

27 870122
24

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANSIEDAD EN NIÑOS ANTE REPETIDAS CITAS DENTALES
VALORACION A TRAVES DE DIBUJOS

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

LAURA AZUCENA GARCIA HERNANDEZ

ASESOR: DR. GUILLERMO HERNANDEZ ORTIZ

GUADALAJARA, JALISCO, 1989.



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.

" ANSIEDAD EN NIÑOS ANTE REPETIDAS CITAS DENTALES.

VALORACION A TRAVES DE DIBUJOS " .

I N D I C E

	PAGS.
Introducción	1
CAPITULO I Personalidad y conducta del niño durante el desarrollo.....	4
CAPITULO II Odontofobias	23
CAPITULO III Manejo y valoración de la ansiedad en el niño	43
1) Comunicación	
2) Desensibilización	
3) Modelaje	
4) Decir, mostrar, y hacer	
5) Técnica de distracción	
6) Premios y castigos (refuerzos)	
Conclusiones	67
Bibliografía.	

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

INTRODUCCION.

El tratamiento dental de los niños puede ser una de las más significativas y agradables experiencias en la práctica diaria debido a la espontaneidad, honestidad y el sentido del humor de los niños, lo cual permite al dentista desarrollar las actividades odontopediátricas dentro de parámetros precisos y adecuados.

Sin embargo, hay que mencionar que aún cuando la gran mayoría de niños tienen buena conducta, algunos presentan miedos y ansiedades frente a la odontología que hacen su comportamiento extremadamente cambiante en cada cita, y a menudo frustrante para el dentista.

Para proporcionar un cuidado dental efectivo y promover actitudes de salud positivas, un dentista necesita estar al tanto de los muchos procesos los cuales son desarrollados para el manejo de los niños.

Similarmente para aquellos que planean un cuidado dental para los niños desde pequeños, deben ser cautelosos con respecto a los cambios biológicos y psicosociales, e incorporarlos a los programas de desarrollo.

La psicología introduce el concepto de ansiedad para explicar las respuestas fisiológicas y emocionales de un individuo ante cualquier situación que amenaza el bien -

tar del mismo.

El término "ansiedad dental" ha venido a describir la emoción desagradable subjetiva caracterizada por preocupación, aprensión o miedo por un lado; o el comportamiento observable como lamentos, pleitos, llanto o rechazo por el otro lado; los cuales son experimentados por el niño al afrontar la sola idea de un tratamiento dental futuro.

La ansiedad dental tiene dos efectos principales en el cuidado dental. Primero la ansiedad actúa como un gran obstáculo en la asistencia dental regular. El segundo efecto es expresado en términos de falta de cooperación o dificultad para manejar al niño.

Este segundo efecto nos lleva a un sinnúmero de niños, los cuales reciben un cuidado dental de menor calidad al adecuado.

La explicación más convincente del concepto de ansiedad dental ha sido propuesta por psicólogos y otros, quienes interpretan el fenómeno de ansiedad como una respuesta adquirida ante un estímulo desagradable, aplicable al tratamiento dental.

La forma en que los niños aprenden las respuestas de ansiedad dental se relaciona con los procedimientos comple

jos de socialización y la forma de interacción de alguna -
variable en las diferentes etapas dentro del proceso de -
aprendizaje.

C A P I T U L O I

PERSONALIDAD Y CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE

EL DESARROLLO

CAPITULO I

PERSONALIDAD Y CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE EL DESARROLLO.

Desde que Freud sugirió que los niños atraviesan por cambios han empezado a entender que los niños son más complejos en su comportamiento que los adultos. (3)

TEORIA DE LA PERSONALIDAD.-

Debido a que la personalidad es tan compleja, hay cierto número de formas en que pueden considerarse su crecimiento y desarrollo. Podríamos centrar la atención en el desarrollo de necesidades relacionadas con zonas significativas del cuerpo, como lo hacen los psicoanalistas. También podríamos considerar la personalidad en desarrollo con respecto al éxito o al fracaso en la consecución de las dimensiones de la fuerza del ego, asociadas a las etapas de desarrollo como lo hace Erickson. Podríamos seguir el desarrollo del conocimiento como lo hace Piaget. (24) Otros enfoques incluyen el estudio del desarrollo de la competencia relacionando las habilidades con las etapas del crecimiento y con la madurez social creciente. Podríamos, por supuesto tomar cualquier dimensión de la personalidad, tales como la emoción, percepción o el conocimiento, y estudiar los cambios que tiene lugar, especificando aquello que es normal o aberrante, etc. (3)

Debido a su extremo interés en el funcionamiento integrado del individuo particular y su creencia de que todos los aspectos de la personalidad se han concentrado por regla general, más bien en métodos globales que en dimensiones específicas.

Examinaremos algunos de los conceptos de Allport (19) relativos al desarrollo. (3)

PRINCIPIOS DE DESARROLLO SEGUN ALLPORT.

Allport acepta algunos conceptos y principios convencionales del desarrollo tales como la herencia, la constitución física, el temperamento y la inteligencia. Considera estos elementos como fundamentos de la personalidad, y una vez que han llegado a madurar siguen siendo las constantes de personalidad durante todo el resto de la vida. Admite así mismo la maduración como un factor continuo, esto es como resultado de la actividad del crecimiento se producen muchos cambios que no dependen, excepto en forma auxiliar, de fuerzas ambientales. Vamos a considerar ahora algunos de los principios más originales del desarrollo de Allport. (3)

APRENDIZAJE COGNOSCITIVO Y PERSONAL.-

Tempranamente en la vida se forman y empiezan a desempeñar un papel significativo en las visiones del mundo del

niño, conjuntos cognoscitivos y perceptuales, esto es, pre-disposiciones para percibir o reaccionar en una determinada forma. Al llegar el niño a la adolescencia, los conjuntos perceptuales y cognoscitivos se han convertido en tendencias determinantes importantes, que intervienen entre el medio ambiente y las reacciones personales al mismo. Un niño podrá desarrollar tempranamente en la vida un punto de vista pesimista e interpretarlo todo a la luz de este conjunto general. (3)

El dentista que exitosamente guía a los niños por una experiencia dental se da cuenta que un niño normal pasa por un crecimiento tanto físico como intelectual. El dentista también se da cuenta que el niño está constantemente adquiriendo, desechando o modificando sus hábitos. Este cambio puede ser una razón por la cual la reacción de un niño en el consultorio dental puede diferir de una cita a la otra. Cada niño tiene un ritmo y estilo de crecimiento, no hay dos niños, ni siquiera en la misma familia, que se desarrollen de la misma manera. Aún más, todo el que trabaja con niños debe darse cuenta que la edad psicológica no siempre corresponde a la edad cronológica. Mientras que la edad cronológica del niño debe ser considerada al diagnosticar los problemas de comportamiento así como para planear el tratamiento. (3)

EL PROCESO DE APRENDIZAJE.

De acuerdo a Yarrow (28), estudios sugieren que los

simples mecanismos de aprendizaje operan aún antes del nacimiento. No hay duda de que el simple aprendizaje asociativo ocurre desde el momento del nacimiento. Durante el aprendizaje el infante se acostumbra a experiencias específicas y se vuelve condicionado a eventos de su medio ambiente. (8)

El comportamiento del niño es una función del aprendizaje y frecuentemente se clasifica identificando los tipos de comportamiento que representa "la norma" para algunos grupos. Esta clasificación por lo menos nos brinda una base para discutir varios comportamientos. Sin embargo, el dentista no debe ser influenciado totalmente por la edad cronológica al tratar de predecir o tratar con el comportamiento. Cuando el comportamiento es clasificado en categorías por edad cronológica, hay que recordar que también es normal encontrarnos con niños de 4 años que se comporten como niños de 2 años dentro del ambiente dental. Como también puede ser al contrario, el dentista conocerá a niños de 2 ó 3 años de edad que estén avanzados en su desarrollo psicosocial y que se comporten en el sillón dental a un nivel más elevado que la "norma". Una discusión por categorías del comportamiento normal de un niño por la edad cronológica es relevante solo si uno recuerda la gran escala de variación que es posible. El manejo del dentista hacia el comportamiento desagradable en el operatorio se debe enfocar en el comportamiento propio más que en la edad del niño. (8)

El proceso de aprendizaje debe ser reconocido como irregular con ascensos, períodos en que permanece igual, y tal vez hasta períodos de regresión. Este proceso irregular está por supuesto relacionado a los cambios de ambiente y a los estudios psicológicos. Irregularidades en el proceso de aprendizaje pueden ser observados por los padres en el hogar. Períodos en los que los niños aprenden rápidamente o logran muy poco o hasta parecen regresarse. Lo mismo es cierto en sus hábitos de juego, sus modales en la mesa, su habla, y la relación con el dentista y el personal del consultorio.

Un número de situaciones pueden influenciar el proceso de aprendizaje. Sin embargo, una situación en la que el dentista debe estar siempre consciente en un estado prolongado de enfermedad física. El estar encerrado mucho tiempo en el hogar o en el hospital definitivamente puede influenciar en el patrón de aprendizaje. El período de actividad y socialización interrumpida crea un patrón anormal. Un niño que ha sido limitado a un hospital para niños por un período largo de tiempo, frecuentemente tienen una actitud más positiva y probablemente sea más receptivo, por el ambiente social activo ahí, que un niño que ha estado, ya sea en cama o en un cuarto privado del hospital por un período largo de tiempo. (8)

DETERMINANTES DEL DESARROLLO.

La conducta en el sentido general, se define como cual

quier cambio en la actuación del organismo. Para detectar los cambios debe haber un medio para hacerlo, sea a través de nuestro sentido o por la vía tecnológica. En esta discusión la conducta puede definirse como los cambios que podemos observar y contar. Estos cambios se toman de ciertos patrones que todos los niños siguen a través del proceso de crecimiento. Este proceso de desarrollo se ve influenciado por dos factores: primero, la maduración y segundo, la exposición del niño a determinado ambiente. (1)

La comprensión de la etapa del desarrollo del niño puede facilitar el enfoque de la modificación de la conducta hacia el manejo del paciente. Sin una apreciación del desarrollo mental y físico apropiado a la edad del niño, la modificación de la conducta es simplemente una aplicación de las técnicas empleadas bajo la base de prueba y error.

Durante la maduración, la conducta del niño es sistemáticamente afectada por el desdoblamiento gradual de una secuencia inherente programada genéticamente. Debido a dificultad para controlar la variable hereditaria hay escasa investigación positiva para esclarecer la especificidad de la influencia. No obstante, la mayoría de los psicólogos están de acuerdo en que la herencia actúa directamente sobre las características biológicas del individuo y establecer la etapa para el proceso de desarrollo. Con la exposición al ambiente, el niño aprende a comportarse en concordancia con su madurez. Con cada experiencia nueva se desarrolla una nueva conducta dictada por el sistema interno :

del niño, que procede de su motivación y de las consecuencias de su conducta. El dentista que trata niños, debe comprender el desarrollo para apreciar la maduración y las experiencias y que el mismo dentista ofrece a través de las influencias ambientales. (1)

Los modos del niño para percibir y relacionar el ambiente son innatos y cambian con la edad. Finalmente el niño desarrolla nuevas habilidades utilizando los modos básicos de experiencia del ambiente.

