respuesta te- merosa a la anestesia local, es el medio por el cual ha aprendi- do a enfrentarse con la inyección anticipada, la respuesta se - vuelve inapropiada si es demasiado extrema, como sucede con to- das las conductas aprendidas, cuando la respuesta comprende una conducta poco cooperativa, la mayoría de los niños pueden ser - "reenseñados" o desensibilizados empleando técnicas conductua-

Las básicas.

La ansiedad, respuesta encontrada en la mayoría de los pacientes pediátricos, es la consecuencia de la aprensión o incertidumbre acerca de lo desconocido.

Los niños experimentan diversos grados de ansiedad con las situaciones nuevas y extrañas, como resultado de sus características innatas así como por la carencia de experiencia suficiente. En consecuencia, el practicante debe proporcionar información y apoyo suficiente para reducir la ansiedad en el paciente pediátrico. Manejando los componentes del temor y la ansiedad, el umbral de dolor del paciente se elevará a un nivel comfortable y el niño podrá adaptarse al dolor y cooperar con las inyecciones de la anestesia.

Después de completar con éxito este objetivo, es posible efectuar el segundo propósito de control del dolor necesario para el tratamiento.

b) NATURALEZA DEL MIEDO

La responsabilidad de los padres en la preparación psicológica del niño para los tratamientos dentales, reside principalmente en el problema emocional de la desconfianza. Esta angustia representa para el dentista el principal problema de manejo y es una de las razones por la que el individuo descuida y llega abandonar el tratamiento dental.

Por esta razón, es bueno discutir esta angustia y la manera en que las influencias de los padres y del medio ambiente actúan para dar pacientes infantiles que quieran cooperar o no en dicho tratamiento.

El miedo es una de las primeras emociones que experimenta todo individuo después del nacimiento, aunque la respuesta al sobresalto está presente al nacer y se pueden demostrar antes del nacimiento, reacciones reflejas a estímulos.

El lactante no está consciente de la naturaleza del estímulo -- que produce su inquietud, a medida que el menor crece aumenta su capacidad mental, toma conciencia de los incitamientos que le producen timidez y puede identificarlos individualmente.

El pequeño trata de ajustarse a estas experiencias aisladas por medio de la huida, si éste no puede resolver el problema de otra manera. Si el paciente infantil se siente incapaz de hacer frente a la situación y le es físicamente imposible huir, se intensificará su recelo.

El temor y el descontento son respuestas primitivas -- que se desarrollan para proteger al individuo contra daños y la destrucción propia.

La estimulación emocional se descarga por medio del sistema nervioso autónomo a través del hipotálamo; por lo tanto

*dicha descarga de hipotálamo puede ser modificada por interfe--
rencias corticales.*

*En muchos aspectos el pequeño se comporta de manera --
primitiva al tratar de luchar con la situación, o huir de ellas.
Cuando no puede llevar a cabo esta, aumenta su temor y entonces
la comunicación del dentista con el infante puede ser difícil.--
Incluso con menores de más edad, puede ocurrir una situación en
la que el desasociado sea tan pronunciado que el niño no pueda--
razonar claramente.*

*Generalmente, a medida que aumenta la edad mental del--
menor las respuestas pueden ser claramente cada vez más contro--
ladas por la corteza a través de funciones psíquicas más eleva--
das.*

c) VALOR DEL MIEDO

*Contrariamente a lo que en general se cree, dirigido y
controlado el miedo puede ser muy valioso. Puesto que los es--
tímulos que lo producen pueden realmente dañar al niño, el te--
mor es un mecanismo protector de preservación. La naturaleza --
misma de esta emoción puede utilizarse para mantener al menor --
alejado de situaciones peligrosas, ya sea de tipo social o fisi--
co.*

Si el pequeño paciente no teme castigos o desapropa--

ción de sus padres, su comportamiento puede volverse una amenaza para la sociedad y puede llevarlo a la cárcel en el futuro.

Si no se le enseña al niño temor al fuego, las probabilidades que tiene de quemarse son mucho mayores, que si se le enseñara. Por lo tanto, el enfoque del entrenamiento dado por los padres no deberá tender a eliminar el recelo, sino a canalizarlo hacia los peligros que realmente existen, y evitarlo en situaciones en donde no existe peligro:

Debe señalarse, si el chico aprecia al dentista, el miedo a perder su aprobación puede motivarlo para aceptar la disciplina del consultorio.

Por otro lado debe enseñarse al niño que el consultorio dental no tiene porque inspirar angustia. Los padres jamás deberán tomar la odontología como una amenaza, y además llevar al menor al dentista no deberá implicar castigo ya que emplearlo así crea indudablemente inquietud.

d) TIPOS DE MIEDO

La mayoría de los temores evidentes de los infantes han sido adquiridos objetiva o subjetivamente.

TEMORES OBJETIVOS:

Los temores objetivos (T.O) son los producidos por estimulación física directa de los órganos sensoriales y generalmente no son de origen paterno. También son reacciones a estí-

mulos que se sienten, ven, oyen, huelen o saborean y son de naturaleza desagradable.

Un menor que anteriormente a tenido contacto con un -- dentista y ha sido manejado tan deficientemente que se le ha infligido dolor innecesario, por fuerza desarrollará desconfianza a tratamientos dentales futuros. Es muy difícil lograr que un menor que ha sido dañado de esta manera acuda al dentista por - voluntad propia. Cuando le hacen volver, el odontólogo debe -- comprender su estado emocional y proceder con lentitud para volver a establecer la confianza del pequeño con el dentista y tratamientos dentales.

Los T.O. pueden ser de naturaleza asociativa. Temores dentales pueden asociarse con experiencias no relacionadas. Un niño que ha sido manejado deficientemente en un hospital o que ha sufrido en él intensos dolores infligidos por personas con - uniformes blancos, puede desarrollar un temor intenso a los uniformes blancos que son similares a los de los dentistas o los - higienistas dentales.

También el olor característico de ciertas drogas o compuestos químicos asociados anteriormente con situaciones desagradables puede causar inquietudes injustificadas.

Un diente doloroso puede asociar dolor con odontología

y puede causar aprensión hacia la visita dental.

El miedo también puede descender el umbral del dolor, de manera que cualquier dolor producido durante el tratamiento resulta au-mentado y lleva a aprensiones todavía mayores.

