

95
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ENFOQUE PSICOLOGICO DE LA ODONTOLOGIA PEDIATRICA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N :

MARIA EUGENIA CHAVARRIA DOMINGUEZ

DONAJI MINGUER ESTRADA

CARMEN MARTINEZ CUEVAS

MEXICO, D. F.

1988



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

	Página
INTRODUCCION	I
CAPITULO I	
AMBIENTE Y ORGANIZACION DEL CONSULTORIO ODONTOPEDIA TRICO.	
A) Clasificación del color	2
1.- Colores primarios y complementarios	2
2.- Impresión sensitiva a cada color	3
B) Decoración del consultorio	4
1.- Decoración activa	6
2.- Decoración pasiva	6
CAPITULO II	
CONDUCTA DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL.	
A) Desarrollo psicológico del niño	9
B) Patrones de conducta a diferentes edades	11
C) Diferente conducta psicológica del niño y su ma- nejo	17

CAPITULO III

REACCIONES A LOS TRATAMIENTOS DENTALES.

A) Ansiedad	28
1.- Ansiedad y temor	29
2.- Ansiedad y dolor	29
3.- Ansiedad y sentido de desamparo	30
B) Miedo	32
1.- Estímulos de miedo	32
2.- Reacciones a los estímulos de miedo	35
3.- Tipos de miedo	38
4.- Valor del miedo	45
C) Ira	45
D) Dolor	49
1.- Medios de obtener hechos clínicos sobre el dolor	50
2.- Emociones y reacciones al dolor	52
3.- Dolor asociado con el tratamiento dental ...	53
4.- Medidas psicológicas para controlar el dolor y el miedo	55

CAPITULO IV

TRINOMIO NIÑO-PADRE-DENTISTA.

	Página
A) Actitud psicológica del Cirujano Dentista	60
B) Relación Padre e hijo	63
1.- Afecto exagerado	64
2.- Sobreprotección	65
3.- Indulgencia exagerada	65
4.- Ansiedad excesiva	66
5.- Autoridad excesiva	66
6.- Desafecto	67
7.- Rechazo	67
8.- Hijo único	68
9.- Niño adoptado	68
C) Manejo de los Padres en el consultorio dental ..	69

CAPITULO V

INTRODUCCION DEL NIÑO AL CONSULTORIO DENTAL.

A) Pacientes de primera visita	72
B) Duración de la visita	75
C) Pacientes de emergencia	76
D) Recepción del niño	79
1.- Recepcionista	79
2.- Asistente	82
3.- Actitud del Odontólogo	83

	Página
E) Técnicas de modificación de la conducta	85
1.- Decir mostrar, hacer	85
F) Técnicas de cepillado, uso de hilo dental y uso - de pastilla reveladora	91

CAPITULO VI

MANEJO DE LAS CONDUCTAS INTERRUPTIVAS DE LOS NIÑOS.

A) Control de la voz	110
B) Restricción física	111
C) Técnica de la mano sobre la boca	113
 CONCLUSIONES	 116
 BIBLIOGRAFIA	 119

INTRODUCCION

Si aceptamos que la salud es "un proceso activo del ser humano, del cual éste trata de mantener su armonía psicofísica en equilibrio dinámico con la circunstancia natural y socio cultural en que cada persona transcurre" y que debemos interpretar el crecimiento y desarrollo del niño "no sólo como la adecuada evolución de su anatomía y fisiología", sino que estamos obligados a ver en nuestro paciente niño algo más que sus dientes.

Pensamos que centrar la atención solamente en el problema dentario es inadecuado. Porque, además de la información que el niño tiene de lo que pasa en su diente (aspecto físico), también piensa en su diente, en el odontólogo y sus procedimientos (aspecto mental), y lo que es muy importante siente sobre lo que le sucede o le puede suceder (aspecto emocional).

Creemos que lo fundamental es como solucionar la mayor o menor ansiedad que el niño trae al consultorio. Entre las causas que generan ese universal miedo al dentista, podríamos mencionar: el miedo al dolor, a lo desconocido, a las malas experiencias odontológicas previas, también las médicas, los comentarios negativos en el ambiente familiar y escolar, el haber sido testigo presencial durante una visita odontológica no muy tranquila, las amenazas, la influencia

de la televisión, las historietas, etc., presentando al adon
tólogo como personaje gozosamente siniestro, el ambiente -
del consultorio y la personalidad del profesional. No hay -
duda en que todas estas causas suelen ser conscientes, se -
recuerdan, se pueden comentar y por lo tanto, no resulta de
masiado difícil al odontólogo realmente interesado en el ni
ño, resolver el problema.

Pero en muchos casos, el niño no puede controlar la an
siedad que le provoca enfrentar la situación odontológica, -
aun para un examen de rutina.

Desde hace muchos años se ha señalado la importancia -
de la boca y los dientes en el desarrollo psicoemocional -
del individuo y la vigencia permanente de las emociones y -
fantasías vinculadas a estos órganos, como causa de fondo -
en el rechazo y resistencia al odontólogo y sus procedimien
tos.

No es difícil aceptar esa prioridad y singularidad de
la boca, si pensamos que sólo por ella el ser humano puede
superar la tremenda conmoción psicobiológica del nacimiento.

El recién nacido tardará meses en reconocer el seno ma
terno como separado de su propio ser y a su madre como adul
to diferenciado. Las fantasías provocadas por esas emocio--
nes tempranas, aunque olvidadas, tienen permanente vigencia
y constituyen la base de la ansiedad al reactivarse la si-
tuación traumática.

La aparición de los dientes plantea una nueva separación de la madre. Algunos autores han analizado la influencia del rechazo primario de los dientes como reacción a nivel inconsciente por la "trampa" que tienden al infante y le obligan a separarse de su madre.

No cabe duda que la confusión de sentimientos hacia los dientes, hacia la madre que retira el seno (no olvidemos que es también la época en que el niño adquiere otras posibilidades motoras, de lenguaje, etc.) tiene que dejar una huella profunda. No nos extrañe que la proyección en el odontólogo (justamente el explorador de esa zona) de esos sentimientos, constituya el origen de muchas tensiones y ansiedades "inexplicables" en el sillón dental.

Todo cuanto llevamos dicho no significa, en modo alguno que para atender niños, el odontólogo deba dejar de serlo y convertirse en psicólogo o psicoanalista y convierta su relación con el niño y sus padres en una serie de interpretaciones más o menos "silvestre", sino que tiene que prepararse para atender niños.

Hay autores que señalan que "el dentista, desde luego, no debe hacer otra cosa que odontología, y no deberá invocar siquiera a la psicología para fundamentar su actitud frente al niño, ya que la madre podría exigirle, con razón que acredite la profesión respectiva". Sin embargo, con este estudio demostramos lo importante que es saber psicolo-

gía y aplicarla con el niño.

Todo ese conocimiento sirve para que aprendamos a aceptar al niño tal como es, a respetar sus sentimientos, a comprender que su conducta puede estar motivada por factores - no tan superficiales.

En el consultorio, estamos nosotros, que actuamos en función de nuestra personalidad y necesitamos ejercer la profesión con madurez psíquica, lo que sólo será posible en la medida que los conflictos con "nuestro propio niño", el que llevamos dentro, se hayan solucionado y no contribuyan a potenciar los cuadros que los niños y los padres nos presentan.

Con todo eso y una técnica correcta, respaldada por un conocimiento actualizado, podremos ejercer odontología pediátrica con enfoque integral.

En esta tesis no podemos dejar de referirnos a los problemas emocionales de los padres, en cuanto a la relación con sus hijos, ya que esos conceptos pueden aplicarse a los profesionales, lo que deberíamos tener en cuenta es que lo importante no consiste sólo en lo que hacemos sino en el modo de hacerlo.

El niño necesita convencerse que lo atienda quien puede controlarlo y protegerlo. Por eso el "contrato" que establezcamos con el niño debe ser que nos ayude a que nosotros lo ayudemos.

Hemos señalado también lo que llamamos la "triada" o "trimonio", niño-padre-dentista, y a la necesidad de llegar a un ajuste ideal de interacción.

A los padres les otorgamos la máxima importancia en el tratamiento de sus hijos, más aún cuando es la primera vez que acuden con un dentista.

Es bien cierto que las ansiedades maternas o paternas se expresan en los niños y juegan un papel muy importante en su tratamiento. La ansiedad de los padres (principalmente la de la madre), parece ser el factor principal que afecta la conducta del niño en su tratamiento dental. Insistimos también en valor de una breve entrevista o cuestionario preoperatorio para identificar los niños más propensos a reacciones negativas.

Creemos que no corresponde a la competencia y responsabilidad del dentista explorar actitudes y que es importante no complicarse en la vida personal del padre o interferir tan profundamente en la relación con su hijo.

A la madre se le debe informar claramente sobre el tratamiento de su hijo (por qué, cómo, cuándo, etc.).

También tenemos que hacernos cargo de esa madre absorbente, a quien suele resultarle imposible que su hijo se independice. Ella está y quiere estar. Entonces hay que hacerle conocido lo desconocido y explicarle su importante papel

para favorecer el tratamiento de su hijo. Escuchar, y mucho, pero no dar consejos sobre cosas que no tienen que ver con la situación odontológica.

Lo que nos importa en realidad es extraer la transversalidad de casos, la posibilidad de aplicar el conocimiento de uno a todos. Cuando necesitamos explicarle a un niño y sus padres sobre el tratamiento, todo esto en nuestro concepto, no puede pasar de dos sesiones. Nada nuevo tenemos para ofrecerle sobre el enfoque general de su tratamiento, una vez que ha tomado conciencia de su problema. Lo nuevo que vaya surgiendo será "explicado, mostrado y hecho" en el momento que corresponda. Tranquila, segura y educadamente.

No estamos negando la importancia de la psicología profunda en odontopediatría. Sería absurdo y además en nosotros incomprensible. Porque fuimos los primeros en "dar la cara" y nos enorgullece habernos jugado por la idea. Pero llamamos a la prudencia y al sentido común. En lo que estamos insistiendo es en la necesidad de ubicarnos en nuestro rol odontopediátrico.

Cuando sea necesario buscaremos la ayuda del psicólogo. Del psicólogo sensible que comprende que se trata odontopediátricamente, y realiza la terapia adecuada, de emergencia limitada para solucionar ese problema.

En síntesis, las actitudes que cada uno adopte como profesional en la situación odontológica con el niño y sus padres dependerá para bien o para mal, de la resolución de los conflictos subyacentes individuales, que nos pondrán frente a ellos como adultos significativos, respetados y es timados.

CAPITULO I

AMBIENTE Y ORGANIZACION DEL CONSULTORIO ODONTOPEDIATRICO

A. Clasificación del color.

1. Colores primarios y complementarios.
2. Impresión sensitiva a cada color.

B. Decoración del consultorio.

1. Decoración Activa.
2. Decoración Pasiva.

I. AMBIENTE Y ORGANIZACION DEL CONSULTORIO ODONTOPEDIATRICO.

A) Clasificación del Color.