Se han investigado cinco áreas principales de desarrollo:

- 1.- Desarrollo motor: aumento en el control y la coordinación muscular.
- 2.- Desarrollo cognoscitivo: pensamiento, conceptualización, y razonamiento.
- 3.- Desarrollo de la percepción: integración de las impresiones de como el oído y la vista.
- 4.- Desarrollo social y de la personalidad: vías habituales del comportamiento con otros.
- 5.- Desarrollo del lenguaje: progreso de las destrezas del lenguaje.

Aunque cada área es importante para comprender al niño, el área menos comprendida y más pertinente para los dentistas

tas abarca el conocimiento de la forma en que el niño piensa y en consecuencia de la forma en que reacciona a una situación a menudo llena de tensiones. Rud Kisling E. (25), encontraron que el desarrollo mental en términos de la edad ejerce una influencia decisiva sobre si el niño puede aprender a aceptar todo el tratamiento dental. El dentista debe comprender este hecho y asegurar la comunicación y la expectación apropiada. (1)

EDAD MENTAL, CRONOLOGIA Y COGNOSCITIVA: RELACION AL DOLOR Y ANSIEDAD.

La edad en la cual se percibe el dolor por primera vez aún es una pregunta sin respuesta. Se pensó una vez que la experiencia al dolor neonatal difería de la del adulto, ya que la mielinización de los trayectos nerviosos aún no ocurrían y por lo tanto, un neonatal no podría transmitir sensaciones de dolor por trayectos no funcionales. Sin embargo, el concepto de que se requiere completa mielinización para que funcionen los trayectos nerviosos aún no ocurrían y por lo tanto, un neonatal no podría transmitir sensaciones de dolor por trayectos no funcionales. Sin embargo, el concepto de que se requiere completa mielinización para que funcionen los trayectos nerviosos, ya no se usa. Un aspecto importante del problema asociado con determinar la percepción del dolor en neonatal e infantes es el hecho de que la sensibilidad al dolor difiere en cierto grado de otras modalidades de los sentidos. Primero a diferencias de olfato, oído y la vista, no aparece haber una área espe

cífica en el cerebro que recibe e integre estimulación causante del dolor. Segundo, la experiencia que los adultos llaman dolor, depende altamente del aprendizaje.

En un texto médico Swafford y Allen, concluyen que aunque los infantes son neurológicamente capaces de percibir dolor, no lo pueden localizar o identificar la fuente donde proviene el dolor.

Los autores también concluyen que los pacientes pediátricos rara vez requieren medicamentos para el alivio del dolor después de la cirugía general y que toleran el malestar en forma satisfactoria.

La falta de habilidad para localizar el dolor o describirlo es característico de los niños pequeños. Niños de 10 años o más pueden localizar y describir el dolor. La relativa falta de habilidad para describir el dolor en niños pequeños se puede deber a su estado de desarrollo cognoscitivo.

Las teorías de Jean Piaget, nos ayudan a considerar el desarrollo cognoscitivo en los niños. (24) Piaget sugiere que un concepto como el dolor pasa por una serie de etapas sistemáticas durante el desarrollo cognoscitivo del niño.

El identifica 4 etapas principales que trazan el desarrollo cognoscitivo del niño desde la etapa refleja hasta

la etapa en que resuelve problemas complejos: etapa motosensorial (0-2 años), etapa preoperacional (2-6 años), etapa operacional concreta (6-13 años) etapa operacional formal (13-17 años).

DESARROLLO DEL NIÑO.

Durante el crecimiento el niño constantemente cambia en sus habilidades para reaccionar con los estímulos. Las habilidades motoras, el vocabulario, el comportamiento adaptativo, y la personalidad constantemente están en transformación dentro de un proceso de maduración. Para diagnosticar y tratar los problemas de comportamiento el dentista debe conocer las habilidades normales del niño a edades diferentes. (9)

Es importante conocer que el niño varía en su desarrollo y edad fisiológica, lo que a veces no puede tener correspondencia. De esta manera, el dentista debe considerar ambos dentro del plan y de la técnica del tratamiento. (9)

DESDE EL NACIMIENTO A LOS 2 AÑOS.

En este período de infancia empieza la adquisición del sentido. El niño es un extraño en un mundo nuevo y depende totalmente de otras influencias y otras necesidades. Su comportamiento básico está alrededor de un deseo instintivo.

vo de mantener una rutina establecida. Su tensión se reduce por la alimentación, el chupeteo y pañales secos. Si estas necesidades son resueltas constantemente por otros, su sentido de confianza empieza a crecer. Al mismo tiempo, el cuidado apropiado lleva a un crecimiento físico correcto.

El niño es incapaz de razonar una respuesta a una situación dental.

- 2 AÑOS:

En este período de importantes desarrollos físicos, intelectuales y emocionales (9), el niño avanza de la etapa de total dependencia hacia el mismo desarrollo de un grado de responsabilidad personal y contra de sí. Se plantean muchas exigencias a este grupo etario, a las cuales deben reaccionar. La educación de los esfinteres es un acontecimiento mayor que contribuye a los sentimientos de logro y éxito. Por primera vez el niño aprende a controlar como se siente y es capaz de influir sobre las actitudes adultas y paternas hacia él. (2)

La enseñanza de la limpieza en este año le da un sentido de consecución del control por sí mismo y una dependencia de los otros. Gracias al aumento de su capacidad del lenguaje aprende a expresar mejor lo que siente y lo que necesita. (9)

El niño de 2 años, puede ser extremadamente posesivo y ante todo debe aprender que es de ellos antes de aprender a compartir. Es prudente no quitarle sus posesiones a un niño de esta edad durante el curso de la sesión odontológica. (2)

Su vocabulario puede variar de 12 a 1000 palabras, y, de esta manera la comprensión puede ser más dependiente de la expresión facial y del tono de la voz que de las palabras por sí mismas. También el necesitará tomar los objetos, con un conocimiento total de su significado.

A los 2 años, el miedo a las caídas, a los movimientos repentinos, a los ruidos pesados y extraños es muy característico. La situación dental con los sonidos no usuales, olores, luces brillantes y sillas inclinadas pueden producir miedo en el niño. (9)

Se procurará mantener los comentarios breves y simples. El niño querrá tocar y manipular los objetos para captar su significado. El lapso de atención es muy limitado y todos los procedimientos, por lo tanto, deben cumplirse de la manera más eficiente que sea posible. No es raro el llanto durante el examen dental y no se debe obstaculizar el establecimiento de una relación positiva. El niño reaccionará positivamente a los colores brillantes. El papel del padre es útil a esta edad y es aconsejable no separar al niño del padre durante el curso de la visita para proporcionar seguridad. (2)

- 3 AÑOS:

Los tres años marcan el comienzo de los años preescolares. (9) Es época de semiindependencia en la cual existe un grado sorprendente de control de sí mismo y el niño es capaz de razonar en mayor grado. (2)

El vocabulario de un niño tiene ahora un promedio de 1000 palabras. Es capaz de hablar en frases y de comunicarse dentro de la situación dental. (9) Un abordaje positivo conducirá al éxito pues es más frecuente el deseo de complacer y adaptarse, su atención va a mejorar y reaccionar favorablemente a los comentarios positivos acerca de su comportamiento, vestimenta y así sucesivamente. El niño de 3 años recibe particularmente bien los elogios. El lapso de atención es mayor, siempre que el niño está ocupado con algo de su interés. (2)

Empieza a demostrar evidencia de la relación social y demandas culturales y tiene menos miedo a la separación de sus padres. Cada experiencia individual del niño, sin embargo, manejará su reacción a la separación de sus padres. Por ejemplo, el hijo de una trabajadora un niño de 3 años de edad que normalmente está todo el día en un centro, puede ser más colaborador que un niño que está en casa todo el día.

Es capaz de dibujar un hombre con cabeza y habitualmente indicar otra parte. Combina dos o tres colores prima

rios (por lo general rojo y amarillo correctamente, pero puede confundir azul y verde). Corta con tijeras, todavía habla consigo mismo en largos monólogos que tienen que ver con el presente inmediato, incluyendo actividades imitativas. Gusta ayudar a los adultos en sus actividades. Comprende vividamente el juego imitativo, incluyendo personas y objetos inventados. Gusta jugar con ladrillos, cajas, tores y autos.

- 4 AÑOS:

El cuarto año puede ser muy difícil para el niño. El llega a ser más dogmático, pero puede ser más agresivo, de mandante y orgulloso. Es capaz de salirse de control en todas las áreas de comportamiento, golpea, pateo y rompe cosas en momentos de ira, es capaz de usar lenguaje ofensivo y puede ignorar a las personas cuando se le llama. Tiene una imaginación tremenda, es un gran charlador y preguntón. Le agradan las discusiones. Es capaz de escuchar con interés una explicación y normalmente es muy responsable a las direcciones verbales, sin embargo, puede ser muy resistente y constantemente limita los tests. Le interesan los detalles y le gusta que se le enseñen cosas. Le agrada el aspecto tridimensional de los objetos. (6)

Es un gran cuestionador acerca de lo que puede ser más interesante en los procedimientos que necesitan nueva información. A esta edad el miedo del niño es desconocido,

y el miedo a lo extraño ha disminuido, debido a la amplitud de sus interacciones sociales. El miedo del daño corporal puede causarle una sobrerreacción a cualquier estímulo doloroso pequeño y de esta manera puede protestar dramáticamente a los procedimientos de inyección. Típicamente, el niño de 4 años puede fácilmente ser separado de sus padres y con amabilidad y dirección firme puede ser un paciente excelente.

- 5 AÑOS:

Los cinco años marcan el final de la infancia primera. Este niño es ahora capaz de aceptar la experiencia de la comunidad y las actividades del grupo. No es muy demandante, su madre es el centro del mundo y al niño le gusta estar cerca de ella, obedecerla y complacerla. Está orgulloso de sus logros y posesiones y tiene una respuesta particular a las alabanzas. Fácilmente se separa de sus padres y sus temores han disminuido normalmente. Los comentarios positivos acerca de su vestimenta o la apariencia personal son muy efectivos para establecer la relación. (9)

El niño a esta edad, ya conoce cuatro colores, hace comentarios descriptivos en fotos o dibujos, se viste y desviste sin ayuda. Pregunta el significado de las palabras y escribe algunas letras. Cuenta 10 objetos correctamente, dibuja un triángulo, dibuja un hombre con cabeza, cuerpo, brazos, etc. (6)

- 6 AÑOS:

Estos años marcan un punto crítico en el niño. La entrada en la escuela le lleva a ser una parte del grupo con lo cual se compara y busca su aceptación. La experiencia escolar le pide dominio y proeza y le proporciona una continua reevaluación. Es muy importante para el niño de 6 años tener éxito. La falta del mismo puede afectarle en forma importante. Si el niño desarrolla un sentido de inadaptación o de desadaptación o inferioridad, su autonomía o independencia se va a afectar y su comportamiento le va a llevar a una situación difícil en el dentista que puede hacerle regresar a una edad todavía más joven.