- TEMORES SUBJETIVOS

Los temores subjetivos (T.S.) están basados en senti--mientos y actitudes que han sido sugeridos al pequeño por perso--nas que le rodean, sin que éste los haya experimentado.

Una persona de corta edad es muy sensible a la suges--tión, por lo tanto, sin experiencia, el oír de alguna situación desagradable o que produjo dolor sufrida por sus padres u otras personas pronto desarrollará un recelo a esa experiencia.

La imagen mental que produce intranquilidad en la men--te del menor, y con la vivida imaginación de la infancia, se -- agranda y vuelve importante. Un niño que oye hablar a sus pa--dres o algún compañero de juegos sobre los supuestos terrores -- del consultorio dental los aceptará muy pronto como reales y -- tratará de evitarlos lo más posible.

Shoban y Borland informaron que en los adultos el te--mor a la odontología estaba principalmente basado en lo que ha--blaron sus padres sobre ello. En infantes como en adultos, lo que más miedo infunde es lo anterior.

Los pequeños tienen una desconfianza intensa a lo desconocido, cualquier experiencia que sea nueva les producirá temor hasta que obtengan pruebas de que su bienestar no se ve amenazado por ella. Su inquietud es un intento de ajustarse a una situación que temen sea dolorosa. Hasta que el niño esté convencido de que no existe razón para asustarse, persistirá el miedo. La influencia de los padres es de importancia vital en la actitud del menor hacia la odontología. Es imperativo que los padres informen a sus hijos sobre lo que pueden esperar del consultorio dental.

El paciente infantil debería conocer, de manera general los procedimientos que podrían ser aplicados y el aspecto y descripción del equipo de laboratorio antes de la primera visita dental.

La odontología actual no debe infligir dolor innecesario.

Ningún padre, por lo tanto, deberá decir a su hijo que va a experimentar dolores intensos; pero tampoco debe minimizar o mentir sobre las molestias de la odontología, debe emplear honestidad sin exageraciones emocionales.

Los T.S. también pueden experimentarse por imitación. Un niño que observa pánico en otros, puede adquirir temores hacia el mismo objeto o hechos tan genuinos como el que está observando en otros. Esto se verifica principalmente si el miedo es observado por los padres.

Frecuentemente, los menores se identifican con sus padres, si el padre está triste, el hijo se siente igual, si el padre muestra miedo el hijo estará temeroso. La ansiedad del niño y su comportamiento claramente negativo están íntimamente relacionados con ansiedades de los padres. Los temores por imitación pueden transmitirse sutilmente, sin que ninguna de las partes se de cuenta; son desconfianzas que ocurren regularmente y por lo tanto difíciles de eliminar.

Una emoción como por ejemplo, la ansiedad, que se observa en el rostro del padre impresiona más que una sugerencia verbal. Una madre que teme ir al dentista y que siempre va presa de una emoción, transmite inconscientemente ese miedo a su hijo que la observa.

Es fácil darse cuenta de que incluso un gesto como apretar la mano fuertemente al niño en el consultorio dental, es un gesto de aliento y lo que significa puede ser suficiente para que el menor sospeche y empiece a sentir miedo.

Generalmente mientras más tiempo subsistan T.S. en la mente, más se irán agrandando, en consecuencia estos temores, pueden ser más intensos y no guardan proporción con el miedo objetivo que hubiera producido la experiencia en sí. Los T.S. -- más difíciles de superar y eliminar son los que vienen de tiempo atrás.

El pavor a los estímulos objetivos, como el dolor que produce una inyección, puede ser superado sin demasiada dificultad por lo que el pequeño si usa lógica y comprensión siempre que el dolor haya sido experimentado anteriormente, el sabe que la intensidad y duración del dolor pueden ser soportados y que ésta situación ha ocurrido anteriormente sin producir daño interior.

Por otro lado miedos sugestivos a molestias de tratamientos dentales no estan circunscritos a ninguna experiencia real y personal, de manera que el temor que puede ser experimentado no encuentra límites.

En la mayoría de los pacientes pequeños, el miedo es subjetivo, no consecuencia de tratamientos dentales anteriores.

Aunque las influencias de los padres son las más profundas en materia de sugestión, los infantes pueden adquirir pánicos sugeridos de amigos o compañeros de juegos, o de materiales tales como libros, periódicos, dibujos animados, radio, T.V. y teatro.

La eficacia de esta influencia dependerá de la fuerza y repetición de los estímulos y de la sugestibilidad del menor. Por lo general, un pequeño temeroso desconfiará de todas las personas y cosas.

Los temores sugeridos pueden aumentarse de tal grado que llegan

a la irracionalidad.

Jersil ha estudiado las experiencias más temidas por los infantes y no encontró relación entre estas y las experiencias más desagradables que en realidad vivieron. Los T.S. más profundos los inspiraban objetos o acontecimientos imaginarios-

A medida que se desarrollan las capacidades imaginativas del niño, los miedos imaginarios se vuelven más intensos, por lo tanto, hasta cierta edad en que la razón prueba que no tienen fundamento. Los T.S. pueden ser irracionales en el sentido de que el menor no sabe que está atemorizado. Puede que recuerdos de experiencias pasadas se borre totalmente de su memoria consciente, pero las emociones asociadas con la experiencia olvidada determinan en gran parte su reacción a acontecimientos similares en el futuro.

La intensidad de los temores es variada. Estas diferencias pueden explicarse por hechos tan sencillos como la necesidad o el deseo que tiene el niño de dormir.

Un menor adormilado tiende a mostrar más miedo e irritación que uno despierto, porque se le ha reducido la capacidad de razonar y controlar sus temores, y tiene una tolerancia menor a las situaciones desagradables.

El patrón de la inquietud puede ser impredecible, ya -

que no todos los temores que manifiestan los pequeños son genuinos. Frecuentemente utilizan la desconfianza para otros propósitos tal vez si utiliza ésta el dentista como mecanismo de defensa no se le pedirá al menor que haga su visita dental, o realice la tarea que le encomendó el dentista para cuando esté en casa.

Son los padres y el dentista los que tienen que determinar si el temor es real o simulado.

Es bueno recordar que independientemente del condicionamiento, los chicos normales con experiencias similares mostrarán gran variedad en la adquisición y respuesta del recelo. Cada pequeño es un individuo y reacciona de manera diferente y única.