El color proviene de la luz y ésta es la mezcla de siete colores, que se observan del arcoiris en el firmamento, cuando está lloviendo y hay sol, éste envía sus rayos, que al pasar por partículas de agua, se descomponen en siete colores (rojo, anaranjado, amarillo, verde, azul, índigo y violeta). Cuando un rayo de luz llega a un objeto, éste puede absorber todos los colores y entonces se verá blanco, y se verá rojo o azul al absorber los demás colores, porque éstos mismos se reflejan (rojo y azul). Si no hay luz, todo se verá negro; es decir, no se pueden ver los colores.

1.- Colores Primarios y Complementarios.

como ya sabemos, la sensación de la luz blanca se forma con la suma de las radiaciones de varios colores; sin embargo, el ojo humano puede tener la sensación de todos los colores por medio de la combinación de tres colores fundamentales llamados primarios: rojo, amarillo y azul.

Los tres colores primarios proyectados sobre una misma pantalla dan luz blanca. Cuando dos de ellos superpuestos producen luz blanca se llaman complementarios.

Por ejemplo: el verde y el anaranjado son complementarios.

El negro es la ausencia de todo color.

De acuerdo a lo antes dicho se tratará de aplicar el color en el consultorio dental para dar la impresión sensitiva que más favorezca a nuestro paciente.

2. Impresión Sensitiva del Paciente a cada color.

La vista es el sentido que capta las cualidades luminosas en los objetos, como forma y color, así como su situación en el espacio. El objeto propio de la vista es, entonces, la sensación luminosa, producida por la luz y los colores, siendo éstos modificaciones de la luz.

Cada color causa dentro del sistema nervioso una impresión diferente, como puede ser: tranquilidad, alegría, etc.

Dentro de esas impresiones mencionaremos algunas como ejemplos:

BLANCO: este color hará sentir a nuestro paciente en un ambiente de orden y tranquilidad, limpieza, luz y confianza.

VERDE: le dará tranquilidad y frescura.

AMARILLO: éste es un color de primavera y sol, indicado en climas fríos, es alegre y da luz.

ROJO: este color además de ser caliente, causa excitación y nerviosismo.

NARANJA: este color transmite alegría, buen humor y hace sentir confortable y feliz al paciente.

AZUL: este color es frío, recomendado en climas cálidos, teniendo en cuenta que es también un color triste.

VIOLETA: color frío, pero a diferencia del anterior, es que éste es alegre, puesto que es más claro.

NEGRO: color serio y elegante, indicado en salas de espera de adultos, nunca en niños, ni en unidades dentales.

B. Decoración del Consultorio.

Si se va a dedicar enteramente a los niños, el consultorio completo desde la sala de recepción hasta la sala de tratamiento, deben tener un tema variado.

Decoraciones y accesorios que describen situaciones como el circo, oeste, el espacio o canciones de cuna, dan un toque de fantasía al consultorio y tienden a desvanecer el miedo. Una pecera es siempre una fuente de entretenimiento y puede ser colocada en la sala de espera o en la de tratamiento, en un lugar en que el niño pueda verla.

Una música apenas audible y relajante tiene efectos reconfortables en el niño y en los padres y hace desaparecer

la frialdad que a menudo se siente en una habitación silenciosa.

Un entretenimiento muy positivo y activo es colocar una pizarra con gises de colores para ser usados por el paciente, así como también una mesita infantil donde los niños puedan colorear o hacer sus tareas, siempre supervisados por el personal asistente; ya que existen algunos niños que pudieran meterse los objetos a la boca.

Pueden conservarse en la sala algunos objetos como: muñecos, figuras para armar, cuadernos de colores, los cuales pueden ser revistas y libros infantiles, sencillos y resistentes.

Además, debería ser muy importante la lectura para los padres: como notas deportivas, sociales, financieras, o aspectos del hogar y modas; ya que los padres pueden constituir la principal fuente de entretenimiento para el paciente infantil.

Las tarjetas que recuerdan la visita y las notificaciones deberán ser atractivas, con motivos infantiles o colores vivos para que el niño sienta que le son enviadas a él.

Un dibujo de algún personaje de cuentos en la tarjeta ayudará en este sentido.

El consultorio dental puede hacerse más atractivo al niño si algunos dibujos en las paredes muestran niños jugando

do. El dibujo de un niño alegre y riéndose es buen ejemplo siempre.

Para una mejor explicación de lo que hemos obtenido en nuestra investigación clasificaremos en dos tipos de decoración: Activa y pasiva.

Aunque en el consultorio dental no podemos decorar en un solo modelo en general; ya que se atenderán niños de diversos gustos, lo más conveniente es conjugar los dos tipos de decoración.

1. Decoración Activa.

Está indicada en niños tímidos, muy pasivos, introvertidos y con los cuales es difícil un mutuo acercamiento.

Los colores siempre serán muy fuertes para llamar su atención, como el anaranjado, amarillo, verde y blanco, (el rojo no es aconsejable) es muy favorable colocar posters o tapices alegres, ya que favorecen psicológicamente al niño.

Los muebles serán sencillos, tratando siempre de trabajar con todo el instrumental atrás del paciente, de manera que éste, sólo tenga la luz frente a él.

2. Decoración Pasiva.

Esta decoración por el contrario es para niños demasia

do activos, alegres, inquietos; ya que será decorado con el fin de que se tranquilice y esa actividad o exceso de alegría disminuyan y podamos trabajar mejor.

Los colores serán pasteles, tonos rosas, azul, amarillo claro y blanco. Los muebles lo más sencillo posible, ya que el más mínimo rebuscamiento será un pretexto del niño - para distraerse o iniciar un diálogo que nunca tendrá fin.

En un consultorio dental sería muy favorable tener estos dos tipos de decoración, ya que se deberá tener presente que el aspecto del consultorio no va a controlar la conducta de nuestro paciente, pero sí puede ser de gran importancia la influencia que ejerza sobre su estado de ánimo.

La razón de decorar un consultorio con motivos y colores infantiles es para que el niño se sienta que realmente es un lugar especial para él.

CAPITULO II

CONDUCTA DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

- A. Desarrollo Psicológico del Niño.
- B. Patrones de Conducta a Diferentes Edades.
- C. Diferente Conducta Psicológica del Niño y su Manejo.

II. CONDUCTA DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

A. Desarrollo Psicológico del Niño.

Es un hecho reconocido que cada niño tiene un ritmo y estilo de crecimiento, no hay dos niños ni siquiera de la misma familia que sigan el mismo esquema de comportamiento, y por lo tanto, todo aquél que trabaja con el niño debe comprender que la edad psicológica no siempre corresponde con la edad cronológica. Sin embargo, en el diagnóstico de los problemas de conducta y también en la planificación del tratamiento, deben considerarse ambas edades, psicológica y cronológica.

Es interesante observar que el comportamiento de un niño puede cambiar en períodos de tiempo muy cortos, por ejemplo; puede que a los dos años el niño coopere y sea bien educado, mientras que a los dos años y medio se vuelva difícil y contradictorio.

Los niños preescolares son incansables en sus juegos, convierten todo lo que hacen en un juego. A esta edad, casi todos los niños se vuelven muy sociables.

Su desarrollo emocional e intelectual, así como sus mayores conocimientos le permiten al niño de esta edad tener mayor imaginación, misma que aprovecha para sus juegos, sean

creativos, dramáticos o de cualquier tipo. A esta edad a los niños de ambos sexos les da lo mismo ser cualquier cosa, chofer, doctor, bombero, ama de casa, maestra, etc., - pues aún no tienen nociones de los roles que la sociedad y la costumbre se ha encargado de señalar a cada sexo. Los niños son capaces de captar y reproducir en sus actividades - todo tipo de posturas, gestos, manías y palabras de los adultos.

El niño intercambia frecuentemente en sus juegos la realidad y la fantasía, por lo que en algunos casos, adultos ignorantes o incomprensivos de la psicología infantil - califican al niño como un niño mentiroso, sin embargo, a medida que el niño crece va comprendiendo e indentificando la línea divisoria entre lo real y lo fantástico. A medida que el niño crece, sus conversaciones con los adultos son cada vez más serias y empieza a emplear en forma más consciente el ingenio, la imaginación, el talento.

El niño refleja a través de sus juegos, su personalidad, sus problemas emocionales y psicológicos. Casi todos los niños pasan por una etapa de agresividad, que es una forma de dejar libres sus frustraciones, berrinches y ansiedades.

El lugar que cada niño ocupa dentro del seno familiar es muy importante, el saber si son hijos únicos, si son los primeros, los mayores, el menor o el de enmedio es un fac-

tor casi siempre determinante en la forma de comportamiento de cada niño, ya que los hijos de familia numerosa nunca recibirán la misma atención que un hijo único.

La edad es un determinante muy importante de lo que produce o da miedo al niño, por lo que los padres y el dentista deben estar conscientes y saber interpretar todas sus reacciones o estímulos.

B. Patrones de Conducta a Diferentes Edades.

El niño a los dos años de edad pasa de la categoría de infante a la de niño y comienza a manifestar alguna independencia, su desarrollo físico es rápido pero más lento que en el primer año de vida.

A veces se deberá examinar o tratar a un niño de esta edad, por lo tanto, es conveniente prestar atención al esquema de la conducta y el grado de desarrollo que se espera a esa edad. A los dos años los niños difieren muchísimo en su capacidad de comunicación sobre todo porque existe una diferencia considerable en el desarrollo de su vocabulario a esa edad y no está suficientemente adelantado para permitir relaciones interpersonales prolongadas, por su vocabulario tan limitado.

A menudo se dice que el niño de 2 años de edad está en la etapa precooperativa y es demasiado pequeño para llegar

a él con palabras solamente y debe tocar y manejar los objetos que estén a su alrededor con el fin de captar plenamente sus sentidos.

A esta edad se le debe permitir al niño que sostenga - el espejo, huela la pasta dentrífica, etc., pues al hacerlo tendrá una mejor idea de lo que se le intenta hacer.

El padre del niño parece ser en muchos casos el favorito, puesto que a esta edad el niño es tímido ante la gente y lugares extraños, resultándole difícil separarse de sus padres, por lo que casi sin excepción debe pasar acompañado de éstos al consultorio.

EL NIÑO A LOS TRES AÑOS.- Con el niño de tres años se suele poder comunicar y razonar con más facilidad durante la sesión odontológica, tiene un gran deseo de conversar y a menudo disfrutará contando historias al odontólogo y sus asistentes.

A esta edad en situaciones de stress o cuando se les lastima o están fatigados o asustados, automáticamente se vuelven a su madre o sustituto para consuelo, apoyo y seguridad.

Los primeros temores que el niño asocia con la odontología son los producidos por lo inesperado y desconocido.