La escuela de esta forma establece que la enseñanza es otra figura autoritaria, poderosa, además de los padres. La habilidad del niño para conocer esta transferencia de la autoridad en la escuela lo va a beneficiar en relación con el dentista como una persona a la cual va a obedecer en la clínica. Como el niño de 4 años el niño de 6 puede tener miedos irracionales de objetos gente y tiene un miedo exagerado al daño corporal. La introducción apropiada a la experiencia dental, sin embargo, generalmente permitirá a estos niños afrontar con éxito sus ansiedades. (9)

El niño a esta edad cuenta hasta 30, conoce la izquierda y la derecha, sabe la diferencia entre A.M. y P.M., se amarra sus zapatos. Sabe dibujar un hombre con cuello, manos y ropas. Suma y resta pequeñas ecuaciones su vocabula-

rio asciende a 2,500 palabras.

- 7 AÑOS:

El niño a los 7 años se aproxima a los juegos en una forma más cuidadosa que el niño de 6. En todos los aspectos es un niño menos problemático que un año antes. Aunque definitivamente tiene gustos y disgustos, no los expresa a menudo, esto es cierto en la comida, vestimenta, amigos y juegos. A ésta edad el pequeño se empieza a dar cuenta de que existen diferencias de sexo, es lunático, demanda o pide demasiado de sí mismo, desea aprobación entre sus compañeros de grupo y necesita comprensión. (11)

Sabe contar de dos en dos y cinco en cinco, tiene la idea básica de sumar y restar, sabe la hora, los meses del año, repite cinco números en serie al revés y al derecho.

- 8 AÑOS:

A ésta edad se le denomina como la exploración intelectual es más abierto y ágil, gusta de dramatizar las cosas y resiente la autoridad de sus padres; no le gusta estar solo y quiere que sus compañeros se interesen en sus actividades, ya sea activamente o como espectadores, tomando en cuenta el sexo en la selección de sus amistades, su comportamiento es mejor fuera de su casa que dentro de ella,

los libros cómicos su lectura predilecta, aunque empieza a leer otros tipos de libros. (11)

A esta edad goza la escuela y le disgusta estar en su casa, conoce los días de la semana, puede contar al revés del 20 al 1, es escéptico a la realidad de los personajes en historias o programas de radio y televisión comienza la comprensión de que existen lugares lejanos y diferentes, le gusta dar algo a las personas, pero también le gusta recibir algo de ellas.

- 9 AÑOS:

El niño de esta edad es extremadamente independiente, tiene mejor control de sí mismo, adquiere la capacidad de lograr las tareas que se propone o se esperan de él; mira hacia el futuro y planea su trabajo o juego, toma una actitud de suficiente madurez para aceptar culpabilidad y es honesto, es obediente y asume muchas responsabilidades, idealiza personajes. (11)

El niño lee libros más realistas, aunque aún gusta de la lectura cómica; sus intereses reflejan su carácter general, una fluctuación entre niñez y juventud, entre sus actos y pensamientos.

- 10 AÑOS:

Uno de los cambios fundamentales en esta edad es el principio de las diferencias y actitudes hacia el sexo; la niña es más madura que el niño, ambos empiezan a pensar en problemas sociales y les gusta discutirlos. Este es el comienzo de la adolescencia y la formación del carácter y empiezan a tomar actitudes que definirán su personalidad a la edad adulta. Es flexible, honesto, obedece fácilmente y generalmente se siente satisfecho con sus padres y del mundo en general. (11)

- 11 AÑOS:

A esta edad empiezan a preocuparse por la moral, creen en la justicia, y en la sociedad que lo rodea; comienzan las diferencias físicas en el sexo y se preocupa por su higiene personal.

El niño gusta de los juegos en grupos y las actividades sociales. (11)

C A P I T U L O I I

O D O N T O F O B I A S .

CAPITULO II

ODONTOFOBIAS.

La Odontofobia ha sido definida como el temor o miedo a la odontología, o la reacción del niño ante una situación que se considera amenazante para su existencia organizada.

Dentro de esta odontofobia existen por lo menos cuatro reacciones, las cuales son relacionadas a la experiencia dental que son: miedo, ansiedad, resistencia y timidez. La importancia de cada una de ellas radica en el conocimiento rápido de cada reacción, debido a que en los niños ha sido comprobado que no siempre se presentan una reacción simple sino que pueden existir una combinación de varias reacciones a la experiencia dental. Esta combinación de reacciones hacen el problema más complejo sobre todo porque el dentista debe diagnosticar la reacción rápidamente sin la ventaja de conocer de antemano las reacciones previas del niño con miembros de la profesión dental. (8)

MIEDO.-

El miedo es una de las emociones más frecuentemente experimentadas en la niñez y se define como una reacción de ansiedad que brota de una fuente reconocida. Su efecto en la salud física y mental del niño puede ser extremada -

mente dañina. (8)

El miedo es una de las primeras emociones que se experimentan 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 el miedo. A medida que el niño crece y aumenta su capacidad mental, toma conciencia de los estímulos que le producen miedo y puede identificarlos individualmente. El niño trata de ajustarse a estas experiencias aisladas por medio de la huida, si no puede resolver el problema de otra manera. Si el niño se siente incapaz de hacer frente a la situación y le es físicamente imposible huir, se intensificará su miedo. (8)

El miedo es una respuesta primitiva que se desarrolla 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 y necesita muy poca integración cortical. Esto lo ilustran muy bien los movimientos sin inhibiciones de un animal decortado. Sin embargo en el hombre las descargas del hipotálamo pueden ser modificadas por interferencias corticales, de manera que con su corte altamente desarrollado, puede hasta cierto grado controlar sus emociones a través de racionalización y determinación. En muchos aspectos, el niño se comporta de manera primitiva al tratar de luchar con la situación o huir de ella. Generalmente, a medida que aumen

ta la edad mental del niño estas respuestas pueden ser cada vez más controladas por la corteza a través de funciones psíquicas más elevadas. (4)

Watson, E.H., Lowery, GH. (26) que el miedo, en la mayoría de las veces es creado en casa, así como el amor y el temperamento. También nos dicen que a la edad de tres años la vida emocional del niño ha sido establecida y los padres ya habrán determinado si el niño será feliz, o si será una persona que siempre se queja o critica, o que su vida siempre estará controlada por el miedo. (8)

El niño pequeño, sin embargo, aparenta tener ciertos miedos por naturaleza, tales como los asociados con la inseguridad o la amenaza de inseguridad. (8)

Los niños tienen un miedo intenso a lo desconocido. Cualquier experiencia que sea nueva o desconocida les producirá miedo hasta que obtengan pruebas de que su bienestar no se ve amenazado por ella. Su miedo es un intento de ajustarse a una situación que temen sea dolorosa. Hasta que el niño esté convencido de que no existe razón para asustarse, persistirá el miedo y por consiguiente responderá de manera inesperada con una conducta que se caracteriza por vergüenza, timidez, desafío o falta de cooperación. (4)

A medida que se desarrollan las capacidades imaginativas del niño, los miedos se vuelven más intensos. Los temo

res imaginarios por lo tanto aumentan con la edad y el desarrollo mental, hasta cierta edad, en que la razón prueba que no tiene fundamento.

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

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

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

Un niño que presiente amenaza a la seguridad de su pa

trón rutinario de vida al ser llevado a una situación responderá con miedo si es demasiado joven para comprender la razón del cambio. A medida que el niño crece y se desarrolla su capacidad de razonar uno por uno va descartando estos miedos adquiridos, a medida que la experiencia y la inteligencia le enseñan que hay poca cosa que temer. Lo que asusta a un niño de dos años de edad puede no hacerlo cuando tenga seis. Por lo tanto, la edad es un determinante importante de lo que produce o no miedo al niño.

TIPOS DE MIEDO: Existen dos tipos de miedo que son: - objetivos y subjetivos.

Temores objetivos: Son los producidos por estimulación física directa de los órganos sensoriales y generalmente no son de origen paterno. Los temores objetivos son reacciones a estímulos que se sienten, oyen, huelen o saborean, y son de naturaleza desagradable. (4)

Son temores que son expresados por el niño como resultado de una experiencia desagradable, ya sea con un animal, compañero, o tal vez un doctor o un dentista. (8)

Un niño que, anteriormente ha tenido contacto con un dentista y ha sido manejado tan deficientemente que se le ha inflingido dolor innecesario, por fuerza desarrollará miedo a tratamientos dentales futuros. Es muy difícil que un niño que ha sido dañado de esta manera acuda al dentista por voluntad propia. (4)

Los miedos objetivos pueden ser de naturaleza asociada. Temores dentales pueden asociarse con experiencias no relacionadas. Un niño que ha sido manejado deficientemente en un hospital o que haya sufrido en él intensos dolores inflingidos por personas con uniformes blancos, puede desarrollar un miedo intenso a los uniformes similares de los dentistas o las higienistas dentales. Incluso el olor característico de ciertas drogas o compuestos químicos asociados anteriormente con situaciones desagradables puede causar temores injustificados. Un diente doloroso puede asociar dolor con odontología y puede causar aprensión hacia la visita dental. El miedo también hace descender el umbral del dolor, de manera que cualquier dolor producido durante el tratamiento resulta aumentado y lleva a aprensiones todavía mayores.

Temores subobjetivos: los temores subobjetivos están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridos al niño por personas que lo rodean, sin que el niño las haya experimentado personalmente. Un niño de corta edad y sin experiencia, al oír de alguna situación desagradable, o que produjo dolor, sufrida por sus padres u otras personas, pronto desarrollará miedo a esas experiencias. (4)

Este miedo se obtiene imitando a aquellos quienes tienen miedo. El individuo al cual el niño imita puede tener miedo a las tormentas, a las visitas con el dentista o a una gran variedad de experiencias. (8)

La imagen mental que produce miedo permanece en la mente del niño, y con la vivida imaginación de la infancia, se agranda y vuelve imponente. En niños, como en adultos, lo que más temor infunde es oír hablar a padres o amigos de experiencias desagradables en el consultorio dental.

Frecuentemente los niños se identifican con sus padres. Si el padre está triste, el niño se siente igual. Si el padre muestra miedo, el niño está temeroso. La ansiedad del niño y su comportamiento claramente negativo están íntimamente relacionados con ansiedades de los padres. (4)

Una emoción, como por ejemplo ansiedad, que se observa en el rostro del padre, puede impresionar más que una sugerencia verbal. Una madre que teme ir al dentista y que siempre va presa de gran tensión emocional, transmite inconscientemente ese miedo a su hijo que la observa. (4)

La influencia de los padres es de importancia vital en la actitud del niño hacia la odontología. Es imperativo que los padres informen a sus hijos sobre lo que pueden esperar del consultorio dental.

El niño deberá conocer de manera general, los procedimientos que podrían serle aplicados y el aspecto y descripción del equipo de laboratorio antes de la primera visita dental.

Morgan y Asociados se refieren a estudios indicando que el miedo a la odontología que frecuentemente resulta en evitar el tratamiento dental, se presenta en cinco a seis por ciento de la población. El miedo en niños escolares puede ser hasta de 16%.