Gran parte de la reacción dependerá de las capacidades innatas físicas y mentales de la persona. Un niño que está físicamente sano, con funciones endocrinas normales, responderá de manera más activa que el menor con hipofunciones graduales. El infante mentalmente alerta reaccionará más inteligentemente y rápidamente que individuos retrasados mentales.

A veces se encuentran situaciones en las que dos individuos menores, sometidos al mismo estímulo o experiencia y con iguales capacidades mentales, reaccionan en direcciones opuestas; por ejemplo uno mostrará valor y tratará de combatir al --

agente causal, mientras que el otro responderá con alarma y tra
tará de huir.

Estas diferencias humanas deberán ser comprendidas por los padres cuando enseñan a los infantes individualmente para -- que acepten procedimientos comunes como los dentales, y para -- que los tomen como una experiencia normal relacionada con la sa
lud.

e) MIEDO Y CRECIMIENTO

Se pueden enseñar a los padres que la edad es un determinante -- importante para el miedo, y modifica la eficacia del condiciona -- miento; los temores de un niño y la manera en que los maneja -- cambian con la edad.

El comportamiento emocional como cualquier otro sufre -- un proceso de maduración que depende del crecimiento total del -- individuo.

Un estudio realizado por Hess, muestra la edad temprana en la que acontecimientos y experiencias emocionales pueden -- influir en el individuo, ha demostrado admirablemente que se -- puede imprimir una experiencia u objeto en un ave de 16 horas -- de edad de manera que después reaccione al objeto impreso.

Por ejemplo, un ave masculina que fue condicionada a -- edad muy temprana, y estuvo apartada de su especie por espacio --

de un mes, incluso después de 5 años pasados en su mayoría con su propia especie, corteja a los seres humanos con comportamiento típico, pero no corteja de su propia especie.

La impresión es una forma rígida de aprendizaje, ocurre incluso antes de que se presente la angustia, y tiene efectos duraderos.

Las experiencias dolorosas aumentan su eficacia, el aprendizaje por asociación normal según Hess se desarrolla posteriormente en la vida, después de la época de impresión. Es bien conocido el valor del papel de la madre en la superación de temores tempranos.

Arsenian ha demostrado el papel de la madre como fuente de bienestar y seguridad para niños de incluso un año de edad.

Harlow y Zimmerman demostraron con monos huérfanos de corta edad, que una madre falsa pero satisfactoria, podía vencer temores inducidos en poco tiempo. Mientras que una madre falsa insatisfactoria producía disturbios emocionales definidos que persistían un tiempo indefinido cuando se exponía a los monos al objeto que les producía temor.

La posible relación que existe entre la impresión de los mimos y cuidados y la atención maternal en la personalidad-

del menor y su reacción al miedo posteriormente en la vida, puede tener más importancia que la que se le concedía anteriormente.

Un niño que presiente una amenaza a la seguridad de su patrón rutinario de vida al ser llevado a una nueva situación responderá con miedo si es demasiado joven para comprender la razón del cambio. Cuando el pequeño crece y se desarrolla su capacidad de razonar, uno por uno va descartando estos recelos adquiridos, a medida que la experiencia y la inteligencia le enseñan que hay poca cosa que temer.

Lo que asusta a un individuo de 2 años de edad puede no hacerlo cuando tenga 6 años. Por lo tanto, la edad es un determinante importante.

El padre y el dentista deben de estar conscientes de estas variaciones con la edad e interpretar todas las reacciones. Puesto que en el momento adecuado de presentar la odontología al menor es cuando tiene dos o tres años, es importante estudiar los estímulos de importancia dental y que producen inquietud, desde esta edad hasta la adolescencia.

Obviamente no es puede esperar de un infante reacciones y comprensión que sobrepasen su capacidad mental en cualquier edad determinada.

Los primeros temores que el menor experimenta asociados con la odontología, son los producidos por lo inesperado y lo desconocido. Cualquier motivación precipitada o intensa de los órganos sensitivos, produce miedo en el niño porque es inesperada. El ruido y la vibración de la fresa y la presión que se ejerce al usar instrumentos de mano al preparar cavidades, produce temor en un pequeño de corta edad. A menos que el dolor sea intenso, teme más al ruido de los procedimientos dentales que al dolor que acompaña.

Como el niño de corta edad también teme caerse a movimientos súbitos e inesperados, sentir que sin avisarle le están bajando o inclinando la silla dental puede causarle miedo, así como movimientos de la mano rápidos y enérgicos también atemorizan, las luces muy fuertes, especialmente la luz intensa de la unidad operatoria, produce temor si se deja que brille en los ojos del pequeño.

Los menores que todavía no van al colegio pueden temer separarse de sus padres, si éste se ve empujado a una situación nueva, en la que deberá de separarse de sus padres de quienes ha aprendido a depender para obtener la seguridad, se siente -- que lo han abandonado, que lo han dejado solo.

Además de la inquietud por estar abandonado, siente -- desconfianza de no haber satisfecho a sus padres, y cree que es

to puede ser la razón del abandono y así pensar que la odontología es un castigo.

Como hay pacientes infantiles que temen separarse de sus padres, si el pequeño es muy joven puede ser preferible que el padre lo acompañe a la sala de operaciones.

Ver la silla o la unidad dental tan poco familiares, con sus extrañas proyecciones, puede inspirar miedo a los muy chicos de edad.

Hace varios años Frnakl demostró en un estudio cuidadosamente controlado, que los niños de menos de 50 meses de edad se beneficiaban con la presencia de la madre en la sala de operaciones durante un tratamiento dental. Y los mayores de 50 meses de edad no mostraban diferencias en comportamientos, estuviera o no presente la madre, y era muy conveniente para el grupo de individuos menores de 4 años.

Si la madre puede estar con el menor sin transferirle sus sentimientos, no existe razón para que no sea admitida en la sala de operaciones. Esto supone que los niños están centrados.

Frecuentemente, los padres traen a sus hijos de corta edad al consultorio inmediatamente después de que han sufrido accidentes que dañaron las piezas anteriores. Como su presen-

cia da seguridad y reduce el miedo, deberá pedirsele a la madre que tenga al chico en sus brazos mientras que el dentista realiza el tratamiento de emergencia, aunque posiblemente el menor siga llorando, el dentista deberá seguir realizando su trabajo necesario rápidamente y con el mínimo dolor posible.