El ruido y vibración de la fresa y la presión que se ejerce al usar instrumentos de mano al preparar cavidades,

produce miedo en un niño de esta edad.

Si el niño se ve empujado a una situación nueva en la que se ve obligado a separarse de sus padres, de quienes ha aprendido a depender para obtener seguridad, siente que se le ha abandonado; siente temor de no haber satisfecho a sus padres, cree que esto puede ser la razón de su abandono y - que la odontología es su castigo.

Por tales motivos también es recomendable que entre - acompañado de su padre o su madre al consultorio dental.

EL NIÑO A LOS CUATRO AÑOS.- Esta es la edad del porqué y del cómo durante la cual el niño expresa resistencia e independencia. Algunos niños de esta edad escucharán con interés las explicaciones y normalmente responderá bien a las - indicaciones verbales. Los niños de esta edad suelen tener mentes vivaces y ser grandes conversadores. En algunas si--tuaciones el niño puede tornarse bastante desafiante y puede recurrir al uso de malas palabras. En general, sin embargo, la criatura de esta edad que haya vivido una vida familiar feliz, con un grado normal de educación y disciplina - será un paciente muy cooperador e imaginativo.

El niño entra en un período de conflictos muy marcados y de inestabilidad emocional. A medida que su ego se desa-rolla se vuelve un poco autosuficiente para tolerar muchas tensiones internas desagradables, y suprimir las que puedan

lograr satisfacción. La fantasía en este período tiene un papel muy importante, por ser tal vez un mecanismo de defensa o de protección a sus problemas emocionales.

En la fantasía los niños harán con placer lo que les disgusta hacer en realidad, así el odontólogo puede llevar a cabo su trabajo por medio de juegos y fantasías.

EL NIÑO A LOS CINCO AÑOS.- El niño a esta edad está listo para aceptar las actividades en grupos y la experiencia comunitaria. A esta edad la relación personal y social están mejor definidas, el niño ya no teme a dejar a sus padres en la sala de espera. Si el niño ha sido bien preparado por sus padres no tendrá temor a experiencias nuevas como la de ir al jardín de niños o al consultorio del médico o del dentista.

En muchas ocasiones el niño de cinco años puede distinguir entre la verdad y la mentira y es capaz de autocrítica. Le gusta terminar lo que ha empezado.

Los niños de esta edad suelen estar orgullosos de sus posesiones y hay un orgullo social por sus ropas y sus concimientos, a esta edad son amantes de las alabanzas y son seguros de sí mismos.

EL NIÑO A LOS SEIS AÑOS.- A los seis años la mayoría de los niños se separan de los lazos estrechos con la fami-

lia, es una época de transición muy importante en la que puede aparecer una ansiedad considerable. A esta edad el niño comienza a mostrar algún interés en las personas fuera de su hogar, especialmente en los niños que encuentra en la escuela o en los lugares de recreo. Hay un despertar del sentido social, que se hace evidente al comenzar la etapa escolar.

A esta edad el niño se vuelve más independiente y existen manifestaciones tensionales que pueden incluir estallidos de gritos-violentas rabietas y hasta golpes a los padres. Suele haber un claro incremento a las respuestas temerosas. A la edad escolar la mayoría de los miedos a la odontología son provocados por sugestión, imitación o experiencias desagradables, que se volverán fáciles de manejar. Sólo unos cuantos conservan fobias definidas.

A los niños a esta edad tienen temor a los traumatismos en su cuerpo, sin embargo, con la debida preparación para la experiencia con el dentista se puede esperar que el niño de seis años responda de manera satisfactoria. A esta edad el niño demanda menos y se somete mejor. Está desarrollando una curiosidad marcada hacia el miedo que lo rodea. Es imprescindible que se le haga saber en el consultorio -- que el médico o el dentista sólo le hará un bien y que le quitará el dolor, para que él vaya tomando conciencia de el papel del dentista.

EL NIÑO A LOS SIETE AÑOS.- Ha mejorado su capacidad para resolver temores, aunque en ocasiones puede reaccionar de manera que parezca alternadamente cobarde o valiente. El apoyo familiar es de enorme importancia para comprender y superar sus temores. A esta edad por lo general ya puede resolver sus temores a los procedimientos operatorios dentales, porque el dentista puede platicar con él y explicarle los procedimientos que va a realizar. Si se produce dolor, se le puede instruir para que muestre su inconformidad, ya sea levantando la mano o haciendo algún gesto.

LA EDAD PREADOLESCENTE.- Entre los ocho y los catorce años, hay una tendencia a asumir conductas adultas. La lealtad a los compañeros de colegio y a la pandilla se hace más evidente. Es también la edad de la competencia en los deportes y en la que se adquiere un positivo interés en toda clase de mecanismos.

En esta edad el niño ha aprendido a tolerar situaciones desagradables y muestra marcados deseos de ser obediente. Maneja sus frustraciones, no tiene grandes problemas y se ajusta fácilmente a las situaciones en que se encuentra. Desarrolla un considerable control emocional. Sin embargo, presenta objeciones a que la gente tome a la ligera sus sufrimientos. No le gusta que lo fuercen, que se hagan injusticias o que lo mimen delante de la gente, ya sean los amigos o el dentista en su consultorio.

En ocasiones se compara con algún amiguito, primo, vecino o conocido y para mostrar que él es mejor, se deja tra bajar con mayor facilidad.

C) Diferente conducta psicológica del niño y su manejo.

Dentro de este tema trataremos de analizar los distintos caracteres que presentan los niños, tanto en sus relaciones con otras personas como en el consultorio dental, y la manera de manejarlos y encausarlos para que lleguen a ser buenos pacientes, así como la influencia que tienen sus padres sobre su comportamiento.

Hay una gran cantidad de factores que pueden modificar la personalidad de un niño, como son las actitudes de sus padres hacia ellos, tales como: afecto, indiferencia, hostilidad, rivalidad, dependencia, dominación, sumisión, etc.

En la mayoría de los casos el comportamiento del niño en el consultorio es un buen indicador de las actitudes de sus padres hacia ellos. Si los padres son emocionalmente maduros y viven una vida coordinada y feliz; el niño por lo general llega a ser emocionalmente maduro. Frecuentemente los padres adoptan actitudes falsas hacia sus hijos pero en muchas ocasiones esta falsedad no es eficaz, ya que los poderes de observación de los niños son muy agudos, y

no se les puede engañar por mucho tiempo.

El niño siempre tiene necesidades de amor, protección, aceptación, estimación propia, independencia, autoridad, limitaciones, consuelo y apoyo; para que el niño se desarrolle aceptablemente deberán ser satisfechas estas necesidades.

El amor siempre es necesario para que el niño sienta - que se le desea, le da confianza en sí mismo y en su capacidad de hacerle frente al medio. La disciplina indica al niño hasta donde puede llegar impone límites a su libertad. - El niño indisciplinado no tiene tal libertad porque no sabe hasta que punto sus actos le crean problemas. Cuando hay - restricciones en el comportamiento del niño, a menudo se - suscitan sentimientos de culpabilidad, se vuelven hoscos, - temerosos y ansiosos.

Si los padres satisfacen exageradamente las necesidades emocionales del niño, éste tendrá que crecer con conflictos emocionales, creando problemas tanto a sus padres como a las personas con quien convive.

Para que un niño crezca y se comporte de manera normal, el medio emocional que lo rodea deberá estar dentro de los límites de la normalidad, por ejemplo: si el niño llega al consultorio dental con unos padres aturcidos y desaliñados que se quejan de que su hijo no quiere cooperar a pesar de

que han sido padres ideales, nos podremos dar cuenta de que gran parte de la dificultad para cooperar se debe a la atmósfera emocional que existe en su casa.

Analizaremos ahora los diferentes comportamientos psicológicos de niños y su manejo dentro de la práctica dental.

NINO SOCIABLE.- Desde los dos años y hasta el comienzo de la pubertad, este niño tiene deseos de relacionarse con quienes se ponen en contacto. Es conversador y pronto muestra una gran curiosidad hacia el dentista sobre lo que piensa hacer y de cómo lo hará. Es fácil tratar de responder a sus preguntas pues generalmente son pertinentes y no están motivados por el temor o la angustia. A este niño se le muestran los diferentes tipos de instrumentos, cómo actúan y cuál es su propósito. Aun en el caso de sufrir por algún procedimiento ligeramente doloroso, este tipo de niño está dispuesto a colaborar.

NINO HIPERACTIVO.- Su conducta es exploradora, investigadora, siempre se expresa en tono muy alto y tocándolo todo. La madre de este niño declara no poderlo controlar. Muy a menudo se resiste a entrar en el consultorio y a someterse a algún trabajo dentro de la boca. Es bien claro que a este tipo de niño sus padres no le pusieron límites bien definidos en cuanto a su conducta y experimenta una intensa angustia, que se manifiesta por una gran actividad que dis-

minuiría si se le fijaran límites adecuados. Como en su hogar se sale con la suya espera que suceda una situación similar en el consultorio dental. Cuando se les recibe planteándoles una frustración mínima con ciertos límites, recurren a todos los medios que utilizaron con sus padres.

Pueden tener ataques de rabia, gritos, lloriqueos o comportarse como niños de menor edad. Para evitar que las respuestas negativas sean aprobadas dentro del consultorio dental es necesario que los padres no estén presentes durante el examen preliminar ni en las siguientes citas, porque gran parte de su actuación tiene por objeto provocar respuestas en sus padres para llamar la atención.

En estos niños el dentista deberá demostrar su autoridad y no dejar ir al niño sin haberle realizado ningún tratamiento pues en las siguientes citas este niño sabrá que si se comporta de la misma manera no se le hará nada.

NIÑO ANGUSTIADO Y RETRAIDO.- Es el niño cuyos maestros lo consideran callado y complaciente, que nunca dará trabajos, y que con toda seguridad va a sufrir un alto grado de stress a lo largo del tratamiento. Es casi como si irradiara miedos y preocupaciones que quizá provengan de experiencias previas con médicos o dentistas. Pero con mayor frecuencia deriva del tipo de disciplina paterna.

Como este niño parece modificar su conducta ante las -

amenazas se convierten éstas en el método principal de disciplina. Para este niño la vida es una sucesión de temores, por lo que cada paso por realizar es muy importante conversarlo con el niño, decirle el porque que se le hará.

Aunque la simpatía y la comprensión sean un buen principio no son suficientes para aliviar las tensiones y temores de este niño. El niño no puede vivir a la altura de lo que se espera de él y desarrolla intensos sentimientos de culpa.

NIÑO TIMIDO Y ASUSTADIZO.- Hay muchas razones por las que el niño puede ser así, una de ellas es la falta de oportunidad para alternar con personas fuera del ambiente hogareño, otra es el poco afecto de los padres, ser hijo único, sermones exageradamente críticos y la excesiva autoridad de los padres.