Estudios nos sugieren que la adquisición y perpetuación de actitudes negativas hacia la odontología son un proceso cíclico que tiene su origen desde la niñez. Numerosos factores han sido contribuyentes al desarrollo de estas actitudes en los niños. Shoben y Dorlan demostraron hace mucho tiempo que los padres transmiten sus actitudes negativas a los hijos. (8)

El niño temeroso es el más difícil y necesita una comprensión especial. El dentista no puede quitarle el miedo simplemente con palabras; así es que tiene que llevar al niño a un nivel en el cual pueda tratar de controlar su comportamiento. (8)

En el manejo de un niño temeroso en el consultorio dental, el dentista deberá primero tratar de determinar el grado de temor y los factores que tal vez sean responsables por su miedo. (8)

Antes de que el dentista esté en posición de aconsejar a los padres sobre la preparación psicológica adecuada a sus hijos debe comprender los problemas que intervienen. Debe comprender la naturaleza del miedo y estar consciente

de como las actitudes de los padres pueden modificar tipos de comportamiento. (4)

ANSIEDAD.-

La ansiedad es definible como aprensión de origen sustancialmente desconocido o no reconocido. La ansiedad o inseguridad probablemente se relacione a un estado de miedo. Edelston, (22) nos dice que algunos niños desarrollan la inseguridad necesaria muy lentamente y permanecen inseguros o ansiosos aún cuando ya debería haber sobrepasado esos sentimientos. (8)

La etiología de la ansiedad dental no se comprende completamente, pero se han formulado varios conceptos, los cuales explican algunos de los orígenes de la ansiedad dental. De varios estudios se formularon varias hipótesis relacionadas con el origen de la ansiedad dental. La primera hipótesis nos dice, que en experiencias traumáticas en la oficina dental dan origen a fobias y que la ansiedad dental se asocia experiencias traumáticas anteriores durante un tratamiento dental.

Una segunda hipótesis relacionada con el origen de la ansiedad indica que un paciente dental ansioso es más sensible al dolor que un paciente normal. También es más temeroso al dolor dental que a otras clases de dolor físico.

Otra hipótesis es que la ansiedad dental es solo un componente de un alto nivel de ansiedad general.

Otra hipótesis atribuye la ansiedad dental a la manera en que los padres entrenan a sus hijos a percibir el ambiente dental. Este concepto, el cual se encuentra en la lectura psicopediátrica, dice que los padres son la causa principal en la ansiedad del niño. Lauth encontró que en 37% de los pacientes por lo menos un miembro de la familia, generalmente la madre, experimentaba ansiedad dental. La forma en que los niños adoptan la ansiedad no se comprende totalmente, pero es evidente que los padres son modelos de comportamiento que influyen en sus hijos.

Otra forma de iniciar ansiedad dental en los niños es contando historias de miedo acerca de experiencias horribles en la oficina dental. De información de unos estudios se concluyó que 17% de las respuestas involucradas en las reacciones adversas al tratamiento dental estaban asociadas con historias de amigos, parientes, hasta caricaturas, las cuales causaban expectativas del trauma dental. (14)

Eventos durante la niñez, tales como experiencias desagradables, la creencia de que existe un problema dental, o la presencia de un modelo ansioso; todos son factores, los cuales contribuyen a que el niño desarrolle la ansiedad. (17)

La ansiedad puede influir por cierto sobre la recepti

vidad del niño al abordaje normal y puede resultar afectada la capacidad para concentrarse en las técnicas usuales de orientación. El establecimiento de una confianza puede requerir un largo período en el paciente sumamente ansioso. (2)

Ansiedad como esta, aprendida durante la niñez puede afectar el comportamiento dental cuando el niño sea adulto. Miedo a la odontología ha sido demostrado ser una barrera importante para utilizar los servicios dentales.

También se ha sugerido que en situaciones de experiencias de muchas caries en las cuales hay una continua exposición de desagrado de la odontología restauradora, pueden causar que una persona busque servicios más radicales posteriormente. (17)

No hay una sola hipótesis que involucre el desarrollo de la ansiedad dental en todos o la mayoría de los niños, aunque el trauma previo parece ser el factor atribuyente mayor. (14)

Más específicamente se consideran los siguientes factores: tratamiento inapropiado anterior por un dentista, alta sensibilidad al dolor en general, alta sensibilidad al dolor oral en particular, alto nivel de ansiedad general, influencia de los padres, y entrenamiento general socio-cultural. (14)

Los niños ansiosos generalmente se muestran temerosos a nuevas experiencias, y la reacción de un niño puede ser violentamente agresiva, por ejemplo una serie de berrinches en el consultorio dental. (8)

El grado de ansiedad de un niño será gobernado por sus experiencias dentales previas y por influencias de sus padres, hermanos y amigos. El establecer una confianza mutua entre el niño y el dentista es de gran influencia, y el niño reaccionará de una manera diferente de una cita a otra.

La seguridad por parte del profesional y del personal reducirá los niveles de ansiedad. Un niño puede reaccionar de una manera claramente distinta en una visita inicial normal que en una visita de emergencia.

Varios estudios nos indican una relación directa entre ansiedad maternal y los niveles de ansiedad en el paciente. Klerman y asociados sugieren que la relación entre ansiedad maternal y ansiedad del niño puede ser limitada a la cita inicial del tratamiento cuando el niño cuenta con falta de experiencia personal con el tratamiento dental. Sus estudios muestran que la ansiedad dental no corrobora con la falta de cooperación de un paciente odontopediátrico con experiencia.

RESISTENCIA:

Resistencia es una manifestación de ansiedad o inseguridad, y el niño se vuelve rebelde en contra de su ambiente. El niño podrá hacer berrinches o golpearse la cabeza o desarrollar el hábito de vomitar siempre que el niño no se quiera conformar.

Regresión es otra manifestación, en la cual el niño rehusa a desarrollarse. Puede continuar mojando su cama, no hacer el intento de hablar claro, o continuar con hábitos infantiles de juego. (8)

Retracción puede ser otra manifestación de ansiedad en la cual el niño se rehusa a participar en juegos y no le habla a los extraños, y en ocasiones ni a los que conoce. El dentista tiene dificultad para comunicarse con esta clase de pacientes; el niño es lastimado fácilmente, y llora casi en cualquier situación. (8)

El dentista ocasionalmente notará una reacción negativa en su paciente. Esto se conoce como período de resistencia y se refiere a esto como un período normal en el crecimiento o aprendizaje del niño. El niño puede reaccionar en contra de cualquier procedimiento por su capacidad de comunicarse con el dentista o con el personal. Es importante que el dentista esté consciente de que esta es una parte normal en el proceso de aprendizaje y que no es una

reacción que el dentista o el personal ha estimulado.

Con esto en mente, el dentista podrá trabajar rápidamente, gentilmente y ser firme, sin esperar completa cooperación.

TIMIDEZ.-

Timidez es otra reacción que se observa en ocasiones particularmente en el caso de pacientes de primera vez. Esta reacción puede estar relacionada a la experiencia social limitada del niño. El niño tímido necesita pasar por un período de "calentamiento".

Este es un ejemplo donde sería beneficioso permitirle al niño tímido que sea acompañado a la sección operatoria por otro niño que haya sido tratado con anterioridad. El niño tímido necesita ganar confianza consigo mismo y con el dentista. Por otro lado, la timidez puede reflejar tensión que resulta de un padre que espera demasiado de su hijo o sobreprotección del niño. (8)

Los adultos con frecuencia cometen el error de imponerse a los niños tímidos. Al intentar bromear o burlarse de un niño tímido para que responda rara vez se concibe y por lo contrario, generalmente se produce lo contrario al efecto deseado; el niño simplemente se enreda más en las faldas de mamá. Con diferentes estudios se ha encontrado

que el niño se ambiente rápidamente si el profesional inicialmente enfoca su atención al padre.

Con intervalos y sin interrumpir la conversación, un rápido cerrado de ojo se dirige al niño y la atención se regresa inmediatamente al padre. Esto inicialmente produce un regreso en el comportamiento del niño, que volteará o esconderá la cabeza. Sin embargo, pocos niños se resisten por mucho tiempo. Pronto el niño espera que le cierre el ojo otra vez, luego hace muecas y se ríe en lugar de tener una mirada aprensiva. En este punto, el clínico empieza a llevar al niño dentro de la conversación.

Nunca hay que tratar de bromear al niño para quitarle la ansiedad, al hacer esto le estamos comunicando que no es aceptable tener miedo. El niño entonces aumentará sus esfuerzos por esconder el miedo y aumentará su ansiedad. (7)

Para el reconocimiento de las ansiedades presentadas por los niños, se han formulado varios sistemas de clasificación de la conducta de los niños. El objetivo principal de un sistema de evaluación de la conducta es desarrollar una técnica metódica para orientar la cooperación. Sin un sistema definido, con el que estén familiarizados todos los miembros del equipo odontológico, es difícil la evaluación eficaz sobre una base permanente. (2)

En la miriada de sistemas que han sido desarrollados-

para la clasificación de la conducta infantil, el de Frankl, Shiere y Fogerls, (23) demostró su gran eficacia. Conocida como Escala Calificada Conducta de Frankl, logró popularidad por tres razones; es funcional, es cuantificable y es de fiar. (2)

CATEGORIAS DE COMPORTAMIENTO DE FRANKL.-

- 1.- Definitivamente Negativo: Se rehusa al tratamiento, llora con fuerza, es temeroso, o demuestra cualquier otra evidencia de negativismo extremo.
- 2.- Negativismo: Es reticente a aceptar el tratamiento, no es cooperador, demuestra cierta evidencia de actitud negativa, pero no pronunciada.
- 3.- Positivo: Acepta el tratamiento, en ocasiones es cauteloso, es capaz de complacer al dentista, en ocasiones es reservado pero sigue las instrucciones del dentista con cooperación.
- 4.- Definitivamente Positivo: Tiene buena relación con el dentista, interesado en los procedimientos dentales, se ríe y goza de la situación. (5)

Wright, (27) postuló que la mayoría de los clínicos, conscientes o no categorizan las conductas de los niños en una cantidad de grupos definibles.

CATEGORIAS DE COMPORTAMIENTO DE WRIGHT.-

I.- COOPERATIVOS:

A.- La mayoría de los niños vistos en los consultorios odontológicos.

B.- Niños que fueron tratados mediante un correcto enfoque del diga-muestra-haga. (2)

El niño se entretiene en una conversación con el dentista entendiendo los procedimientos y siguiendo las direcciones cortesmente. Una cooperación del niño será definida dependiendo de lo bien que esté preparado para los procedimientos dentales que se van a seguir. Incluso el mejor comportamiento del niño puede llegar a ser un problema serio de manejo si los acontecimientos de la cita dental no se le explican en un lenguaje que el pueda comprender. (2)

II.- FALTA DE CAPACIDAD DE COOPERACION:

Describe ese grupo de pacientes que no son capaces de comunicarse con el dentista y comprender los procedimientos que se van a realizar. De esta forma, los niños jóvenes y aquellos con incapacidades mentales o físicas que limitan de forma importante sus habilidades de comunicación estarían incluidos en este grupo. (9)

III.- CONDUCTA POTENCIALMENTE NO COOPERATIVA:

Esta categoría incluye la mayor parte de aquellos niños de edad de 3 años que llegan a ser un problema de manejo en la clínica dental. Se presentan con temores en relación con la experiencia dental de los objetivos que resultan de una experiencia previa o subjetiva debidos a información recibida de los padres, amigos o compañeros. Dentro de este grupo pueden ser identificados los diferentes comportamientos seguidos: (9)

A.- CONDUCTA DESCONTROLADA:

1. Visita habitualmente en los niños pequeños de 3 a 6 años en ocasión de su primera visita - odontológica.
2. Rabietas con revuelo de brazos y piernas.
3. Sugerencia de ansiedad aguda o temor.