Personas poco familiares que lleven uniformes blancos inspirán desconfianza, especialmente si ésta recuerda experiencias dolorosas del pasado. Para la persona de muy corta edad acostumbrado a la actividad y ruido de una familia, puede resultarle extraño y turbador el silencio de la sala de espera, un entusiasmo excesivo despierta sospechas y miedo.

A medida que el niño se familiariza más con el consultorio dental deberá desaparecer su miedo a lo desconocido. A los 4 años de edad llega a la cumbre de los temores, y de 4 a 6 años disminuyen gradualmente los temores antiguos como -- a caerse, al ruido y a los extraños.

El temor a los extraños alcanza su mayor intensidad entre los 2 y 3 años de edad, por esta razón los menores que asistan a escuelas desde muy pequeños se vuelven mas sociables, y están dispuestos a relacionarse con extraños, mientras que los que crecen en granjas, o que no tienen muchos contactos sociales pueden ser tímidos y desconfiados, hasta que se identifican con el dentista.

Jersild y Holmes exponen que el promedio de temores - a los 3 años de edad es de 5.5 mientras que a los 6 años ya ha disminuido a 3.2.

La disminución de temores puede deberse a:

- a) darse cuenta de que no hay nada que temer,*
- b) presiones sociales que fuercen a ocultar su miedo,*
- c) imitación social y,*
- d) guía por parte de adultos.*

Se ha observado que los niños inteligentes muestran - más miedo que los demás, tal vez por ser más conscientes del - peligro y mostrarse más recios a aceptar seguridad expresada - verbalmente, sin presencia de pruebas.

A esta edad suelen tener espíritu agresivo y aventure - ro y actitudes amistosas, las niñas por lo contrario, tienden - a ser mucho más reservadas.

El miedo al daño físico puede volverse general, a ve - ces, un niño quedará hecho pedazos a causa de un daño menor. - Incluso el pinchazón de una aguja hipodérmica y la vista de su propia sangre después de una extracción puede producir reaccio - nes completamente desproporcionadas con el grado de dolor.

El recelo al daño físico, se asocia a menudo con odon - tología porque el pequeño ha aprendido que el dentista puede -

dañarle. Muy a menudo, en la mente del menor se asocia el temor con el dolor, con el ser malo, ya que en alguna ocasión, - cuando fue malo, fue perjudicado con algún tipo de castigo.

Puesto que el dentista puede hacerle daño, él puede - interpretar su visita, como un castigo por haber sido malo. - A esta edad se esta desarrollando el miedo a su propia conciencia que esta formando con la disciplina correctiva de los padres.

Los "si" y los "no" se vuelven parte de él y pueden - llegar a los estados de ansiedad, si la disciplina correctiva ha sido defectuosa o, pueden conducirle a un buen comportamiento o no con la mayor probabilidad de que no, segun el carácter del menor, pero cuando las disciplinas han sido moderadas y -- justas serán mayores las posibilidades de éxito en su buen - - comportamiento.

De los 4 a los 6 años de edad se entra en un periodo de conflictos muy marcados y de inestabilidad emocional, éste se encuentra en inquietud constante entre su "yo" en evolución y su deseo de hacer lo que se le pide.

A medida que su "yo", se desarrolla, se vuelve suficientemente fuerte para tolerar muchas tensiones internas desagradables, y suprimirlas hasta que pueda lograr satisfacción.

La fantasía en este período tiene un papel muy importante por ser tal vez mecanismo de protección. Sirve como - - amortiguador de problemas emocionales, los pequeños combaten - - las cosas que temen en realidad a niveles negativos.

Al hacer esto el niño no solo gana bienestar, sino - - que también desarrolla valor y calma, necesarios para enfren- - tarse a la situación real. En la fantasía los menores harán - - con placer lo que les disgusta hacer en la realidad; la situa- - ción puede llevarse al reino de los juegos.

Puesto que puede vencer el miedo sometiendo al indivi- - duo a la situación que le produce este miedo, hacer esto por - - juego imaginado y por medio de la fantasía puede ayudar a ven- - cer temores indebidos.

En casa, donde el chico experimenta temores subjetivi- - vos intensos a la odontología, hacer un teatro de como se va - - al dentista y se realizan trabajos en sus dientes puede ser -- eficaz para desvanecer el miedo indebido, e infundir valor en- - el niño para afrontar la visita dental.

A esta edad la válvula de seguridad, que en la fanta- - sía importante para el dentista puesto que puede usarla como - - instrumento para manejar a niños de corta edad. Incluso a es- - tas edades, el pequeño no está seguro de su capacidad para ha-

cer frente a peligros potenciales, y tiende a ser algo tímido aunque los niños obedecen órdenes de esta edad con más prontitud que los que tienen 3 años.

Cuando éste llega a la edad, la mayoría de los miedos a la odontología, que fueron provocados por sugestión, imitación o experiencias desagradables se han vuelto fáciles de manejar.

Sólo unos cuantos conservan fobias definidas, en esta edad demandan menos y se someten mejor. Por lo tanto, está desarrollando una curiosidad marcada hacia el medio que le rodea.

El "yo" de infante alcanza su cenit cuando llega a la edad escolar, a los 7 años ha mejorado su capacidad para resolver temores, aunque puede reaccionar de manera que parezca alternadamente cobarde o valiente, y en la edad de preocupaciones pero resuelve los miedos reales.

El apoyo familiar es de enorme importancia para comprender y superar sus temores. El pequeño de esta edad puede generalmente resolver sus temores a los procedimientos operativos dentales porque el dentista puede razonar con él y explicarle lo que está realizando. Si se produce dolor, se le puede instruir para que muestre inconformidad, ya sea levantando la mano o con algún gesto.

De 8 a 14 años el individuo ha aprendido a tolerar situaciones desagradables y muestra marcados deseos de ser obediente, maneja bien sus frustraciones, no tiene grandes problemas y se ajusta fácilmente a las situaciones en que se encuentre.

Desarrolla considerable control. Sin embargo, presenta objeciones a que la gente tome a la ligera sus sufrimientos. No le gusta que los forcen, que se hagan injusticias o que lo mimen, ya sean los amigos o el dentista en su consultorio. Los adolescentes, especialmente las jóvenes, empiezan a preocuparse por su aspecto, a todas les gustaría ser lo más atractivas posible.