Este tipo de niño tratará de esconder la cara detrás de la madre o mirará a otra parte cuando se le dirija la palabra. Puede tratarse de un niño psicológica y emocionalmente inmaduro, y por lo tanto dependiente. En estos casos puede llegarse al niño por medio de su madre. Debe aprenderse el nombre de pila del niño lo antes posible, y algo sobre sus pasatiempos, juegos o cosas favoritas y responderá favorablemente si se le muestra interés.

La visita al consultorio dental es algo nuevo y dife--

rente, extraña a su rutina diaria, por lo tanto, es responsabilidad de el dentista hacer de esto una visita agradable en las que todos se conozcan y familiaricen.

NINO INCORREGIBLE Y CONSENTIDO.- El niño mimado o incorregible es el resultado de la excesiva indulgencia o en algunas ocasiones del rechazo de los padres. Este niño puede lloriquear, golpear, patear, tirarse al suelo para desplegar ataques de malhumor, o hacer otras cosas, intentando por esos medios persuadir al padre de que lo lleve a casa, o al menos lo saque del consultorio. Por lo general los padres comienzan a hacer promesas al niño, pero a éste no le interesan porque sabe que puede obtener todas esas cosas con sólo pedir las.

Al odontólogo no le conviene mostrar su enojo o antipatía por el niño, pues éste puede percibir perfectamente cualquier signo de enojo o malhumor y su reacción conducirá a muchos inconvenientes en su tratamiento.

Algunos niños pasan por la entrevista inicial y el examen sin ninguna objeción seria, pero cuando se inicia el tratamiento, objetan que la pieza de mano no les gusta y no quieren que se les ponga dentro de la boca, comienzan a resistirse, retorcerse, taparse la boca y gritar. En este momento el dentista deberá tener paciencia y explicar con calma al niño las razones del por qué de su tratamiento; en el

caso de que el niño continúe poniendo obstáculos para su realización, se conversará entonces con los padres determinando así el procedimiento que ha de seguirse en su caso. En primer lugar los padres deberán salir a la sala de espera, y así informar al niño que tan pronto como el tratamiento se complete, podrá volver a ir al lado de sus padres.

El niño en muchas ocasiones no dejará de llorar y resistirse a todos los esfuerzos para iniciar su tratamiento, y mantenerlo en el sillón dental. Si continúa llorando y se niega a responder a los comentarios amables del odontólogo, entonces, como último recurso se sostienen firmemente sus manos y pies. La mano del operador se coloca con firmeza sobre la boca durante unos 5 ó 10 segundos. Este método es rápido y práctico. Una vez controlado se le pedirá que ayude para continuar su tratamiento. Al terminar se le felicita y esto ayudará a que el paciente gane más confianza en cada nueva visita y coopera más a medida que el trabajo se adelanta.

NINO DESAFIANTE.- Algunos niños que han estado demasiado protegidos por sus padres, en especial los varones, desafían al dentista a que intente hacerle cualquier tratamiento. Estos niños no lloran y rara vez dicen algo. Una de sus expresiones más comunes es: "no abriré la boca" y algunos alegan que no permitirán ningún tipo de trabajo y que no

les importa que sus dientes estén cariados.

Una capa exterior arrogante rodea a este niño y si se consigue alguna cooperación hay que apelar a su fanfarronería. Cuando se ha obtenido la confianza de los padres y su consentimiento para ver al niño a solas, el problema se resuelve, ya que explicándole sobre el tratamiento aplicado - al niño incorregible, este tipo de niño se convencerá rápidamente de que quien manda en el consultorio es el dentista. Estos niños llegan a ser buenos pacientes y buenos amigos - en corto tiempo.

NIÑO MIEDOSO.- La odontología tiene uno de los mayores obstáculos a cerca de las causas del miedo, las cuales desaniman a mucha gente a visitar un consultorio dental. El miedo sólo puede ser vencido por medio de la confianza en el individuo.

La imaginación vuela en los niños cuando se acercan - por primera vez al consultorio dental en algunos casos formulándose miedo a lo desconocido, pero recibirá una grata - sorpresa al encontrar una asistente y un profesional sonrientes, amables y comprensivos. A todos los niños les encanta ser elogiados y reconocidos, por ejemplo, por su cabello, - zapatos, ropa, estatura, algún logro personal o por su inteligencia.

La madres pueden a veces ser de gran ayuda en el caso

de estos niños, por ejemplo: una niña de dos años con miedo hacia el tratamiento, su madre sugirió que leería a su hija mientras el operador realizaba su trabajo, y esta medida resultó ser muy eficaz.

El miedo puede ser controlado ganando la confianza de los niños a través de un interés positivo en sus preferencias, gustos, disgustos, sus amigos, su escuela, su deporte favorito, etc., y así olvidará momentáneamente su miedo o el dolor.

NINO ENFERMO.- El niño que ha estado enfermo en su casa o en un hospital durante un período largo, ha recibido generalmente, privilegios y atención especiales, que sus padres estaban obligados a brindarle dadas las circunstancias.

Los niños en estas circunstancias pueden desarrollar un mayor grado de rechazo al dentista, ya que una simple bata blanca, el olor característico en un hospital, una aguja, una jeringa o todo aquel material que le implique recuerdos al niño de su tratamiento durante su enfermedad le podrán producir recuerdos dolorosos y evitará a toda costa que se le realice cualquier trabajo dental.

En este caso el dentista tratará de ser antes que un profesional un amigo en el trato con este niño, infundiéndole un grado máximo de confianza y tratando de hacer de él -

consultorio un lugar con más calor de hogar y menos aspecto de consultorio o clínica, sin dejar que por tal motivo el niño pretenda hacer lo que le venga en gana dentro del consultorio.

El tratar de que el procedimiento operatorio dental sea lo menos doloroso para el paciente ayudará a que este niño sea más cooperativo y no sienta miedo por asistir al dentista haciéndolo tal vez desligar al dentista con la enfermedad que lo tuvo en casa por un tiempo prolongado.

CAPITULO III

REACCIONES A LOS TRATAMIENTOS DENTALES

A) Ansiedad.

1. Ansiedad y temor.
2. Ansiedad y dolor.
3. Ansiedad y sentido de desamparo.

B) Miedo.

1. Estímulos del miedo.
2. Reacciones a los estímulos de miedo.
3. Tipos de miedo.
4. Valor del miedo.

C) Ira.

D) Dolor.

1. Medios de obtener hechos clínicos sobre el dolor.
2. Emociones y reacciones al dolor.
3. Dolor asociado con el tratamiento dental.
4. Medidas psicológicas para controlar el dolor y el miedo.

III. REACCIONES A LOS TRATAMIENTOS DENTALES

Existen cuatro reacciones principales al tratamiento dental:

Ansiedad, Miedo, Ira y Dolor.

El odontopediatra se dará cuenta de que el niño no muestra una reacción definitiva o única. A veces puede presentarse una combinación de estas reacciones.

A. Ansiedad.

La ansiedad es ante todo un estado de aprensión, de preocupación, de inquietud, originado de fuentes internas tales como la fantasía y expectativas no reales. Aunque el temor ordinario tiene siempre un objeto, la ansiedad es un temor con un vago objeto o carente de objeto. Por tanto un significado de la ansiedad es "temor vago". Es imposible separar totalmente el temor de la ansiedad, ya que aquél nunca se expresa sin un cierto matiz de ansiedad.

La mente infantil está más controlada por los impulsos internos y las fantasías, que la de el adulto, y por ello, el niño tiene más tendencia a sufrir ansiedad. La visita odontológica provocará un cierto grado de aprensión o ansiedad, en casi todos los niños.

1. Ansiedad y Temor.

Como los temores y ansiedades suelen ser absurdos desde el punto de vista racional, es muy tentador tratar de corregir al niño diciéndole que sus reacciones son tontas. Al tratar con estos niños, los adultos insensibles les acusan de mal educados y desobedientes; sin embargo, el dentista - debe manejar estos sentimientos con sensibilidad y comprensión. Psicológicamente el temor y la ansiedad son dos entidades distintas. El temor es la reacción ante una amenaza - externa real y corresponde, en el plano psicológico a la respuesta física al dolor.

Sin embargo, aunque tanto el temor como la respuesta - física al dolor son desagradables, sirven como medios de - alarma.

2. Ansiedad y Dolor.

El dolor tiene una finalidad: advertir al organismo - del peligro, de tal suerte que el enfermo puede emprender - una reacción protectora. Así como la ansiedad se vuelve el sustituto psicológico del dolor, y por medio de la experiencia y procesos de asociación, protege al organismo antici-pándolo al dolor.

En este caso el organismo podrá actuar antes de que - realmente ocurra el daño. Si asociamos el dolor y la angus

tía, las reacciones de defensa se estimulan, cuando el individuo está forzado a afrontar una situación que no puede evitar, como por ejemplo: acudir al consultorio dental, surge la angustia que provoca un estado de tensión y cambios emocionales, aunque el odontólogo no le hizo daño ni se lo hará. La ansiedad exagera cualquier experiencia dolorosa real, llegando a disminuir el umbral del dolor.

3. Ansiedad y Sentido de Desamparo.

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

Las situaciones que tienden a privar a una persona de esta defensa pueden crear un estado de ansiedad. Al someterse a un tratamiento dental o médico, el individuo abandona algo de su dominio.

Esta degradación es particularmente sensible cuando el paciente se encuentra semirreclinado y casi inmovilizado en un sillón del dentista con la boca abierta, un extractor de saliva, sin poder hablar o moverse, y viendo el instrumen-

tal al que regularmente se le teme.

La ansiedad o inseguridad está probablemente muy relacionada con el estado de temor.

Muchos niños que llegan al consultorio dental, están inseguros y ansiosos, para que estos sentimientos disminuyan es necesario tratar al paciente muy lentamente hasta que haya superado los sentimientos pasados.

Los niños angustiados esencialmente asustados de toda nueva experiencia, reaccionan de manera violenta o agresiva; por ejemplo haciendo rabieta en el consultorio dental.

En los niños las rabieta suelen ser una reacción de un estado de ansiedad o inseguridad, de impaciencia, enfado o enojo por algo leve o insignificante y que dura poco tiempo.

Si al niño que hace demostraciones de rabieta en su hogar, se le recompensa, éstas pueden convertirse en hábito.

Cuando este niño se comporta de manera similar en el consultorio dental, el profesional deberá decidir si la reacción es de miedo o es una rabieta. Por supuesto, si el niño está realmente asustado, el odontólogo debe mostrarse comprensivo y el tratamiento debe ser con lentitud.

Si el niño tiene reacciones de rabieta, el odontólogo deberá mostrar su autoridad y dominio de la situación.

B) Miedo

El miedo consiste en un estado de excitación mental y físico ante el peligro real o imaginario, por lo general es de valor negativo para el ser humano.

1.- Estímulos del miedo.