B.- CONDUCTA DESAFIANTE:

1. Más prevalectante en el grupo estario de la escuela pública.
2. Habitualmente reacciona igual en el hogar.
3. Pueden utilizar la resistencia pasiva; se ve más a menudo en los niños mayores que se acercan a la adolescencia.

C.- CONDUCTA TIMIDA:

1. El niño puede esconderse detrás del padre, pero suele presentar poca resistencia a la se-

paración.

2. Vacilan al darles indicaciones.
3. A menudo reprimir las lágrimas.
4. Posible medio hogareño sobreprotector o escaso-contacto con extraños.
5. Sumamente ansioso.
6. No siempre escucha o entiende las instrucciones.

D.- CONDUCTA COOPERATIVA TENSA:

1. Acepta el tratamiento como se le hace.
2. Su voz puede mostrar algún temor al hablar.
3. Puede temblar su cuerpo.
4. Muy a menudo transpira en forma visible, las palmas de su mano o la frente.
5. Controlan sus emociones.

E.- CONDUCTA LLOROSA:

1. Permiten que el odontólogo proceda, pero llora todo el tiempo.
2. Se quejan frecuentemente de dolor.
3. Frustrante para quienes deben tratarlos.
4. Constantemente emiten sonidos.

Este sistema es suficientemente descriptivo para permitir que el equipo odontológico clasifique las características específicas del paciente individual y entonces adoptar un curso de acción una vez efectuadas las evaluaciones

preliminares, se puede trazar una manera de superar las dificultades potenciales y crear lineamientos positivos para el tratamiento. (18)

C A P I T U L O I I I

MANEJO Y VALORACION DE LA ANSIEDAD EN EL NIÑO.

CAPITULO III

MANEJO Y VALORACION DE LA ANSIEDAD EN EL NIÑO.

El propósito de este capítulo es el conocimiento sobre el manejo de los niños que se presentan en el consultorio dental con cierto grado de ansiedad; hay varias maneras o métodos con los cuales podemos encaminar a los niños a que cooperen con el odontólogo.

Entre estos métodos podemos mencionar los siguientes:

- 1.- COMUNICACION.
- 2.- DESENSIBILIZACION
- 3.- MODELAJE
- 4.- DECIR, MOSTRAR Y HACER.
- 5.- TECNICA DE DISTRACCION
- 6.- PREMIOS Y CASTIGOS (REFUERZOS)

1.- COMUNICACION.-

Para que el dentista triunfe en el manejo de los niños como pacientes dentales es muy importante su habilidad para comunicarse con ellos y ganar su confianza. Los temores y la curiosidad innata del niño predicen que las explicaciones deben ser dadas para nuevas o diferentes técnicas o procedimientos. (13)

La comunicación es obviamente uno de los factores esenciales si no el más importante de la técnica decir-mostrar-hacer. (13)

La comunicación con el niño es efectiva si el dentista está informado sobre las peculiaridades intelectuales psicológicas durante los diferentes estados de la niñez. El entender como se debe comunicar con el niño, evita el riesgo de usar lenguaje que el niño no pueda entender. Smith reportó los siguientes vocabularios para diferentes grupos de edades:

12 MESES	3 PALABRAS
15 MESES	19 PALABRAS
18 MESES	22 PALABRAS
21 MESES	118 PALABRAS
2 AÑOS	272 PALABRAS
3 AÑOS	896 PALABRAS
4 AÑOS	1540 PALABRAS
5 AÑOS	MAS DE 2000 PALABRAS

La adquisición gramatical del niño también es importante para el potencial de comunicación con el niño.

Es razonable concluir que el dentista espera comunicarse con casi todos los niños de 4 años, la mayoría de los niños de 3 años, y muchos niños de 2 años. (13)

Christen (20) nos dice que la comunicación con niños-pequeños (2 a 7 años) debe ser basadas en los principios de psicología de Piaget. (13)

Por lo tanto, él sugiere asignar cualidades fáciles de entender, nombres y personalidades a los instrumentos dentales y al material, por ejemplo: llamar a la pieza de mano "silbato" al aire "Sr. viento", etc.

La honestidad al acercarse a un niño es muy importante. El niño debe ser tratado como una persona importante y nunca se le deberá hacer sentir menos, al contrario se le debe hablar a su propio nivel. Cuando el niño se da cuenta de que el dentista es honesto y no le presenta sorpresas será más cooperador. (13)

Otra faceta de comunicación que es importante en la experiencia dental es la habilidad del dentista para que el niño obedezca sus órdenes. Las órdenes se deben dar en un lenguaje positivo, ya que de otra forma se estimula el miedo. Por ejemplo "Me haces este favor" dará mejor resultado que "No hagas esto".

El tono de voz y expresión del dentista también son importantes, cuando estos de una forma normal, ya no surten efecto, entonces hay que cambiarlos. Esto indicará luego que el comportamiento del niño no es adecuado y debe cambiar.

Moss describió 3 elementos esenciales para una comunicación efectiva estos son: 1) origen; 2) medio y 3) destino o receptor.

En el consultorio dental el dentista es el origen o el que transmite, el consultorio es el medio y el paciente es el receptor. (13)

Para que esto funcione, el consultorio debe ser callado, tranquilo y acogedor. Los aspectos del consultorio deben de ser familiares y atrayentes al niño; juguetes, posters de caricaturas, etc. El dentista debe ser simpático, amable y cariñoso. El buen comportamiento deberá ser halagado y las citas futuras deberán ser explicadas. (13)

La comunicación es la llave para la guía del comportamiento y debe ser realizado si el niño se va a sentir físicamente y emocionalmente seguro, mantener su propia estima, y sentirse responsable por su comportamiento. Algunas maneras de establecer una comunicación con el niño son las siguientes: (11)

- I.- Ignorar demostraciones iniciales de falta de cooperación.
- II.- Empezar con procedimientos simples que pueden ser realizados sin importar los tipos de comportamientos exhibidos y luego proceder con los más difíciles.
- III.- Evitar factores que promuevan el miedo; tales como:

- a) permitir al niño ver instrumentos filosos, oler - sustancias químicas fuertes, o escuchar el ruido - de los motores; todo esto se le debe de explicar - primero al niño para luego podérsele presentar.
- b) Usar vocabulario que produzca miedo como: inyec - ción, dolor, sangre, cortada, aguja, arrancar, ta - ladro, etc.
- c) El sobrepreparar al niño y permitirle demasiadas - preguntas, y permitirle la interrupción de los pro - cedimientos, esto solo permitirá que el niño se - vuelva más ansioso.

IV.- Usar vocabulario que para el niño sea fácil de enten - der, por ejemplo:

TERMINO DENTAL

TERMINO SUBSTITUTO:

Explorador	Contador de dientes
Pasta profiláctica	Pasta de dientes
Material de impresión	Puddin
Aparato de RX	Cámara para los dientes
Eyector	Aspiradora de saliva
Anestésico	Agüita dormilona
Aerotor (pieza de mano)	Silbato
Banda matriz	Anillo para el diente
Dique de hule	Impermeable
Grapa para el dique	Botón para el diente
Corona de acero	Sombrero para el diente
Modelos de diagnóstico	Estatuas de los dientes(11)

2.- DESENSIBILIZACION.-

Desensibilización es la técnica terapéutica que asocia el estímulo que evoca la ansiedad con una respuesta inhibidora de ansiedad. En dichas situaciones la unión percibida entre el estímulo y la respuesta de ansiedad es debilitada. Wolpe, usó la relajación como el inhibidor de la ansiedad - imágenes visuales de estímulos provocantes de ansiedad con el paciente manteniendo un estado de relajación corporal profundo. La técnica ocupa una jerarquía de estímulos para el miedo donde el paciente conquista el miedo o la ansiedad hacia estímulos leves y moderados de ansiedad antes de enfrentarse a estímulos más dramáticos.

Gale y Ayer escribieron una descripción de esta técnica usada en la fobia dental. (13)

Desensibilización preventiva o moldeo del comportamiento es filosóficamente posible para el paciente dental-pequeño que va a la primera cita dental. Una introducción-graduada del niño a la odontología, métodos de decir-mostrat-hacer y, efectuar procedimientos fáciles (examen oral, profilaxis, aplicación de flúor, técnica de cepillado) son aspectos de desensibilización preventiva se debe a que lógicamente nada puede ser desensibilizado sin que haya sido previamente sensibilizado. Sin embargo, por los medios de difusión, miedos adquiridos de hermanos, amigos y padres, es razonable creer que la mayoría de los niños de 30 meses o mayores están hasta cierto grado sensibilizados a la

odontología antes de su primera cita. Adicionalmente, consultas médicas pueden haber sensibilizado al niño a cualquier medio clínico.

Algunos investigadores encontraron la inyección como el estímulo más evocante de ansiedad seguido del dique de hule. Seguramente el dentista que usa una introducción como el decir mostrar y hacer al niño en el consultorio dental está aumentando las oportunidades para que el niño se sobreponga a ciertos miedos y ansiedades que lo pueden guiar a un comportamiento inapropiado. (13)

3.- MODELAJE.-

El permitir al niño observar a otro que calmadamente pasa por un tratamiento dental, es una forma de preparar al niño inexperto a aceptar el tratamiento. Esta estrategia no solamente enseña al niño inexperto que esperar del tratamiento sino que también le demuestra la forma en que se debe comportar. (7)

Modelar ha sido uno de los métodos más efectivos para lograr un comportamiento cooperador del niño. Pero hay que estar seguro de utilizar solo niños bien portados y relajados como modelos. (7)

Modelaje es un principio psicológico el cual mucho de

su aprendizaje o comportamiento se adquiere al observar un modelo cuando alguien actúa como un comportamiento específico. Modelaje y/o aprendizaje por observación de un modelo tiene varios sinónimos: imitación, identificación, incorporación y facilitación social. (13)

La eficacia del modelaje es una técnica de aprendizaje que ha sido demostrada por producir cambios de comportamiento en situaciones que requieren cooperación, comportamiento agresivo desarrollo de lenguaje y juicios morales. Modelos filmados han demostrado efectos iguales a los modelos reales. También se ha concluido que el modelo debe ser percibido por el observador como importante y exhibir un comportamiento apropiado. (13)

El modelaje ha sido investigado como una técnica para eliminar o reducir el miedo al dentista en los niños. Estudios han encontrado efectivo el permitir a un niño pequeño aprensivo sin experiencia dental observar a un compañero desconocido pasar por un tratamiento dental.