Este interés por los efectos cosméticos puede usarlo el dentista como motivación para buscar atención odontológica. Están dispuestas a cooperar para satisfacer su "yo". Los problemas de manejo ocurren tan sólo en las personas que están considerablemente mal ajustadas.

f) TIPOS DE LLANTO

Es importante evaluar el tipo de llanto para saber cual va a ser el comportamiento del niño. Todo lloriqueo comunica diferentes mensajes al dentista, Elsabach descubrió varios tipos de llanto:

1.- *El llanto obstinado.*- Es cuando el niño pasa a través de un berrinche temperamental en contra del tratamiento dental; - este llanto es alto (o ruidoso) en un punto extremo y ha sido caracterizado como un llanto de sirena. Esta forma de beligerancia representa la respuesta externa del niño a su ansiedad en la situación dental.

El comportamiento beligerante debe ser manejado antes de que el tratamiento dental progrese.

2.- *El llanto de miedo.*- Usualmente acompañado por un torrente de lágrimas y sollozos junto con gemidos. El niño emitiendo este tipo de llanto ha sido sumergido por la situación; este paciente no puede ser manejado con el mismo tipo de técnicas que serían usadas para el niño beligerante.

Es responsabilidad del dentista darle confianza al niño miedoso por medio de una serie de experiencias dentales cuidadosamente estructuradas que permitirán al niño lidiar con condiciones semejantes.

3.- *El llanto del niño herido.*- Es acompañado por un pequeño sollozo, la primera indicación de que el niño está inconforme, podrá ser una sola lágrima que se asome en el ojo y corra abajo de la mejilla.

4.- *El llanto del dolor.*- Es fácilmente identificado, porque el niño afirmará involuntariamente o cuando sea cuestionado -- que ha sido herido. Algunos niños podrán tener dolor pero controlan su actividad física de tal modo que el dentista ni se -

dé cuenta.

Cuando se reconoce que el niño tiene dolor, el procedimiento - deberá ser detenido para obtener control sobre el dolor satisfactoriamente.

5.- El llanto compensatorio.- No es realmente un llanto, es un sonido que el niño hace para ahogar el ruido del "taladrí--to" (pza. de mano) del dentista. Usualmente el sonido es monótono; lo que puede ser molesto para el dentista y ayudante; es la forma de lucha del niño contra lo que considera un estímulo desagradable delante de un auditorio.

El dentista deberá reconocer este llanto como una estrategia - que el niño ha desarrollado para luchar contra la ansiedad que experimenta. Es una estrategia de lucha exitosa y más aún el dentista ni siquiera deberá atreverse a pararlo.

VIII. RELACIONES INTERPERSONALES

Ya hemos considerado con cierto detenimiento la naturaleza del miedo, aunque es una de las principales emociones que tiene que tratar el dentista, no explica totalmente el comportamiento del niño en el sillón dental.

Existen gran cantidad de interferencias interpersonales que alteran el patrón de comportamiento de todo pequeño que visita al dentista; cada niño reaccionará al miedo de manera -- diferente, basandose en las influencias del medio y su formación de personalidad.

Las relaciones entre padres e hijos se encuentran entre las --- principales interpersonales.

Daremos énfasis a la relación padre e hijo por ser las más importantes, por lo tanto, las más potentes para determinar el comportamiento emocional del niño.

Cuando se consideran el número y la variedad de factores emocionales que se manifiestan en actitudes de los padres, tales como afecto, indiferencia, hostilidad, rivalidad dependencia, dominación, sumisión, es impresionante la gran variedad de factores que pueden modificar la personalidad individual, si las actitudes de los padres son defectuosas, el comportamiento del-

pequeño puede alterarse, hasta el punto de convertirlo en un paciente dental insatisfactorio.

Por otro lado, si los padres muestran actitudes aceptables hacia sus hijos, éstos serán bien educados y se comportarán de igual forma y por lo general serán buenos pacientes.

Las conductas de los padres, por lo tanto, pueden determinar que un menor sea amigable u hostil, cooperador o rebelde. En la mayoría de los casos, el comportamiento del pequeño en el consultorio odontológico es un excelente indicador de la actitud que tienen sus padres hacia él.

El niño en crecimiento y desarrollo aprende a través de ejemplos y si los padres no le proporcionan estos modelos necesarios, puede adquirir otros menos convenientes por otro lado, por si los padres son emocionalmente maduros y llevan una vida coordinada y feliz, el niño generalmente llegará a ser emocionalmente maduro.

Frecuentemente, los padres adoptan una actitud hacia sí mismos y otra hacia sus hijos, esta falsedad no es eficaz, los niños tienen poderes de observación muy agudos y no se les puede engañar fácilmente ni por mucho tiempo.

No hace falta ser perfecto para ser buen padre, si -

ambos padres muestran una perfección irreprochable, el niño no tendrá oportunidad de observar equivocaciones y su rectificación tampoco tendrá experiencia para combatir sus vicisitudes de la vista y será incapáz de alternar satisfactoriamente con miembros no tan perfectos.

Todo niño tiene necesidades fundamentales de amor, protección, aceptación, estimación propia, independencia, aut^oridad, limitaciones, consuelo, apoyo, estas necesidades deberán satisfacerse porque cada niño llega a la madurez como individuo bien centrado, dado que se les proporcionará confianza en sí mismos así como su capacidad para hacer frente al medio que lo rodea.

La disciplina, por otro lado, indica al menor hasta donde puede llegar, impone límites a los confines de su libertad, de acción porque no sabe en que punto sus actos pueden -- crearle problemas.

Cuando no existen restricciones al comportamiento de los niños a menudo se producen sentimientos de culpabilidad, volviendo -- los hoscos, temerosos y ansiosos.

El primer contacto del infante con la autoridad son -- los padres; la manera en que es manejado determinará su comportamiento en general hacia la autoridad.

La autoridad debe ser ejercida de manera protectora y amorosa, nunca de manera excesiva, ejercida adecuadamente dará confianza.

Cuando los padres satisfacen exageradamente las necesidades emocionales, el pequeño tiende a crecer con conflictos emocionales y creará problemas a sus padres y a las personas con quienes entra en contacto.

Si el niño llega al consultorio dental con padres aturcidos y desaliñados, que se quejan de que su hijo no quiere cooperar a pesar de que han sido padres ideales, se puede ver que gran parte de la dificultad se debe a la atmósfera emocional que existe en su casa.