El recién nacido teme relativamente poco a su medio ambiente, pues apenas se está adaptando y todo es nuevo para él. No son muchos los estímulos que lo sobresaltan, pero si los novedosos, repentinos e intensos pueden alterarlo. El estado físico y fisiológico del niño en el momento que afronta el estímulo determina en parte su manera de responder.

El miedo depende no sólo del estímulo en sí, sino también de las circunstancias que lo rodean, de la forma en que se presenta, de las experiencias previas del individuo y de su situación física y fisiológica.

En los primeros años de vida los miedos del ser humano son respuestas a situaciones planteadas en el ambiente inmediato.

Según desarrolla su capacidad mental, los estímulos van siendo cada vez más imaginarios. Gradualmente puede retornar al pasado o anticiparse al presente, surgiendo sus miedos de situaciones remotas o futuras. A medida que el niño amplía sus conceptos de competencia y aprobación social aparecen temores tales como perder el prestigio y ser ridi-

culizado o rechazado por los demás. Por otra parte, aquellos miedos que se deben a la falta de experiencia y conocimiento desaparecen según transcurre su desarrollo.

Desde la escuela elemental en adelante una gran parte de los miedos se relacionan con acontecimientos y peligros que nunca se presentan en la realidad.

Durante la adolescencia los miedos tienden a ser estimulados por otros seres humanos. El temor al sarcasmo, el ridículo, humillación, desaprobación social y a la crítica es una experiencia común durante la adolescencia. En los primeros años de esta etapa en que el individuo carece de seguridad emocional y está muy consciente de sí mismo existen en él temores tales como conocer a otras personas, encontrarse en grupos sociales y tener que hablar ante ellos. Siendo muy intensa su necesidad de ser aceptado por los demás, es natural que el adolescente tema ante otras personas. El miedo ante la gente y a las situaciones sociales se llama timidez, que es el tipo de miedo predominante en la adolescencia.

Los miedos están muy relacionados con la falta de competencia del individuo para afrontar las situaciones. La incapacidad puede ser real o imaginaria, pero ambos casos crean la falta de confianza, cuyas manifestaciones principales son la inseguridad y vacilación. Las amenazas y las intimidades a las que apelan a menudo los adultos son también

estímulos frecuentes de miedo. Emplear el terror como miedo disciplinado es una práctica funesta. No es la amenaza en sí lo más significativo, sino la hostilidad y el rechazo - que el niño ve en ella. Quien lo intimida según él, es una persona hostil que no lo acepta y no lo quiere. El ejemplo que otros ofrecen muchas veces origina miedo en el niño. - Las manifestaciones de temor por parte de los adultos pueden afectar al niño en dos direcciones, no sólo advierte - que existe una situación peligrosa, sino que también debilita el sentimiento de seguridad que le proporciona la protección del adulto. Además conviene recordar que el miedo puede ser algo que un individuo emplee para lograr otros fines.

A pesar de que muchos de los miedos de los niños se disipan con el tiempo, una parte considerable de ellos persiste en la edad adulta. Los que generalmente se pierden son aquéllos que se relacionan con estímulos concretos tales como objetos y personas, y los que surgen de una situación que no vuelve a repetirse, por lo que se debilita la conexión establecida. Los miedos de la niñez generalmente perduran en los adultos y en ocasiones se relacionan con estímulos que pueden causar daño corporal, tales como enfermedades, accidentes, y con situaciones en las que se cree que influye lo sobrenatural y desconocido. Muchos miedos perdurables reflejan ansiedad, conflicto o inseguridad en la persona.

2.- Reacciones a los estímulos de miedo.

La reacción más común a las situaciones de miedo es la rigidez e inmovilidad del cuerpo. Luego se produce la relajación. Conforme aumenta su edad el niño aprende a eludir anticipadamente los estímulos de miedo. Los síntomas externos de miedo también disminuyen según ocurre el desarrollo. Gradualmente el niño aprende a ocultar sus emociones. Además como los estímulos del miedo resultan cada vez más imaginarios, se reducen las manifestaciones externas de dicha emoción. Los gritos, el llanto y el temor abundan más cuando los estímulos son imaginarios. Existen muchas presiones sociales que poco a poco obligan al niño a ocultar sus emociones. Los adultos lo exhortan con frecuencia a que se comporte valientemente. Los niños se estimulan mutuamente a encubrir la expresión de sus miedos cuando se burlan de los que se acobardan. El encubrimiento encierra ventajas y desventajas.

Por un lado, la capacidad para ocultar nuestros sentimientos forma parte de lo que se llama control emocional; por otra parte, el ocultamiento puede ser perjudicial porque incapacita al adulto para comprender al niño y ayudarlo a vencer sus temores. Muchos de los miedos del niño podrían eliminarse si él se sintiera libre para comunicárselos a las personas mayores. No son pocos los sentimientos de culpa y de inseguridad que aumentan debido a que el niño los -

sufre en silencio, sin atreverse a comunicárselos a sus padres o maestros por temor de ser reprendido o considerado como un cobarde. El hábito de esconder los miedos tiene consecuencias aún más serias si el individuo además de mantenerlos ocultos, desarrolla la ansiedad de que alguien pueda notar lo que él realmente siente.

El miedo representa para el dentista el principal problema de manejo, y es una de las razones por las que la gente descuida el tratamiento dental. Es por esto que debemos conocer la manera en que las influencias de los padres y el medio actúan formando pacientes infantiles cooperativos y no cooperativos. En el manejo del niño temeroso en el consultorio dental, el odontólogo debe procurar primero determinar el tipo de temor y los factores que pueden ser responsables de él. Algunos niños llegando al consultorio dispuestos a responder con tensión y temor sobre todo a causa de la manera en que la odontología les fue presentada en su hogar. En casos aislados, el temor a un odontólogo puede ser el resultado de una experiencia odontológica o médica traumática que dejó sensibilizado al niño y desarrolló en él sus propios temores a partir de sus padres y familiares.

Son muchos los enfoques que han sido recomendados a la profesión dental en cuanto al problema de eliminar el temor.

Incluyen la postergación de la sesión, intentos de razonar con el niño ridiculizándolo, retándolo o dejarlo que

observe la atención dental de otro niño; pero ninguno de es tos métodos ha tenido gran éxito para resolver el problema. La mayoría de los niños llegan al consultorio necesitados - de algún tipo de tratamiento inmediato y son pocos los de - atención preventiva; por lo tanto, no es práctico postergar el tratamiento de un niño miedoso con la esperanza de que - finalmente supere su temor a la odontología y se torne más cooperativo.

Puesto que el miedo es controlado por el sistema ner- vioso autónomo, es imposible razonar con el niño realmente asustado y poder controlar su temor.

El ridículo a la comparación con un niño normal, y el dejar que observe mientras se atiende a otro que pasó por - la experiencia odontológica sin problema alguno, sólo po- drían complicar la vida emocional del niño asustado y por - lo general no conduce a un grado satisfactorio de coopera- ción. Rara vez se mostrará menos temeroso y más cooperativo cuando llegue su turno de encarar la situación. Por lo tan- to, el abordaje más lógico, parece ser el reacondicionamien- to del niño temeroso.

Si el niño es realmente miedoso, el abordaje del pro- blema deberá hacerse sin apuros, el odontólogo deberá con- versar con él y procurar enterarse de la causa de su temor. A menudo el niño expresará su temor a determinado procedi- miento o relatará que escuchó algo sobre la experiencia odon

tológica que lo asustó. En este caso el profesional podrá proceder a borrar esa idea mediante explicaciones y demostraciones de lo que él va a realizar dentro de su boca.

En esta sesión el odontólogo no debe intentar más que procedimientos simples, debe explicar cuidadosamente lo que está haciendo y el uso de todos los instrumentos; gradualmente debe de ir avanzando hasta llegar a los procedimientos normales de rutina que son necesarios para el restablecimiento de su salud dental.

Si bien el control de la voz suele ser suficiente para superar los temores del niño, ocasionalmente suele ser necesaria alguna forma de restricción, en particular en una emergencia, con el fin de dominar los temores del niño. Los padres sin embargo, deben tener conciencia de que el odontólogo y sus asistentes tendrán que retener al niño para cumplir con un examen superficial y demostrarle que el procedimiento es en realidad distinto a lo que esperaba o se le había dicho.

3.- Tipos de Miedo.

La mayoría de los temores evidentes en los niños han sido adquiridos, unos objetiva y otros subjetivamente.

- Temores objetivos: Son los producidos por estimulación física directa de los órganos sensoriales y generalmente no son de origen paterno. Los temores ob-

jetivos son reacciones a estímulos que se sienten, ven, huelen, oyen o saborean y son de naturaleza desagradable. Un niño que anteriormente ha tenido contacto con un dentista, y que ha sido manejado tan eficientemente que se le infligió dolor innecesario, por fuerza desarrollará miedo a tratamientos dentales futuros. Es muy difícil lograr que un niño que ha sido dañado de esta manera acuda al dentista por voluntad propia. Cuando le hacen volver, el odontólogo debe comprender su estado emocional y proceder con calma para volver a establecer la confianza del niño en el dentista y en sus posteriores tratamientos dentales.

Un niño que ha sido manejado deficientemente en un hospital o, que ha sufrido intensos dolores infligidos por personas con uniformes blancos, puede desarrollar un miedo intenso a los uniformes similares de los dentistas. Incluso el olor característico de ciertas drogas o compuestos químicos asociados anteriormente con situaciones desagradables pueden causar temores injustificados.

El miedo también hace descender el umbral del dolor, de manera que cualquier dolor producido durante el tratamiento resulta aumentado y puede llevar a aprendizajes mayores.

- Temores subjetivos: Están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridos al niño por personas que lo rodean, sin que él los haya experimentado personalmente.

Un niño de corta edad es muy sensible a la sugestión y por la poca experiencia que tiene, al oír alguna situación desagradable, o que produjo dolor, a sus padres u otras personas, pronto desarrollará miedo a esa experiencia. La imagen mental que produce miedo, permanece en la mente del niño, y con la vívida imaginación de la infancia, se agranda y se vuelve impotente. Un niño que oye hablar a sus padres o compañeros de juegos sobre los supuestos temores del consultorio dental, los aceptará muy pronto como reales y tratará de evitarlos lo más posible.

Los niños tienen un miedo intenso a lo desconocido. - Cualquier experiencia que sea nueva 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.

La influencia de los padres es de importancia vital en la actitud del niño hacia la odontología. Es imperativo que los padres eduquen a sus hijos sobre lo que pueden esperar del tratamiento dental, independientemente de las experiencias que los padres hayan pasado y si no saben cómo, lo mejor es no decir nada pues a veces el decir algo y no se sa-

be en realidad; influye de manera negativa.

El niño deberá conocer de manera general, los procedimientos que podrán serle aplicados y el aspecto de descripción del equipo de trabajo en la primera visita al consultorio. En la odontología actual, no se debe inflingir dolor innecesario.