Otros estudios han encontrado que niños observando una videocassettera que presente a un niño al cual se le está practicando un examen clínico, examen radiográfico, administración de anestesia local y tratamiento restaurador exhiben un comportamiento más positivo que aquellos que no han tenido una experiencia con un modelo. También se ha demostrado que estos niños muestran menos ansiedad dental al hacer sus propios exámenes de ansiedad. (13)

4.- DECIR, MOSTRAR, HACER.-

Alguna preparación del niño antes de entrar el operatorio por primera vez no es necesario. Clínicos e investigadores se han enfocado en el uso y explicación como medios de preparar a los niños e introducirlos a la odontología. El asumir que los niños, como los adultos, temen a lo desconocido y adquieren seguridad al saber que esperar seguramente tiene sentido. (7)

El método decir, mostrar y hacer, es un ejemplo en el cual se emplea la información y la explicación. Esto no es un método preparatorio, ya que reintegra en la secuencia de procedimientos en lugar de ser presentado antes de que el niño entre al operatorio. El método decir, mostrar, hacer formulado por Addleston consta de los siguientes pasos: (7)

- 1.- El dentista usa lenguaje simple para explicar al niño lo que va a hacer antes de cada procedimiento.
- 2.- El dentista demuestra el procedimiento, ya sea en el mismo o en un objeto inanimado.
- 3.- Cuando el dentista está seguro de que el niño comprende lo que va a hacer, comienza el procedimiento actual en el niño.

Otra forma de usar este método es con demostraciones filmadas de los procedimientos y las técnicas. (7)

Una interacción amistosa en el personal dental fuera del operatorio es más importante que la explicación o demostración al preparar al niño para el procedimiento dental.

El conocer a la gente, entonces parece ser más útil y reconfortante al niño que conocer los procedimientos. (7)

El método decir, mostrar, hacer se logra de la siguiente manera: (11)

- a) Decirle al niño lo que se le va a hacer en lenguaje que el pueda comprender.
- b) Mostrarle al niño exactamente como se llevará a cabo el procedimiento.
- c) Llevar a cabo el procedimiento en el niño tal y como se le explica.

Este procedimiento se debe llevar a cabo en una forma secuencial, sin interrupciones, ya que de lo contrario - habiendo una interrupción entre el mostrar y hacer, se destruirá la explicación preparatoria y la demostración y el niño se volverá ansioso. (11)

5.- DISTRACCION.-

Debemos recordar que a los niños les gusta la acción y que encuentran difícil el estar sentados por periodos -

largos de tiempo. Hasta el niño más cooperador se puede aburrir e inquietar durante una cita prolongada.

Material videograbado ofrece una forma eficiente de distracción durante el tiempo que el niño permanece en el sillón dental, un monitor suspendido arriba del sillón que sea visible durante el tratamiento. Los niños se emocionan al verse en televisión.

También pueden utilizarse caricaturas para mejorar el comportamiento del niño en el sillón. Otra técnica de distracción puede ser grabar canciones y cuentos que los niños les escuchen por medio de audifonos durante el tratamiento.

6.- REFUERZOS (POSITIVOS Y NEGATIVOS).-

Los refuerzos ayudan a que el aprendizaje se realice con más rapidez y por lo tanto debe de ser algo que el niño identifica como para ser dado a consecuencia de su conducta. (1)

Refuerzo positivo es un término técnico, sinónimo burdo de " recompensa ". Un refuerzo positivo, se define como cualquier evento (consecuencia) que sigue a una respuesta dada que incrementa la posibilidad de una recurrencia de esa respuesta (o conducta).

Los refuerzos positivos típicos incluyen artículos tangibles como monedas, juguetes o eventos sociales, como elogios, atención y actividades como un pasatiempo o mirar la televisión. El refuerzo positivo utilizado con más frecuencia es social a menudo en forma de elogios. Aunque pueden utilizarse monedas o recompensas tangibles un elogio es suficiente para la mayor parte de los niños no incapacitados. (1)

Así el acto de premiar es una forma de refuerzo positivo; así como el retirar a la aguja de boca del niño para que deje de llorar es un refuerzo negativo. En uno u otro caso, los refuerzos ya sean positivos o negativos, intentan aumentar la frecuencia de una conducta deseada. Por el contrario, para reducir la frecuencia o conducta no deseada, el dentista puede utilizar el castigo. (1)

Este es un asunto delicado, que depende del concepto que el dentista tenga del castigo. Para esta controversia, el castigo puede acarrear la presentación de refuerzos negativos como hablar a gritos, sujetar al niño, mostrar autoridad y colocarle una mano sobre la boca. La última técnica es discutible, pero en cada caso el intento es terminar con rapidez una conducta intolerable. El castigo también puede emplearse a través del retiro de un refuerzo positivo como hacer que los padres salgan de la habitación o ignorar las conductas con las que el niño pretende llamarla atención. Esta última técnica se utiliza mejor con conductas molestas pero tolerables como gemir, una inquietud-

ligera, tácticas dilatorias. (1)

Premiar, como todos los refuerzos positivos requiere un tiempo razonable para que sea eficaz, no obstante la técnica tiene los resultados más duraderos. Castigar actúa más rápido con las conductas indeseables pero no permite al niño comportarse mejor a menos que el refuerzo negativo sea seguido por un refuerzo positivo. Por ejemplo, si un niño es exageradamente obstinado y rebelde, el clínico puede tratar de ignorar primero el gemido y el llanto y premiar al niño porque haya abierto la boca o porque trata de mantener las manos a sus costados. No obstante su conducta puede volverse intolerable a causa de que el niño comienza a gritar o resistirse físicamente. El clínico puede emplear la sujeción física (castigo) y entonces ofrecer liberar al niño cuando este coopera (refuerzo negativo), finalmente cuando este coopera es premiado en el primer momento (refuerzo positivo).

La consistencia es un factor principal en el manejo de la conducta. Para acelerar el proceso de aprendizaje y también debido a que la atención del niño puede ser corta es necesario premiar inmediatamente y cada vez que se realiza una conducta deseada. Una vez que el niño aprenda la conducta deseada, el refuerzo positivo mantendrá dicha conducta. Se sabe que una alabanza por cada cinco conductas positivas por lo menos, mantendrá firmemente una conducta establecida. Además de la consistencia, el clínico puede observar que gran parte del poder de la alabanza por re-

fuerzo positivo, deriva de ignorar simultáneamente otras conductas. Por supuesto, este es un fenómeno natural que ayuda a dirigir la atención del niño hacia aquellas conductas que debe aprender. (1)

Existen muchos tipos de recompensas para los niños que se portan bien. Una de las recompensas que más busca el niño es la aprobación del dentista. Por lo tanto, que el dentista reconozca la conducta ejemplar del niño influye para que este se porte bien. (4)

Cuando el niño sea buen paciente dígaselo, esto impondrá una meta en tratamientos futuros. Hará todo lo posible por conservar el nivel que el mismo estableció. Cuando alabe al niño alabe el comportamiento más que a su persona. (4)

*Hay otros tipos de clasificación que se deben tomar en cuenta y que es muy importante para la manipulación del niño en el consultorio. Este método trata de ver "la conducta del niño al llegar al consultorio" (esto es, si viene cooperador, tímido, etc.)

Cuando el odontólogo valora la conducta del niño, este lo va a encaminar hacia una manera fácil de hacerlo comprender que el tratamiento odontológico es algo que no lo va a dañar y que por el contrario, lo va a ayudar. A continuación se explicará algunos métodos que se pueden emplear con pacientes desafiantes.

CONDUCTA DESCONTROLADA:

El equipo odontológico no debe tomar como una cuestión personal al despliegue de una rabieta de un niño. La mayoría de las veces cabe prever este tipo de conducta cuando el paciente está en la sala de recepción, y los padres con frecuencia se lo vierten al personal. Si la conducta descontrolada se produce en el área de recepción, se pide al padre que haga pasar al niño al consultorio. (2)

Es preferible que sea el padre quien cumpla esta función en vez de alentar mayor hostilidad por parte del niño mediante el recurso de apartarlo por la fuerza del familiar. Una vez en el consultorio, el padre será quien siente el niño en el sillón dental y haga un intento inicial por establecer la disciplina. Si tiene éxito es grato para todos; pero si no lo tiene, no quedará otra alternativa que establecer los lineamientos del comportamiento correcto. Establecido por el odontólogo, se procurará determinar si básicamente se trata de un niño desafiante o sumamente ansioso. (2)

Determinado esto se elige racionalmente el enfoque adecuado.

CONDUCTA DESAFIANTE:

Se hará un intento por establecer una comunicación.

Con frecuencia parece difícil llegarle al niño, pero él es tá muy consciente de lo dicho por el odontólogo. Es importante ser firme, claro y establecer lineamientos claros pa ra la conducta. Se delinearán claramente los objetivos del tratamiento y se hará un esfuerzo decidido para discernir la raíz del problema. El acto de desafío puede reflejar - una ansiedad o temor subyacente. Una vez establecida la co municación, los pacientes de esta categoría puede tornarse muy cooperativos. (2)

CONDUCTA TIMIDA:

A estos pequeños hay que tratarlos en forma confiada y a la vez cariñosa, cálida y humanamente. Lo mejor es un abordaje suave, y en clave menor, y se deben delinear claramente las bases para la sesión. Estos niños suelen reaccionar mejor ante las mujeres inicialmente, de modo que la utilización del personal femenino en la orientación puede resultar una beneficiosa aplicación de sus aptitudes. Una vez logrado un nivel inicial de comodidad, el odontólogo - puede entonces participar en un enfoque en clave menor con mayor éxito. (2)

CONDUCTA COOPERATIVA TENSA:

Los niños que muestran estas características pueden - resultar muy difíciles de tratar. Se requiere estar cons -

tantemente alerta y demostrar una preocupación constante - por la comodidad y la reacción del paciente. Habitualmente cooperativos, estos jovencitos soportan su ansiedad lo mejor que pueden. Los signos manifiestos de aprensión-retorcerse las manos, transpirar, cogerse del sillón también - pueden ser indicio de incomodidad. Los niños inicialmente capaces de superar la sesión odontológica, cuando son mal-manejados, pueden demostrar y perder el control en las sesiones siguientes. (2)

De tal modo, existen implicaciones para el futuro - odontológico de estos niños y se harán todos los esfuerzos necesarios para establecer una confianza en las etapas iniciales de su atención. Aún entonces la tensión puede persistir aunque dentro de los límites del propio control del niño.

CONDUCTA LLOROSA:

Este tipo de reacción puede resultar muy frustrante - para todos los miembros del equipo odontológico. Más aún, puede elevar los niveles de ansiedad de todos los circunstancias. Requiere gran disciplina para seguir acercándose a estos niños de manera racional y objetiva. La comodidad - del paciente constituirá una preocupación mayor. Como el niño suele gemir cualquiera que sea la naturaleza del procedimiento son de verdadero malestar y hay que supervisar al niño constantemente para establecer si hay una causa -

justificable de sus gemidos.

Un factor importante es la significación psicológica de estos diferentes enfoques. Wolking, preocupado por esto, anota: "Un componente principal del miedo y ansiedad es la sensación de impotencia frente al peligro. Los procedimientos forzados por quienes son más grandes y más fuertes solo sirven para intensificar los sentimientos de impotencia". (2)

Por último, la evaluación objetiva de cada paciente, facilitará la selección del abordaje correcto para lograr la mejor pausa positiva de conducta.

VALORACION DE LA ANSIEDAD:

A continuación describiremos tres tipos de exámenes para valorar la ansiedad en el niño. Estas evaluaciones nos ayudan a detectar el grado de miedo a ansiedad que se presenta en el niño y de esa forma a darnos una guía para su manejo de acuerdo al estado emocional del mismo.