Todo niño tiene derecho a tener en casa una atmósfera que le lleve a un desarrollo emocional normal, ya que el comportamiento humano se determina más por factores emocionales que por intelectuales.

Para que un menor crezca y se comporte de manera normal, el medio que le rodea deberá estar dentro de los límites de esto; existen razones definidas para aplicar las actitudes extremadas que ciertos padres toman con sus hijos, y que no crean un ambiente favorable, sin embargo, no se preocupa por

las consecuencias y olvidan el hecho de que el niño puede resultar dañado emocionalmente por ellas.

Basta decir que los padres pueden tener actitudes erróneas que alteran el comportamiento de sus hijos, haciendo que su manejo en el consultorio dental resulte difícil.

IX. EXTREMOS DE COMPORTAMIENTOS EN LOS PADRES

Entre los extremos de comportamiento que los padres muestran hacia sus hijos podemos mencionar los siguientes:

PROTECCION EXCESIVA

Todo niño necesita amor y afecto, sin embargo, a causa de ciertos factores emocionales relacionados con experiencias o dificultades presentes, el impulso protector de los padres puede volverse excesivo e interferir en la educación normal del niño, el que generalmente está excesivamente protegido, no puede utilizar iniciativa propia o tomar decisiones por sí mismo, se le presta ayuda en cada tarea, incluso en la más mínima, la madre le ayuda a vestirse y alimentarse y toma parte activa en sus labores sociales; juegos y trabajos se ven restringidos por miedo a daño físico, enfermedades o adquisición de costumbres indeseables de sus compañeros de juego.

Esta sobreprotección maternal puede manifestarse por dominio extremo o indulgencia excesiva, el que la madre se vuelva demasiado indulgente o dominante dependerá de la disposición innata del niño y de como reacciona al comportamiento anterior de la madre hacia él.

Parece que hay una reacción de comportamiento inversa a las actitudes de los padres, los que de ser dominantes presentan niños muy tímidos, delicados, sumisos y temerosos, cargan de presunción y empuje social, son humildes con sentimientos de inferioridad, atemorizados y con ansiedades profundas.

Como puede imaginarse estos niños constituyen pacientes ideales, (si no son excesivos en su actitud), porque son obedientes, educados y reaccionan bien a la disciplina. Sin embargo, frecuentemente a causa de su timidez, el odontólogo, tiene que romper la "barrera de timidez" haciendo que el niño confíe en su capacidad para ser un buen paciente dental.

Los padres que son demasiado indulgentes o que dan demasiado lujos a sus hijos, presentan niños que tienen dificultades para adaptarse al medio social que les rodea. A estos menores no se les pide que se enfrenten a realidades morales, de manera que demandan gran atención, afecto y servicio; como les hacen creer que son superiores a los demás, se vuelven desconfiados, ególicas y tiranos, si no se les da lo que piden, se impacientan y tienen ataques de mal genio e incluso tratan de golpear a las personas que no acceden a sus deseos.

Con un dentista puede tratar de usar encantos y persuasión, e incluso forzarle para evitar el tratamiento y hacer lo que quiere; si esto falla, hace alarde de ira extrema y pue

de resistirse, incluso con fuerza física a los intentos de manejo del odontólogo, son pequeños mimados y aunque no incorregibles, son muy difíciles de tratar en el consultorio dental.

En un gran porcentaje de los casos debe usarse algo de disciplina como medio para obtener su cooperación, una vez que comprenden el significado de la docilidad, se vuelven -- excelentes pacientes.

No es raro que los padres demasiado indulgentes traigan a sus hijos de forma hostil, insistiendo en que permita -- acompañarlo a la sala de operaciones. No habrá razones que hagan desistir a la madre, ya dentro de la sala de operaciones, -- interpretará cualquier intento disciplinario del odontólogo como brutalidad, generalmente, son estos niños los que necesitan la disciplina del consultorio.

Es conveniente que el dentista tenga en cuenta al -- aconsejar a padres de niños mimados, que estos consideran que sus hijos están mucho mejor educados de lo que en la realidad es, por lo que habrá que usar mucho tacto.

RECHAZO

Existen varios grados de rechazo, desde ligera indiferencia a causa de trabajo u otros intereses, hasta rechazo com

pleto a causa de problemas emocionales.

El padre que es indiferente tiene hijos que se sienten inferiores y olvidados, no están seguros de sí mismos, ni de su lugar en la sociedad, se vuelven poco cooperadores, se retraen en sí mismos sin amar ni interesarse por nadie.

Los niños no deseados o rechazados no solo sufren falta de amor y afecto, sino que pueden ser tratados con desprecio y a veces con brutalidad. Puede que estos niños se les critique, moleste y atormente con frecuencia y den demostraciones abiertas de desagrado, así como también el que estén tristemente descuidados y sean severamente castigados.

No es de extrañar que estos niños desarrollen carencias de estimulación propia y sentimientos de incapacidad que los lleven a ansiedades profundas; puesto que el niño no tiene seguridad en casa, se vuelve suspicaz, agresivo, vengativo, combatiente, desobediente, poco popular, nervioso y demasiado activo, debido a todo esto los miembros del grupo de su edad lo encuentran poco agradable, por lo que tiende a buscar la compañía de otros pequeños parecidos a él.

En el consultorio dental, este niño puede ser difícil de manejar, está claro que habrá de tratarse cualquier desobediencia manifestada por él, no con rechazo, sino esforzando

dose en ser amigable y en comprenderlo. Estos niños generalmente demandan mucha atención, la cual deberá respetarse en lo posible, pues están necesitados tanto de ella como de bondad.

En muchos casos el menor rechazado se porta mal para atraer la atención, la que deberá recibir cuando se porta bien, enseñándole que si se porta bien el tratamiento dental es mucho más agradable.

ANSIEDAD EXCESIVA

Esta actitud se caracteriza en una preocupación excesiva por parte de los padres hacia el niño, como resultado de una tragedia familiar anterior que fue consecuencia de alguna enfermedad o accidente. Se asocia generalmente con exceso de afecto, protección y mimo, no se le permite al niño que juegue o trabaje solo, le exageran mucho las enfermedades de poca importancia y frecuentemente se le hace guardar cama sin necesidad.

Estos pequeños son generalmente tímidos, huraños y temerosos se preocupan cada vez más por su salud y les falta capacidad para tomar decisiones por sí mismos.