Ningún padre deberá decir a sus hijos que va a experimentar dolores intensos. Pero tampoco debe minimizar o mentir sobre las molestias obvias de la odontología. Debe emplearse honestidad sin exageraciones emocionales, o simplemente no decir nada y dejar que el profesional haga su trabajo.

La ansiedad del niño y su comportamiento negativo están íntimamente relacionados con ansiedades de los padres.

Los temores por imitación pueden transmitirse sutilmente, y el padre puede hacer muestra de ello y el niño adquirirlo sin que ninguno de los dos se de cuenta; son temores que ocurren regularmente y por ello difíciles de eliminar.

Generalmente, mientras más tiempo subsistan temores subjetivos en la mente más se irán agrandando. Los temores más difíciles de superar y eliminar son los que vienen de tiempo atrás, generalmente subjetivos. El miedo a los estímulos objetivos, como el dolor que produce una inyección, puede ser superado sin demasiada dificultad por el niño si

se usa lógica y comprensión siempre que el dolor haya sido experimentado sin producir daño interior. Por otro lado, - los miedos sugestivos a dolores de tratamiento dentales no están circunscritos a ninguna experiencia real y personal, de manera que el miedo que pueda experimentarse no encuentra límites.

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 - un niño despierto, porque se ha reducido la capacidad de razonar y controlar sus temores, tiene una tolerancia inferior a las situaciones desagradables.

Es bueno recordar que, independientemente del condicionamiento, los niños normales con experiencias similares mostrarán gran variedad en la adquisición y reacción del miedo. Cada niño es diferente y reacciona de manera individual. Gran parte de la reacción dependerá de las capacidades innatas físicas y mentales del individuo. Un niño que está físicamente sano, responderá de manera más rápida e inteligentemente que individuos con retraso mental. Sin embargo, se encuentran situaciones en las que dos niños sometidos al - mismo estímulo o experiencia y con iguales capacidades mentales, reaccionan de forma totalmente diferente.

El padre y el dentista deben estar conscientes de estas

variaciones, e interpretar todas las reacciones a estímulos considerando la edad emocional, mental y cronológica del niño. Obviamente, no se puede esperar de un niño reacciones y comprensión que sobrepasen su capacidad mental en cualquier edad determinada.

Los primeros temores que el niño asocia con la odontología, son los producidos por lo inesperado y lo desconocido. Cualquier estimulación precipitada o intensa de los órganos sensitivos, produce miedo en él. El ruido y vibración de la fresa y la presión que ejerce al usar instrumentos de mano, al preparar cavidades, le pueden producir temor. A menos que el dolor sea intenso, teme más al ruido de los procedimientos dentales que al dolor que lo acompaña.

Frecuentemente los padres traen a los niños al consultorio inmediatamente después de que ha sufrido algún accidente que dañó sus dientes, o con problemas con dolor. Como su presencia da seguridad y reduce el miedo, se le pedirá a la madre que lo acompañe, teniéndolo en sus brazos mientras se realiza el tratamiento de urgencia.

Aunque posiblemente el niño siga llorando, el dentista deberá seguir realizando el trabajo necesario rápidamente y con el mínimo de dolor. Algunas veces el niño quedará muy impresionado a causa de un daño menor. Incluso el pinchazo de una aguja hipodérmica y la vista de su propia sangre después de una extracción puede producir reacciones completa--

mente desproporcionadas con el grado de dolor.

Muy a menudo se asocia el miedo al dolor con el ser malo, ya que en alguna ocasión cuando fue malo tuvo algún tipo de castigo.

Para el niño acostumbrado a la actividad y ruido de una familia, puede resultarle extraño y turbador el silencio extremo de la sala de espera. Sin embargo, un entusiasmo excesivo también puede despertar sospechas y miedo. A medida que el niño se familiariza más con el consultorio dental, deberá desaparecer su miedo a lo desconocido; que en este caso es el dentista y todo cuanto se refiere a su tratamiento dental.

En términos generales a los 4 años de edad, se llega a la cumbre de los temores, y de ahí en adelante van disminuyendo gradualmente, a medida que el niño adquiere capacidad para evaluar las situaciones que producen miedo, ya sea por experiencia personal o por capacidad de apreciar el peligro.

La disminución de temores puede deberse a:

- Darse cuenta de que no hay nada que temer.
- Presiones sociales que lo fuercen a ocultar su miedo.
- Imitación social.
- Guía por parte de los adultos.

4. Valor del Miedo

Contrariamente a lo que en general se cree, dirigido y controlado debidamente el miedo puede ser muy valioso. Puesto que los estímulos que lo producen pueden realmente dañar al niño; el miedo es un mecanismo protector de preservación.

La naturaleza misma de esta emoción puede utilizarse - para mantener al niño alejado de situaciones peligrosas, ya sea de tipo social o físico.

Por lo tanto, el enfoque del entrenamiento dado por los padres, no deberá tender a eliminar el miedo, sino canalizarlo hacia los peligros que realmente existen, y evitarlo en situaciones donde no existe.

Los padres jamás deberán tomar la odontología como castigo.

C) Ira

Igual que el miedo, la ira es una emoción de emergencia, varía en los distintos niveles de desarrollo, no sólo en cuanto a los estímulos que la provocan, sino en la forma en la que el individuo reacciona ante ellos.

Durante la infancia las causas más frecuentes de ira son la interrupción de los movimientos y las actividades. Según transcurre el desarrollo, las circunstancias que pro

voquen ira incluyen, no sólo la restricción de movimientos. Sin embargo, los obstáculos físicos dan origen a la mayoría de las frustraciones de los niños de corta edad.

En los niños de edad preescolar la ira se origina en las actividades rutinarias tales como el vestirse, la defecación y la alimentación.

Existen varios factores que contribuyen a la ira del niño. La irritación es mayor en los niños después de una noche en que no ha podido descansar lo suficiente. Su estado físico y fisiológico aumenta su susceptibilidad a la ira. Mientras más cansado esté el niño, más irritable será. Los reflejos también repercuten en su temperamento. La frecuencia de las enfermedades es otro factor del que dependen los accesos de ira. Los niños que han sufrido más enfermedades, experimentan por lo general, más ira que los que no se enferman tanto. También existe más frecuencia de ira en niños cuyos hogares hay más de dos adultos. Esto puede deberse a que es más difícil para el niño adaptarse a distintos criterios de disciplina. La ira tiende a producirse más frecuentemente en los hogares en donde los padres están excesivamente ansiosos o preocupados por la conducta de sus hijos.

Tanto la disciplina exagerada como permitirle al niño hacer todo lo que desee tiende a provocar más ira que el procedimiento de ofrecer al niño un margen apropiado de iniciativa y libre expresión de manera consciente, a la vez que

se le imponen ciertas restricciones necesarias.

Debe recordarse además que muchos niños aprenden a usar la expresión de ira, como un medio para llamar la atención de los adultos o lograr la satisfacción de sus deseos.

Durante los años intermedios de la niñez surge un nuevo obstáculo que interviene en las actividades libres del niño. Es la conciencia de sus actos, si el niño hace cosas indebidas se siente culpable e irritado consigo mismo.

En la adolescencia los estímulos de ira se relacionan frecuentemente con la conducta de otros individuos. Las actitudes de los padres son una causa corriente de las explosiones emocionales del joven, a quien molesta la disciplina excesiva y la intervención de los adultos en sus asuntos personales. Las molestias y bromas de los mayores respecto a su desarrollo físico y su conducta en general son causas comunes de resentimiento, todo lo que se interprete como ofensa, ridículo, humillación y molestia fácilmente provoca su ira, en especial poco antes de la pubertad e inmediatamente después de ella, debido en parte a la transformación física y fisiológica que está experimentando.

La ira es una respuesta a un problema que surge cuando algo impide al individuo afrontar debidamente una situación. Las respuestas a los estímulos tienen la tendencia a cambiar gradualmente la conducta física y externa por la expresión

verbal. A medida que el niño se desarrolla, sus expresiones de ira van siendo más definidas, en sus primeras demostraciones de ira el infante grita y mueve su cuerpo vigorosamente, pero poco a poco orienta sus gritos y movimientos hacia el objeto que lo ofende. Al principio el niño golpea el objeto con sus manos y pies o lo lanza con violencia, pero gradualmente reemplaza la violencia por gestos más eficaces. Va dándose cuenta de que no puede depender del ataque directo, ya que un gesto de cariño, es más efectivo para conseguir algo de los adultos. Según transcurre el tiempo el niño es cada vez más sutil, en la expresión de sus emociones.

El lenguaje va ocupando gradualmente el lugar de la acción directa. El niño aprende poco a poco a suprimir los signos externos de la ira. El proceso de socialización, al cual el niño se somete desde que nace, restringe paulatinamente sus expresiones naturales de ira.

Es muy importante para el odontólogo conocer la edad de su paciente, así como su estado físico y psicológico, para poder hacer una evaluación y determinar qué tipo de conducta es la más indicada a seguir, para obtener la mayor cooperación posible del niño y lograr éxito en su tratamiento.

D) Dolor

El miedo y el dolor son de las influencias más poderosas que afectan a las actitudes sobre el uso de servicios dentales. Experiencias con dolores sufridos en años pasados han dejado impresiones vividas en las mentes de muchos abuelos y algunos padres sobre el tipo de odontología de las que quieren proteger a sus hijos hoy en día. Esta preocupación por el bienestar de sus hijos motiva a algunos padres a buscar tratamientos adecuados y preventivos.

La profesión dental, necesitará de todos los conocimientos y técnicas que pueda conseguir para desvanecer miedos, prevenir y controlar el dolor de enfermedades bucales, y también el dolor del tratamiento.

El tratamiento adecuado del dolor es esencial para cumplir la misión de una profesión que tiene por meta el beneficio público para el éxito del facultativo individual.

Los dentistas experimentan dos problemas principales en sus esfuerzos para prevenir y controlar el dolor en tratamientos dentales del niño cuando no puede identificar y tratar bien los siguientes hechos.

El primero es la percepción del dolor, y las reacciones del paciente al mismo, varían de un paciente a otro, y también de una vez a otra en el mismo paciente. La percepción de sensaciones dolorosas y las reacciones a ellas son

determinadas en gran parte por la ansiedad y el miedo, especialmente en niños, cuando existen circunstancias amenazadoras. La ansiedad y el miedo preceden a las experiencias dolorosas.

El segundo hecho que debe ser considerado cuando se está tratando a niños es que éstos tienen capacidad limitada para describir claramente sus experiencias y sentimientos, y también se van limitando para expresarlos objetivamente - en especial cuando sufren o están atemorizados.

1. Medios de obtener hechos clínicos sobre el dolor.

Los mejores medios de obtener hechos clínicos sobre el dolor y las reacciones a él incluyen observación del paciente, descripción del dolor por él mismo y en el caso de un niño, valoración por los padres y finalmente examen clínico y valoración.