EXAMEN "A"

Esta evaluación consiste en darle al paciente su examen de elección de figuras. El extremo consta de 6 hileras de dibujos con tres dibujos en cada una, estos dibu -

jos nos muestran diferentes estados emocionales. Al niño se le pide elegir tres elementos de los existentes en la tabla, los cuales el siente que se identifican más a su persona.

Estos pueden ser de felicidad, miedo, llanto, tristeza, enojo o miedo en movimiento. Se le indica al niño que puede escoger cualquier elemento que desee, no necesariamente deberá ser uno de cada hilera.

Se le da al niño 2 minutos como tiempo límite para completar el examen. Una vez completado el examen se analiza según las figuras que el niño haya escogido, estas nos darán una idea del estado emocional en el que se encuentra el niño. (15, 16)

EXAMEN "B"

Este examen consiste en lo siguiente:

En el área de evaluación se le pide al niño dibujar una persona usando una hoja de papel en blanco con lápices de colores. Se le instruye al niño terminar el dibujo en 10 minutos. (12)

Este examen es basado en la omisión de brazos, la presencia de sonrisa, proporción de la cabeza y cuerpo, movimiento y el tamaño de la figura. La valoración de los indi

ces de ansiedad va del 0 al 4 siendo 0 el menor y el 4 el mayor grado de ansiedad.

Sistema de valoración:

Omisión de brazos: 0 si los brazos y manos están presentes 2 si se encuentran parcialmente.
4 Si están ausentes.

Sonrisa: La presencia de la sonrisa requiere hacia arriba en la línea principal de la boca.
0 si la sonrisa está presente.
2 si está ausente.
4 si la boca no fue dibujada. (12)

Proporción de la cabeza y el cuerpo:

0 si la altura de la cabeza es menor a $1/5$ de la altura de toda la figura o más de $1/8$ a la altura de la figura.
2 si la altura de la cabeza es mayor o igual a $1/5$ de la altura de la figura.
4 si la altura de la cabeza es menor o igual a $1/8$ la altura de la figura.

Tema o movimiento: Tema se refiere a aumentar algún objeto aparte de la ropa, sombrero y el cuerpo, como un objeto en la mano. Movimiento se

refiere a la postura corporal proyectando una acción, como caminando, corriendo o alzando una pelota.

0 si alguno de estos está presente.

2 si ninguno está presente.

Tamaño: Se mide la distancia de abajo hacia arriba.

0 si es menor de 4.5 in.

2 si mide hasta 4.5 in.

4 si es mayor de 4.5 in.

Una vez completado el dibujo por el niño, se valora y se saca el promedio de calificación, ésta nos indicará el estado de ansiedad. (12)

EXAMEN "C"

En este examen, la valoración del nivel de ansiedad del niño previa al tratamiento dental es medida por medio de dibujos de la escala de ansiedad dental. En un cuarto pequeño cercano al operatorio, la asistente dental pide al niño hacer un dibujo de él mismo, del dentista y de la situación dental. El niño recibe una hoja blanca de papel y seis lápices de colores (amarillo, rojo, azul, gris, café y negro). Al terminar el dibujo se le pide al niño que explique el significado de la figura. (10)

Los dibujos son evaluados de acuerdo a las categorías de evaluación de la escala de ansiedad dental.

- Demostrando la situación dental:

- 0 El dibujo refleja la situación del tratamiento
- 1 Omisión de la situación del tratamiento.

El niño ansioso no dibuja la situación que espera, - provocante de ansiedad; principalmente el operatorio dental.

- El tamaño del niño comparado con el tamaño del dentista.

- 0 El dentista aparece más grande que el niño
- 1 El niño aparece en una proporción igual o mayor que el dentista.

El tamaño significa poder. El niño ansioso distorciona la realidad y disminuye el tamaño del dentista para contrarrestar su ansiedad. (10)

- El dibujo del dentista:

- 0 El dentista está presente
- 1 El dentista está ausente

La ausencia del dentista amenazante significa ansiedad.

- Número de colores usados.

0 Uso de más de tres colores

1 Uso de tres o menos colores

La ansiedad se manifiesta inversamente al número de colores usados.

- Omisión de partes del cuerpo:

0 Presencia de todas las partes del cuerpo

1 Omisión de las partes del cuerpo

Partes omitidas del cuerpo significa conflicto o evitar el órgano causante de ansiedad.

- Demostrar los instrumentos dentales:

0 Ausencia de instrumentos dentales

1 Presencia de instrumentos dentales

Obviamente una jeringa, fresa u otro instrumento dental causa ansiedad o hablan de ansiedad.

El nivel de ansiedad de cada dibujo es la suma de los seis y varía de 0 al 6, siendo el:

- 0 = Ausencia de ansiedad y el
- 6 = Ansiedad en el más alto nivel. (10)

NOMBRE Daniel Caraveo

EDAD 10 años

SEXO Masculino

DIRECCION Manuel Acuña No. 2491

MOTIVO DE LA CONSULTA Revisión Periódica

EXPERIENCIAS ODONTOLÓGICAS PREVIAS Favorables

EVALUACION:

A tu derecha hay un grupo de dibujos de niños, escoge a tres de los niños que se sientan más como tú te sientes ahorita.

Fíjate cuidadosamente en sus caras y observa como se siente. Pon una cruz sobre los dibujos que escogiste.



TIPO DE EXAMEN "A"

RESULTADOS:
Daniel nos demuestra felicidad
y tranquilidad, es un niño muy
seguro de sí mismo y coopera -
dor hacia el tratamiento.

NOMBRE Paola Gaxiola Aceves

EDAD 7 años

SEXO Femenino

DIRECCION 2869 Turmalina Res. Victoria

MOTIVO DE LA CONSULTA Aparato Ortodóntico

EXPERIENCIAS ODONTOLÓGICAS PREVIAS Regulares

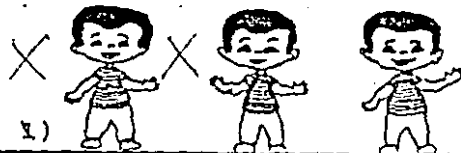
EVALUACION:

A tu derecha hay un grupo de dibujos de niños, escoge a tres de los niños que se sientan más como tú te sientes ahorita. Fíjate cuidadosamente en sus caras y observa como se siente. Pon una cruz sobre los dibujos que escogiste.

RESULTADOS:

Por lo general esta niña se encuentra tranquila, aunque demuestra que siente cierto grado de temor hacia el tratamiento, ya que ella ha tenido algunas experiencias dolorosas.

TIPO DE EXAMEN "A"



NOMBRE Marisol Aceves Ramirez

EDAD 8 años

SEXO Femenino

DIRECCION Circunvalación Norte # 80

MOTIVO DE LA CONSULTA Revisión Periódica

EXPERIENCIAS ODONTOLÓGICAS PREVIAS Ninguna

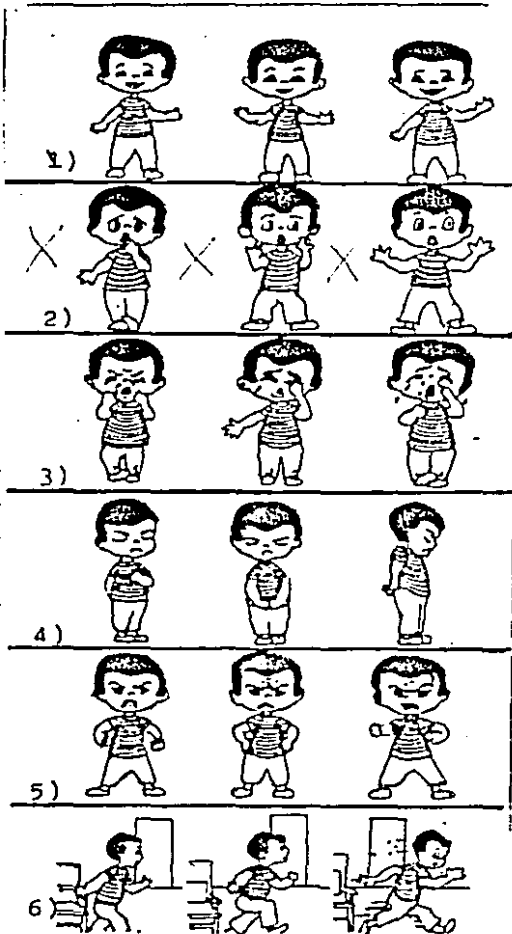
EVALUACION:

A tu derecha hay un grupo de dibujos de niños, escoge a tres de los niños que se sientan más como tú te sientes ahorita. Fíjate cuidadosamente en sus caras y observa como se siente. Pon una cruz sobre los dibujos que escogiste.

RESULTADOS:

Marisol demuestra su miedo y se proyecta a través de los dibujos que ha escogido. Esto es una muestra del miedo a lo desconocido.

TIPO DE EXAMEN "A"



NOMBRE Liliana Castro Becerra
EDAD 9 años SEXO Femenino
DIRECCION El Carmen No. 282
MOTIVO DE LA CONSULTA Obt. Amalgama
EXPERIENCIAS ODONTOLÓGICAS PREVIAS Buenas

EVALUACION:



RESULTADOS: El promedio de calificación fue de 1.2 lo cual nos indica
que hay algo de ansiedad en un nivel muy bajo, ya que la
mayoría de las características están presentes.

TIPO DE EXAMEN: "B"

NOMBRE Juan Pablo Fernández del Valle

EDAD 7 años

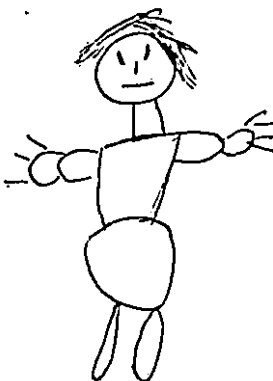
SEXO Masculino

DIRECCION Paraná No. 3070 Prov.

MOTIVO DE LA CONSULTA Aparato Ortodóntico

EXPERIENCIAS ODONTOLÓGICAS PREVIAS Al principio se rehusaba a la atención
odontológica

EVALUACION:



RESULTADOS: 1

Este dibujo nos demuestra cierta inseguridad en el niño
y cierto temor reflejado en la cara.

TIPO DE EXAMEN: "B"

NOMBRE Catalina Casillas

EDAD 8 años

SEXO Femenino

DIRECCION Robert Schuman No. 5188 La Estancia

MOTIVO DE LA CONSULTA Aparato Ortodóntico

EXPERIENCIAS ODONTOLÓGICAS PREVIAS Buenas

EVALUACION:



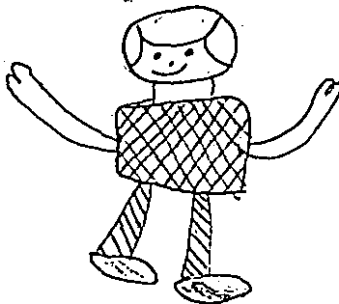
RESULTADOS: 0

Esta niña refleja que le agrada ir al dentista, ya que
así lucirá después del tratamiento.