Respecto a su conducta en el consultorio odontológico, generalmente son buenos pacientes si se les instruye para que -

Lo sean, sin embargo, es posible que el dentista tenga dificultad en vencer sus temores. Pero si se le alienta y asegura al niño, este generalmente reaccionará de una manera muy satisfactoria.

DOMINACION

Los padres que son dominantes exigen de sus hijos responsabilidades excesivas que son incompatibles con su edad cronológica.

No aceptan al niño como es, sino que lo forzan a competir con otros mayores o más avanzados. Al entrenarlo forsan al niño y son por lo general extremadamente críticos, estrictos y a veces incluso rechazan. Estas molestias y críticas constantes desarrollan en el menor resentimientos y evasión, sumisión e inquietud.

El negativismo puede ser común, puesto que tienen miedo a resistirse abiertamente, obedecerán las órdenes despacio y con el mayor retraso posible. Si se les trata amable y consideradamente, estos niños generalmente llegan a ser buenos pacientes odontológicos.

Su reacción es parecida a la producida por niños con padres exigentes.

IDENTIDAD

En ciertos casos los padres tratan de revivir sus propias vidas en los hijos, al hacerlo quieren dar al niño todas las ventajas que les fueron negadas.

Si el infante no reacciona favorablemente, los padres muestran abiertamente su decepción. El paciente infantil observador -- siente esta desaprobación paterna y tiene sentimientos de culpa que se reflejan en timidez, inseguridad y retraimiento.

Llora con facilidad y no tiene confianza en sí mismo, trata de hacer poco por miedo al fracaso.

Estos niños en el consultorio dental reaccionan de la misma manera que los niños de padres dominantes y deberán ser manejados analógicamente.

Al considerar las actitudes de los padres se considera que en general, es necesario cierto grado de dominación por parte de ellos y de sumisión por la de los hijos para que estos se ajusten a los patrones culturales actuales.

Si la dominación de los padres es justa y se administra adecuadamente, el niño tendrá que ser un buen paciente dental y encajará en un mundo en el que los ajustes son siempre necesarios.

Es claro que el grupo que carece de presión paterna-

crecerá con deficiencias para adquirir la capacidad de ajustarse a las situaciones de la vida, de los cuales el tratamiento dental es solo una.

Si el dominio es más evidente en el padre o en la madre, el más severo es el que deberá traer al menor al consultorio dental. A causa del temor que puede experimentar, ningún infante muy joven deberá venir al consultorio sin su compañía. El consultorio es una nueva experiencia para el menor, - por lo tanto, necesita la confianza y seguridad que solo un padre o una madre puede dar.

Las actitudes que unos niños tienen hacia otros están formadas principalmente por los padres. Estas actitudes pueden variar según el número de hijos y su posición en la familia. El hijo más joven es el que tiene más dificultades con las actitudes de los padres. El hijo mayor ha nacido para su posición de mando, porque aunque los padres pueden carecer de experiencias, tienen el entusiasmo y el aguante juvenil que a veces es tan necesario para administrar una disciplina adecuada y justa; a menudo este hijo es conservador y de comportamiento moderado.

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.

X. COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES EN EL CONSULTORIO
ODONTOLÓGICO

No podemos terminar un capítulo sobre las responsabilidades de los padres en el manejo del niño sin decir unas palabras sobre el comportamiento de los padres en el consultorio. Se puede hacer que los padres comprendan que una vez en el consultorio, el odontólogo sabe mejor cómo preparar emocionalmente al niño para el tratamiento necesario.

Los padres deberán tener confianza total en el odontólogo y confiar su hijo a su cuidado. Cuando el niño es llevado a la sala de tratamiento, los padres no deberán hacer ningún gesto para seguirlo o para llevar al niño, a menos que el odontólogo les invite hacerlo. Algunos niños en edad escolar se portan mejor en ausencia de sus padres, especialmente si el trato de estos ha sido defectuoso. Sin embargo hay casos en que la sola presencia de los padres infunde confianza en el niño, especialmente si está en edad preescolar.

Si se invita al padre de un niño mayor para que pase a la sala de tratamiento, deberá desempeñar el papel de un huésped pasivo y permanecer de pie, o sentarse alejado de la unidad. No deberá hablar al dentista o al niño, a menos de que se le pida, ni deberá tomar al niño de la mano ni mirarle

con simpatía y expresión asustada.

No hay nada que trastorne más el éxito del manejo de un niño que una situación en que la madre está comunicando información falsa al niño, o le está transmitiendo su simpatía.

Esta división de obediencias llevará a desconfiar del dentista y también creará temor a los procedimientos dentales. La American Association tiene carteles muy agradables que pueden enmarcarse y colocarse en la sala de recepción; en ellos se avisa a la madre que no deberá acompañar a un hijo a la sala de operaciones si el dentista así lo prefiere.

INSTRUCCIONES A LOS PADRES

Es muy raro encontrar una madre que lleve a su hijo al consultorio dental sin aprensiones ni desconfianza sobre -- cuál será su reacción al tratamiento. El dentista puede hacer mucho en la educación de los padres, para que éstos se aseguren de que su hijo no llegue al consultorio con dudas y miedo.

Para los padres será de gran consuelo saber que no serán necesarias medidas extremadas de disciplina y que el niño participará gustoso en la nueva experiencia. La madre se tornará más entusiasta sobre el bienestar dental del niño, y tendrá cada vez menos que esperar a que le duelan los dientes pa-

ra traerlo al consultorio dental.

De esta manera existirá una relación más satisfactoria entre el dentista y la familia. Si se informan a los padres de ciertas reglas sencillas a seguir antes de traer al pequeño al dentista por primera vez, será de gran ayuda para ellos y para su hijo.

La guía a los padres sobre el tratamiento dental deberá empezar de preferencia antes de que el menor tenga la edad suficiente para ser impresionado adversamente por influencias externas. Se puede facilitar esta guía a gran escala por varios medios, o individualmente, por lo cual se pueden hacer las siguientes recomendaciones:

- 1.- Pedir a los padres que no expresen sus temores personales enfrente del niño. La causa del miedo en los niños es oír a sus padres quejarse de sus experiencias personales con el dentista. Además de no mencionar sus experiencias desagradables, pueden evitar el miedo explicando de manera agradable, y sin darle mucha importancia, que es la odontología y lo amable que va a ser el dentista.