Observación del paciente.

Los signos físicos que ayudan a estimar los parámetros del dolor incluyen el llanto, evitan el contacto físico con la parte dolorosa, pérdida del apetito, insomnio, palidez - (a veces con indicios de cianosis bucal) e incluso, cuando existe dolor muy intenso, las pupilas pueden dilatarse y - pueden producirse contorsiones faciales y agitación física.

Descripción del dolor.

El dolor es descrito a menudo por adultos como superficial, punzante, continuo, pruriginoso o bien dolor profundo, que se caracteriza por hacer sufrir mucho. Las palabras elegidas para describir el dolor ofrecen cierta visión del contenido emocional de la reacción del paciente o de los padres.

Los niños de muy corta edad no pueden describir claramente sus experiencias y sensaciones, de manera, los padres pueden demorar su actuación, basándose en sus quejas, hasta que el dolor se vuelve casi incapacitante cuando se les lleva al odontólogo, en ese momento el niño tiene recuerdos vivos y recientes de intensos dolores dentales. En estas circunstancias si el dolor ya no está presente es a veces muy difícil determinar su causa. El niño puede indicar el lado izquierdo y la madre el derecho (imagen reflejada) al describir el problema. Incluso cuando coinciden ambos informes, pueden ser inexactos porque se refiere el dolor dentro de un segmento. Ambos necesitan distinguirse del dolor que se crea como secuela de reflejos motores y vasomotores, que son atípicos en niños que se quejan de dolor facial.

También es raro que los niños finjan dolor dental. Por el contrario, muy a menudo lo niegan, incluso cuando lo están sintiendo. Los niños confían mucho más en dolores como el de estómago cuando quieren hacer teatro. El diagnóstico de un problema de dolor se simplifica grandemente si existen

respuestas claras a las preguntas ¿de dónde se siente el dolor? ¿cuándo se siente o se sintió? ¿qué es lo que lo alivia? ¿qué es lo que lo empeora? ¿qué tipo de dolor y cuál es su intensidad?

Además la mejor ayuda es la que el niño refiere. También hay que mencionar que la percusión y otros exámenes físicos nos van a ayudar.

2. Emociones y reacciones al dolor.

Existen variaciones considerables en respuestas autónomas, cuando el estímulo doloroso excede ligeramente el nivel tolerable de cada sujeto.

Los factores emocionales característicos del individuo influyen considerablemente en establecer los límites de sus tolerancias del dolor.

Los factores emocionales explican las variaciones en las respuestas autónomas.

Es recomendable usar medidas psicológicas reconfortantes, administrar sedantes y, muy importante, permitir al paciente que participe en el control de los procedimientos del tratamiento. Muchos dentistas acertadamente, permiten que los niños y los adultos detengan el tratamiento o participan en el procedimiento. La experiencia muestra que el paciente siente gran tranquilidad con estas medidas, y raro -

es el caso en el que abusa de ella. La frecuencia de las interrupciones va disminuyendo a partir de los primeros 5 ó 10 minutos. Después de haber comprobado la eficacia de la práctica, el niño se siente satisfecho porque su control es - real.

De la misma manera que el comportamiento puede mejorar durante una visita dental aislada, el paciente aprende, también que mejora de una visita a otra.

La experiencia de la conducta como resultado de aprendizaje se ve generalmente en niños cuando maduran y ganan - experiencia.

Algunos odontólogos consideran el aspecto del aprendizaje de experiencias dentales de los niños como una razón - importante para evitar llegar a cualquier tipo de medicación.

3. Dolor asociado con el tratamiento dental.

El dolor es más que una sensación. Tiene componentes de comportamiento emocional autónomo, conscientes e inconscientes.

Los niños de muy corta edad, cuyo comportamiento no es tá aún diferenciado, reaccionan llorando o gritando con - igual fuerza contra cosas que no les gustan, que contra cosas que les hacen daño.

El dentista con algo de experiencia clínica puede pre-

decir las posibilidades de dolor con bastante exactitud. Sin embargo, no puede predecir siempre las percepciones del paciente a los estímulos, ni sus reacciones a ellos, de manera que deberá estar preparado, para saber cómo va a reaccionar.

Es importante que el dentista logre establecer una buena relación con cualquier paciente, antes de empezar un procedimiento que probablemente vaya a ser doloroso. Los niños quieren respuestas concretas a las preguntas relativas al dolor; como por ejemplo: ¿Va a doler? ¿Cuánto dolerá? ¿Cómo me va a doler? etc. No hay nada que altere tanto al niño como un dolor inexplicado e imprevisto. Por otra parte, el inyectar un bloqueador a pacientes pequeños, hay que recordarles que cesen de llorar cuando ya no les duela.

Parece razonable sugerir en los seres humanos, que, el dolor y el miedo son complementarios. Si esto es así, las medidas que reducen el miedo deberán traer consigo la elevación del umbral del dolor y reducción de las reacciones al miedo.

Similarmente la reducción de percepciones al dolor deberá reducir la ansiedad y las reacciones de temor.

Estas son las metas conjuntas de las medidas empleadas para controlar el miedo y el dolor en los pacientes.

Algunos odontólogos y padres creen que los niños deben

ser protegidos contra todo el dolor, salvo el accidental o el inevitable; que sus ansiedades deberán ser minimizadas o evitadas, y que el llorar u otro tipo de objeciones al tratamiento dental deberá ser tratado con sedación. Por otra parte, existen otros odontólogos y padres igualmente conscientes que creen que el dolor es parte necesaria de la experiencia humana, y que el individuo se fortalece al vencer el dolor, el miedo y otras adversidades. La verdad, es un punto medio entre estas dos opiniones (todo depende de lo que se tenga que tratar).

4. Medidas psicológicas para controlar el dolor y el miedo.

Quando el odontólogo y sus auxiliares parecen amables, competentes, con confianza en sí mismos e interesados en el bienestar de sus pacientes, sus acciones crean confianza y reducen el miedo del paciente. Pueden ser especialmente eficaces en esto cuando conocen las diferencias culturales, - educativas y sociológicas entre los niños pacientes y - sus familiares.

Estas diferencias serán cada vez más importantes en los consultorios dentales, a medida que los pacientes provengan de grupos más diversificados de nuestra sociedad. Un ejemplo de estas diferencias podrá verse en la reacción de las madres a la sedación preoperatoria, para unas madres - puede ser considerada necesaria para sus hijos, pero otras

la consideran una amenaza para el pequeño por el abuso de - narcóticos. Por lo que deberá tenerse una previa plática - con los padres respecto al tratamiento dental de su hijo y sus diferentes variaciones, como son las técnicas restrictivas o la sedación según los problemas de conducta que el pequeño presente, y de esta manera conscientizar a los padres de que la utilización de esas técnicas pueden ser necesarias para que el tratamiento de su salud dental pueda ser concluido con éxito.

Se recomiendan enfáticamente que se usen precauciones extraordinarias al utilizar drogas para sedar a niños. Se han descrito varias técnicas para guiar el aprendizaje de - los niños.

Haciendo uso de estas técnicas, el dentista puede llegar a crear una sensación de comunidad y confianza con el - niño, y así seguir el tratamiento hasta donde sea necesario y aceptable. Si continúa su instrucción, a medida que pasa de una etapa a la siguiente, mantendrá al paciente compenetrado con él, de manera que podrá reforzar la buena conducta y alentar los sentimientos positivos asociados.

Para la mayoría de los niños y odontólogos estos enfoques son satisfactorios y sencillos una vez que se han aprendido.

Los niños generalmente son muy susceptibles a la ins--

trucción y sugestión de los adultos. A menudo es posible hacer uso de esta característica para ayudar a los niños a controlar sus reacciones al dolor y al miedo en el tratamiento dental. Esto puede hacerse distrayendo su atención o aumentando su nivel de sugestibilidad, que supone el uso de técnicas que también se emplean en la hipnosis. Incluso los procedimientos dolorosos pueden llevarse a cabo sin molestias en algunos niños muy fáciles de sugestionar. A causa de esto, se cree que la sugestión es una fase de la hipnosis. Es posible que en ocasiones algunos niños altamente sugestionables pueden deslizarse a un estado hipnótico sin que nadie lo intentara y sin que nadie se dé cuenta de que esto ha ocurrido; sin embargo, los niños generalmente no logran estados de trance hipnótico profundos, y se utilizan raramente al tratarlos. Muchas de las fases tranquilizantes que se usan para calmar a los niños durante el tratamiento dental y la idea sustituir términos desagradables por agradables, tales como decir "modelar" en vez de "rebajar", han sido consecuencia de experiencias hipnóticas.

Debido en parte a su sugestibilidad casi siempre es posible conservar la atención normal del niño, e incluso algo de cooperación. Pero cuando es imposible lograr aunque sea un poco de atención y un principio de cooperación de un niño normal, el odontólogo no deberá dudar en usar las restric

ciones físicas apropiadas, lo que puede incluir las técnicas de control de la voz, mano sobre boca y restricción de movimientos. Estas técnicas serán explicadas más a fondo en el capítulo VI.

CAPITULO IV

TRINOMIO NIÑO-PADRE-DENTISTA

A) Actitud psicológica del Cirujano dentista.

B) Relación Padre e hijo.

- 1.- Afecto exagerado.
- 2.- Sobreprotección.
- 3.- Indulgencia exagerada.
- 4.- Ansiedad excesiva.
- 5.- Autoridad excesiva.
- 6.- Desafecto.
- 7.- Rechazo.
- 8.- Hijo único.
- 9.- Niño adoptado.

C) Manejo de los padres en el consultorio dental.

IV. TRINOMIO NIÑO-PADRE-DENTISTA

A) Actitud psicológica del Cirujano Dentista

Muchos factores pueden influir sobre la conducta de los niños en el consultorio dental. En este capítulo, serán considerados varios factores que están bajo el control directo del odontólogo. Sus actitudes apoyan a un niño en su intento de establecer la conducta apropiada. Los métodos con los que el odontólogo aborda y trata a un niño son de suma importancia para las reacciones y actitudes del infante en el consultorio odontológico. Por medio de la información obtenida en la historia clínica acerca de la actitud del niño, el profesional puede esforzarse por estimular al niño apático, apaciguar al niño ansioso y aliviar la inquietud de un niño con dolor. En cada visita el odontólogo deberá estar preparado para modificar su acercamiento a un niño, a medida que la conducta de éste cambia y/o a medida que la percepción propia se modifica también.

Es muy importante que el niño sienta que todas las personas del consultorio le infunden confianza. Los niños son muy sensibles a emociones y rápidamente identificarán cualquier falta de entusiasmo hacia pacientes infantiles; si un odontólogo va a tratar niños, deberá asegurarse de tener los suficientes conocimientos psicológicos para manejar niños sin producir traumas. El dentista deberá asegurarse de que el personal que emplea ama a los niños, los trata bien

y que sabe cómo manejarlos. Lo ideal sería que el dentista reciba al niño en la sala de espera el día de su primera cita.