TIPO DE EXAMEN: "B"

NOMBRE Luis Casillas
EDAD 5 años SEXO Masculino
DIRECCION Robert Schuman No. 5188
MOTIVO DE LA CONSULTA Obturación amalgama
EXPERIENCIAS ODONTOLÓGICAS PREVIAS Ninguna

EVALUACION:



RESULTADOS: 0
El estado emocional de este niño es muy aceptable, se en
cuentra tranquilo y contento

TIPO DE EXAMEN: "B"

NOMBRE Soraya López Negrete

EDAD 7 años

SEXO Femenino

DIRECCION Bethoven No. 5158 La Estancia

MOTIVO DE LA CONSULTA Extracción

EXPERIENCIAS ODONTOLÓGICAS PREVIAS Ninguna

EVALUACION:

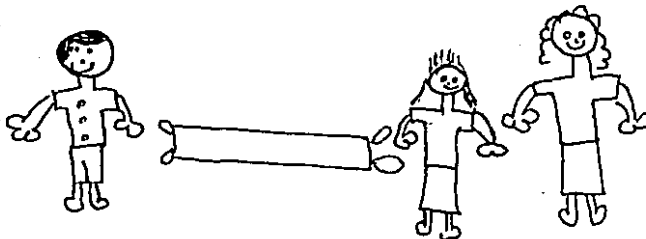


RESULTADOS: El grado de ansiedad equivale a 0. Soraya es una niña que
aunque no haya tenido experiencias dentales ha sido orien-
tada favorablemente.

TIPO DE EXAMEN: "B"

NOMBRE Yolanda Camberos Hernández
EDAD 9 años SEXO Femenino
DIRECCION Noche No. 2139 Jardines del Bosque
MOTIVO DE LA CONSULTA Revisión periódica
EXPERIENCIAS ODONTOLÓGICAS PREVIAS Buenas

EVALUACION:

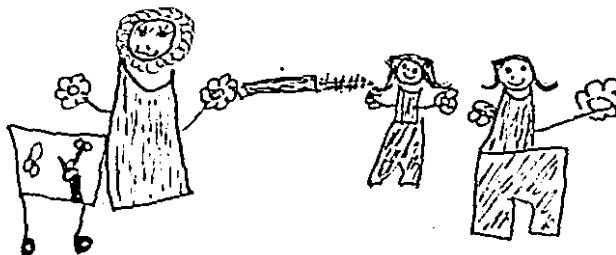


RESULTADOS: 1
Hay un nivel muy bajo de ansiedad, por el dibujo nos
podemos dar cuenta que la paciente se encuentra más
o menos tranquila

TIPO DE EXAMEN: "C"

NOMBRE Adriana Carolina Zambrano Olea
EDAD 7 años SEXO Femenino
DIRECCION El Carmen 288 Camino Real
MOTIVO DE LA CONSULTA Obturación amalgama
EXPERIENCIAS ODONTOLÓGICAS PREVIAS favorables

EVALUACION:



RESULTADOS: 1
Hay cierto grado de ansiedad pero leve, el temor en este
caso es hacia la anestesia como se puede ver proyectado
en la jeringa

TIPO DE EXAMEN: "C"

NOMBRE Paola Gaxiola Aceves

EDAD 7 años

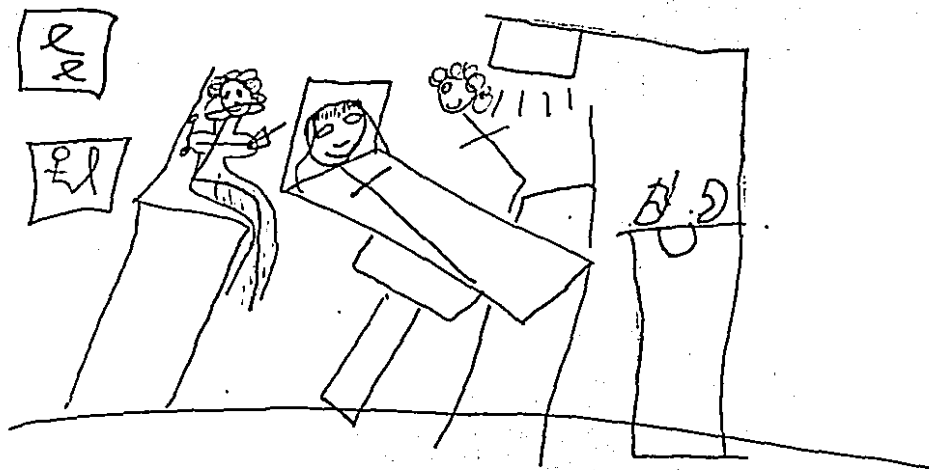
SEXO Femenino

DIRECCION 2869 Turmalina Res. Victoria

MOTIVO DE LA CONSULTA Aparato Ortodóntico

EXPERIENCIAS ODONTOLÓGICAS PREVIAS Regulares

EVALUACION:



RESULTADOS: 3

Esta niña presenta un nivel medio de ansiedad, la presencia de los instrumentos nos demuestra su miedo, así como la falta de las partes del cuerpo.

TIPO DE EXAMEN: "C"

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES.

Los resultados obtenidos de los exámenes nos demuestran el grado de ansiedad del niño antes del tratamiento dental. Los resultados varían de acuerdo a las experiencias previas del niño y de acuerdo al nivel socio-económico del mismo. Los exámenes que han sido presentados en esta tesis han sido elaborados en un consultorio de práctica particular en el cual el nivel socio-económico de los niños que se presentan es de un nivel medio-alto, lo cual nos demuestra que el grado de ansiedad de estos niños es bajo y sus expectativas al tratamiento dental son buenas.

Otras observaciones hechas en un consultorio situado en una zona donde el nivel socio-económico es más bajo, nos demostraron que los niños llegaban con un grado de temor y ansiedad más elevado. Esto se debe a la falta de experiencias personales o a la falta de orientación hacia el tratamiento dental.

De los exámenes elaborados, los que para nosotros fueron de mayor utilidad son el tipo A y el tipo C. Ya que el tipo A nos da una idea de estado emocional del niño antes de iniciar el tratamiento y el tipo C nos ayuda a identificar lo que piensa de la situación dental.

Con esta tesis hemos llegado a la conclusión que la ansiedad en los niños es manifestada en diversas formas y la causa de ella es variable, como puede ser el nivel socio--económico, las experiencias odontológicas previas y la educación del niño acerca del tratamiento dental.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

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

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Barber, Thomas K.; Luke, Larry S.
Odontología Pediátrica.
1ra. Edición
El Manual Moderno
México, D. F., 1985.
Pp. 43-44, 51-52
- 2.- Braham, Raymond L.; Morris, Merle E.
Odontología Pediátrica
1ra. Edición
Editorial Panamericana
Buenos Aires, Argentina., 1984.
Pp. 452-454, 460-463.
- 3.- Di Caprio, Nicholas S.
Teoría de la Personalidad.
1ra. Edición.
Nueva Editorial Interamericana.
México, D. F., 1976.
Pp. 68-69.
- 4.- Finn, Sidney B.
Odontología Pediátrica.
Cuarta Edición.
Editorial Interamericana.
México, D. F., 1983.
Pp. 15-17, 37.

- 5.- Herbert, Mark R.; Innes Michael J.
Familiarization and Preparatory Information in the
Reduction of Anxiety in Child Dental Patients.
Journal of Dentistry for Children. Vol. 46. No. 4
1979
Pp. 47-51
- 6.- Holloway, P.J.; Swallow, J.N.
Salud Dental Infantil.
Primera Edición.
Editorial Mundi.
Buenos Aires, Argentina., 1979.
Pp. 18, 19
- 7.- Ingersoll, B.D.
Behavioral Aspects in Dentistry.
Primera Edición.
Appleton-Century Crofts.
New York., 1982.
Pp. 117-119, 126-127
- 8.- Mc Donald, Ralph E.; Avery, David R.
Dentistry for the Child and Adolescent
3rd. Edition.
The C.V. Mosby Co.
Saint Louis., 1976.
Pp. 27, 30-32
- 9.- Mc Tighe, Dennis J.
The Dental Clinics of North America Pedodontics.
Vol. 28 No. 1

- 10.- Sheskin, R.B.; Klein, H.; Lowental U.
Assessment of Children's Anxiety Throughout
Dental Treatment by their Drawings.
Journal of Dentistry for Children. Vol. 49 No. 2
1982.
Pp. 99-106
- 11.- Snawder, Kenneth D.
Handbook of Clinical Pedodontics. 2st Edition.
The C.V. Mosby Co.
Saint Louis., 1980.
Pp. 43-46.
- 12.- Sonnenberg, E.; Venham L.
Human Figure Drawing as a Measure of the Child's
Response to the Dental Visit.
Journal of Dentistry for Children. Vol. 44 No. 6
1977.
Pp. 30-34.
- 13.- Stewart, James.
Pediatric Dentistry.
1st. Edition
Editorial Mosby
Saint Louis., 1983
Pp. 795-800
- 14.- Tarlano, James M.; Scott, Donald S.
Psychological Acquisition and Treatment of
Dental Anxiety.

The Dental Assistant. Vol. 52 No. 4
1983.
Pp. 26-28

- 15.- Venham, Larry L.; Krener-Gaulin, Elise
A Self Report Measure of Situational Anxiety
for Young Children.
Pediatric Dentistry. Vol. 1 No. 2
1979.
Pp. 91-96
- 16.- Vieson, Robert A.; Silverston, John R.
Psychological Tests as Predictors of Children's
Operatory Behavior.
Journal of Dentistry for Children. Vol. 50 No. 4
1983.
Pp. 278 - 282
- 17.- Wright, F.A.C.
Relationship of Children's Anxiety to their Potential
Dental Health Behavior.
Community Dentistry and Oral Epidemiology.
Vol. 8 No. 4. 1980.
Pp. 189-194.
- 18.- Wright, Gerald Z.; Aperns, Gerald D.
Variables influencing Children's Cooperative Behavior
at the First Dental Visit.
Journal of Dentistry for Children. Vol. 32 No. 2
1971.
Pp. 124

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- 19.- Allport, G.W.; Patterns and Growth in Personality. New York., Holt Reinchart and Winston., 1961.
- 20.- Christen, A.; Piagetian Psychology; Some Principles as Helpful in Treating the Child Dental Patient., Journal of Dentistry for Children 44;40., 1977.
- 21.- De Blain, S.M.; Psychosocial Considerations., En: Sanders Pediatric and Maxillofacial Surgery., Saint Louis., C.V. Mosby., 1979.
- 22.- Edelston, H.; The Anxious Child; Br. Dent. J., 108 No. 6, p. 345-349, 1960
- 23.- Frankl, S.H.; Shiere, F.R.; Fogels, H.R.; Should the Parent Remain with the Child in the Dental Operatory.; Journal of Dentistry for Children. Vol. 29 1962., Pp. 150-163.
- 24.- Piaget, J.; Inhelderb.; The Psychology of the Child. New York., Basic Books., 1969.
- 25.- Rud, B.; Kisling, E.; The Influence of Mental Development on Children's Acceptance of Dental Treatment.; Sean J. Dent. Rest. 1973.
- 26.- Watson, E.H. and Lowery G.H.; Growth and Development of Children.; 2nd Edition., Chicago., 1954., Year Book Medical Publishers Inc.

27.- Wright, G.Z.; Behavior Management in Dentistry for
Children.; Philadelphia., 1975., W.B., Saunders Co.