Para los padres que aún temen los servicios dentales, se les puede explicar mejor el manejo del paciente infantil y técnicas operatorias mejoradas, no hay necesidad de que el menor tema al tratamiento dental. Se ha avanzado

enormemente en el alivio del dolor en odontología.

Generalmente, se encuentran dificultades cuando los padres u otras personas han infundido temores profundos en el individuo de corta edad. Los padres también deben ocultar sentimientos de ansiedad, especialmente en expresiones faciales, cuando llevan a su hijo al odontólogo.

- 2.- Instruya a los padres para que nunca utilicen la odontología como una amenaza de castigo. En la mente del niño se asocia castigo con dolor y cosas desagradables.*
- 3.- Pedir a los padres que familiaricen a su hijo con la odontología llevándolo al dentista para que se acostumbre al consultorio y para que empiece a conocerlo. El odontólogo deberá cooperar plenamente, saludando al niño con cordialidad y llevándole a recorrer el consultorio, explicando y haciendo demostraciones con el equipo. Algún pequeño regalo al final del recorrido, hará que el menor se sienta que acaba de hacer un amigo.*
- 4.- Explicar a los padres que si muestran valor en asuntos odontológicos esto ayudará a dar valor a su hijo. Existe una correlación entre los temores de los pequeños y los padres.*

- 5.- *Aconsejar a los padres sobre el ambiente en casa y la importancia de actitudes moderadas por su parte para llegar a formar niños bien centrados. Un chico bien centrado es generalmente un paciente dental bueno.*
- 6.- *Recalcar el valor de obtener servicios dentales regulares no tan solo para preservar la dentadura, sino formar buenos pacientes. Desde el punto de vista psicológico, el peor momento para traer a un menor al consultorio es cuando sufre un dolor de dientes.*
- 7.- *Pedir a los padres que no sobornen a sus hijos para que vayan al dentista. Este método podría significar para el infante que pueda tener que enfrentarse a algún peligro.*
- 8.- *Debe de instruirse a los padres para que nunca traten de vencer el miedo al tratamiento de sus hijos por medio de burlas, o ridiculizando los servicios dentales. En el mejor de los casos tan sólo crea resentimiento hacia el dentista y dificulta sus esfuerzos.*
- 9.- *Los padres deberán estar informados de la necesidad que existe de combatir todas las impresiones perjudiciales sobre odontología que pueden llegar de fuera.*

10.- *El padre no debe prometer al niño lo que va hacer o no el odontólogo. El dentista no debe ser colocado en una situación comprometida donde se limita lo que puede hacer para el niño.*

Tampoco deberán prometer los padres que el odontólogo no les va hacer daño. Las mentiras solo llevan a decepción y desconfianza.

11.- *Varios días antes de la cita, debe instruirse a los padres que comuniquen al niño de manera natural que han sido invitados a visitar al dentista. Los padres nunca deberán forzar las cosas, mostrar al niño exceso de simpatía miedo o desconfianza.*

12.- *Los padres deberán encomendar al menor a los cuidados del dentista al llegar al consultorio, y no deberán entrar en la sala de operaciones a menos que el odontólogo así lo especifique.*

Cuando lleguen a la sala de tratamiento, deberán actuar tan sólo como espectadores invitados.

XI. CONCLUSIONES

Al llegar al término de nuestra investigación pudimos darnos cuenta de la importancia que tiene el odontólogo y más aún, el que se especializa en los niños, en todo cuanto se refiera al manejo de estos pacientitos en el consultorio.

Existen varios aspectos importantes sobre el caso y estando conscientes de esto, podemos hacer algunas modificaciones o bien, hacer hincapié en algunos de esos aspectos, que en algunas ocasiones sin que lo parezcan son elementales para establecer una relación de confianza y calma entre el paciente y el odontólogo.

En el desarrollo de esta investigación se hace mención de estos aspectos básicos, como lo son, el ambiente, la comunicación y sobre todo el conocimiento de la actitud que los niños pueden tomar indistintamente ante un mismo tratamiento; por ello conociéndolos y manejándolos adecuadamente se puede decir que se tiene ganado un considerable porcentaje para el éxito en nuestra práctica profesional, añadiéndole a esto la buena aplicación de los conocimientos que son adquiridos dentro de un período de estudio y práctica, así como una aplicación de honestidad y humanismo en nuestro trabajo para llegar a obtener que este sea de excelente calidad.

Es importante también tomar en cuenta hacer que ir al dentista sea agradable y porque no? hasta divertido a veces; es una meta que todo odontólogo debe establecerse y de llegar a -- realizarla sentirse orgulloso.

Acercas de técnicas sobre el manejo de los pacientes -- infantiles, muchas han sido expuestas, aún sabiendo que cada ca beza es un mundo y que en particular cada paciente es una persona a la cual hay que tratar tomando en cuenta esto precisamen-- te.

El odontólogo, sobre todo el odontopediatra debe tener un criterio amplio para poder determinar a que tipo de paciente es el que trata, o bien, que actitudes o respuestas debe tener para con él, designado, esto, al hecho de que el niño es niño y debe tratarse tal cual, ya que él, tienen un carácter no defini do y por lo tanto no se puede tratar sin flexibilidad o varian-- tes.

Se puede decir que tomando en cuenta lo recopilado anteriormente esperamos que sirva como una guía u orientación -- acerca del como debe o puede tratarse a los pacientes infanti-- les en el consultorio, así como a los mismos padres en relación con ellos, aunque esto no debe considerarse como un cánón al -- que no se puede variar por la simple y sencilla razón de que no

todos los niños son iguales y sobre todo el que son eso precisamente niños.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. A. Fox, Lawrence.
Clinicas Odontológicas de Norteamérica, "Odontología para -
el niño".
Ed. Interamericana, México, 1974.
2. Bailenson, George.
Relajación del Paciente en la Práctica Odontológica, Manual
de Técnicas Sedativas.
Ed. Labor, S.A., España, 1976.
3. Chambers, D.W.
Managing the Anxieties of young dental patients.
J. Dent. Child, 37, 1970.
4. Koenigsberg, S.R., et al.
"Child Behavior During three Dental Visits"
J. Dent Child, 1976.
5. Nelson E, Waldo., et. al.
Tratado de Pediatría
Ed. Salvat, S.A., España, 1976.

6. *Weyman, Joan.*

"Odontología para niños"

Ed. Mundi, S.A., Argentina, 1978.