El odontólogo deberá realizar sus deberes con destreza, rapidez y un mínimo de dolor. La asistente puede ser valiosa para ayudar a controlar al niño y para facilitar los procedimientos operatorios. Se debe trabajar suave y cuidadosamente y no perder tiempo ni oportunidad de realizar movimientos. El niño soportará molestias ligeras si sabe que pronto terminarán.

El odontólogo debe dirigirse al niño por su nombre o por el diminutivo familiar; debe mostrarle al niño los instrumentos que hacen ruido y explicarle para que sirven. Hay que evitar los términos dentales complicados o usar frases demasiado cortas y difíciles de entender. No hay que esperar a que el niño responda inmediatamente, sino que se le dará tiempo para que piense lo que se le ha dicho. Hay que advertirle que nunca deberá agarrar las manos del dentista; se le enseñará un signo o señal determinada para que indique cuando alguna maniobra le cause alguna molestia.

Se deberá evitar también la utilización de palabras muy sofisticadas que inspiren temor en el niño. Muchos de los temores sugestivos, no los produce el procedimiento en sí, sino el significado atemorizante de alguna palabra. Por ello, cuando sea posible se utilizarán palabras que ellos -

conocen y usan diariamente. La sustitución exacta de la palabra deberá guiarse por la edad del paciente.

Es conveniente explicarle lo que se le va a hacer y decirle el tiempo que ha de pasar en el sillón, y no debe realizársele más tratamiento que el anunciado previamente, sin su autorización.

Si el odontólogo considera que se va a inflingir un dolor considerable debe explicárselo de una manera sencilla - de acuerdo con su edad.

El odontólogo deberá ser realista y no condenar a un niño porque está asustado, tendrá hasta cierto punto que ponerse en su lugar para comprender por qué actúa de esa manera. Deben respetarse sus emociones, así como darle oportunidad de participar en los procedimientos sencillos, así como sostener el eyector, o ayudar en otra cosa poco importante para el odontólogo, así el niño sentirá que es parte del procedimiento que se le está realizando, y de esa manera se interesará y tratará de cooperar más. Al niño se le tratará como individuo con emociones y sentimientos, no como objeto de trabajo para el profesional. También se le puede preguntar si quiere ver lo que se le hace y si es así, prestarle un espejo para que observe los movimientos que se le hacen.

El odontólogo nunca deberá perder la paciencia ni enfadarse. La ira como el miedo, es una reacción emocional pri-

mitiva e inmadura, es señal de derrota que indicará al niño que ha tenido éxito en su comportamiento. El paciente lo pondrá en una situación de gran desventaja, porque la ira disminuye la capacidad de reaccionar claramente y tener las reacciones adecuadas.

Si el odontólogo pierde el control y eleva el tono de su voz, sólo asustará más al niño y se le dificultará aún más su cooperación.

B) Relación padre e hijo.

La relación que existe entre padres e hijos es tan variable de acuerdo a su comportamiento emocional que sería difícil explicar a grandes rasgos la conducta de los padres hacia sus hijos, por lo que se mencionarán tan sólo las que creemos son importantes.

Los padres difieren ampliamente sus actitudes hacia los hijos, como por ejemplo quienes después de casados han tenido que esperar mucho tiempo para tener hijos, se han casado tarde, o sólo tuvieron un hijo, tienden a ser demasiado cariñosos y protectores. El rechazo o la indiferencia son muy comunes cuando la concepción no fue deseada o cuando el niño ha nacido de padres demasiado jóvenes, no muy maduros emocionalmente para la paternidad. Por lo que todo esto es importante averiguarlo en la historia clínica.

El favoritismo por un niño determinado en la familia, es frecuente por parte de la madre o el padre, esa actitud puede conducir a una variedad de problemas de conducta, no sólo en el niño que recibe esta atención especial, sino también los hermanos y hermanas sometidos a tan injustificable discriminación. Las perturbaciones en la vida emocional de los padres, o en la relación entre ambos, conducen generalmente a algunos problemas en el manejo del niño.

La incompatibilidad entre la madre y el padre puede resultar de una gran diferencia de edades y por lo tanto, de intereses y diferencias en la educación, que puede conducirlos a tener diversos comportamientos con sus hijos.

El afecto, protección, indulgencia, ansiedad, autoridad exagerada, desafecto o el rechazo por parte del padre, se reflejan en la conducta del niño y, por consiguiente se convierten en problema para el odontólogo en el manejo del mismo. La actitud que el padre asume en relación al hijo único, o a un niño adoptado, justifica también su comportamiento en el consultorio dental.

1.- Afecto Exagerado

El matrimonio tardío, el hijo único, el adoptado, el benjamín de la familia; pueden llevar a un cariño exagerado, demasiadas alabanzas y mimos por parte de los padres. Esos niños están preparados inadecuadamente para ocupar un pues

to en su casa o en la escuela, y les falta valor en el consultorio dental.

2.- Sobreprotección

Algunas madres insisten en monopolizar todo el tiempo de su hijo, sin permitirle jugar con otros niños, los síntomas más claros expresados en un niño así, son la negativa a alternar con otros niños y su comportamiento irresponsable.

Generalmente intenta controlar cada situación y se niega a jugar con otros niños en pie de igualdad.

3.- Indulgencia exagerada

A veces los padres no le niegan al niño la menor cosa o deseo, dentro de los límites de la entrada económica de la familia, ni se les restringe en ninguna de sus actividades. Los padres cuya infancia ha sido poco satisfactoria, plena de penurias económicas y estrecheces son frecuentemente demasiado indulgentes. Los abuelos tienden también a prodigar favores especiales al nieto. Las situaciones conflictuales o las exigencias de conducta en casa, por parte del padre, la madre o el abuelo, producen la cólera del niño. El niño demasiado caprichoso, muchas veces considerado como el niño dañino, es exigente y se lleva mal con los otros niños o personas que no le den gusto.

Un acceso de llanto, o un arranque de mal humor suelen ser comunes, y esta exhibición en el hogar, le ayudará a conquistar todo lo que pide, y esta misma técnica será empleada en el consultorio dental a la menor molestia.

4.- Ansiedad excesiva

Expresada por el padre muchas veces cuando ha habido alguna enfermedad seria, o muerte en la familia, o cuando se trata de un hijo único. El padre manifiesta afecto exagerado y un exceso de protección, y se opone generalmente a que su hijo alterne con los otros niños. Se magnifican las enfermedades leves y se impide concurrir a la escuela o cumplir su cita con el dentista. Muy pronto el niño pasa a depender de los padres para todo y responde con timidez, miedo, reserva y cobardía.

5.- Autoridad excesiva

En ciertos casos el padre suele ser indebidamente crítico, regañón y hasta rechazante. El niño puede expresar negativismo, esto es, resistencia a los intentos de imponerle un plan de acción. El negativismo en un niño se manifiesta como tensión física, y retiro ante cualquier forma de acercamiento. Puede adoptar una actitud hastiada, que no se modifica ni por la razón o la persuasión.

6.- Desafecto

La indiferencia de los padres es la que da poco tiempo para el niño, puede ser evidente por razones sociales y económicas. La incompatibilidad entre la madre y el padre, celos en el hogar, o cuando hay padrastros, pueden conducir a un sentimiento de inseguridad por parte del niño. "Todo niño necesita el interés, estímulo y guía de los padres".

Los síntomas de inseguridad son expresiones de la propia conciencia. El niño es asustadizo, prefiere estar solo, es indeciso y tímido, vacila para decidirse y es propenso a llorar fácilmente. El niño puede desarrollar malos hábitos como negarse a comer, morderse las uñas y el negarse a todo.

7.- Rechazo

Los niños son rechazados en algunas ocasiones a causa de los celos entre la madre y el padre, de cargas financieras, porque se esperaba de otro sexo, o no es deseado, o porque los padres son inmaduros y carecen de responsabilidad. Un niño de padres así generalmente se hace egoísta, resentido, vengativo, desobediente e hiperactivo. Los arranques de mal humor, las mentiras y robos son frecuentes.

8.- Hijo único

Con un solo hijo los padres se inclinan a ser demasiado cariñosos, protectores, ansiosos e indulgentes. El niño puede responder siendo tímido, miedoso y retraído. Si bien las posibilidades recién mencionadas con respecto al hijo único son bastante comunes, hay muchas familias que tienen un niño que no muestra esos síntomas característicos.

9.- Niño adoptado

La tendencia de los padres con un niño adoptado es ser demasiado cariñosos y considerados, no sólo por quererle - brindar todas las ventajas en la vida, sino también por los posibles comentarios que puedan hacer amigos o vecinos al respecto. El niño suele ser miedoso, tímido y retraído.

El punto clave en el tratamiento de estos niños está en aparecer frente a ellos como adultos significativos. Es decir, como personas capaces de hacernos cargo de esa ansiedad y de tolerar las manifestaciones a veces explosivas, - que genera en él. Cuando adquirimos la posibilidad de comprenderlas y aceptarlas sin sentirnos agredidos, involucrados, sin vivir la actitud del niño, o de sus padres, como un ataque, sin ponernos tan críticos y rígidos, lo que sería probablemente expresión de nuestra propia inseguridad.

C) Manejo de los Padres en el consultorio dental.

Ya hemos analizado algunas características psicológicas de los niños y su forma de poder manejarlos en el consultorio dental, asimismo vimos la influencia de sus padres hacia ellos. Ahora veremos la actitud de los padres ante el tratamiento de sus hijos: los perjuicios y beneficios que estas actitudes pueden acarrear en el comportamiento del niño en el consultorio dental.

La participación de los padres es un factor decisivo en el buen tratamiento odontológico de sus hijos. Debemos trabajar con ellos no contra ellos, o a pesar de ellos; evitando tensiones y dificultades de comunicación que en última instancia repercutirán negativamente en el niño. Insistir y demostrarles que su papel es importante, no hacer que se sientan culpables ni crearles ansiedades o ponerles figuras de "padres buenos".

Los padres por su actitud y filosofía de enseñanza, al igual que la disciplina del niño, juegan un importante papel en la conducción de una práctica. Ciertos problemas en el manejo de un niño, tienen su origen casi enteramente en los padres; y el profesional sensato hará todo lo posible por explorar antecedentes y actitudes de los padres en la forma más diplomática posible.

Muchas variaciones de la conducta, así como las normas expresadas por los padres en su vida de hogar y en el consultorio dental, son resultado de la experiencia, educación, experiencias sociales y situación económica. El objetivo odontológico debe ser, valorar y comprender a cada padre lo más cabalmente posible para determinar de ese modo el enfoque del tratamiento para el niño en particular. Se debe hacer comprender a los padres que una vez estando en el consultorio dental, el odontólogo está más capacitado para preparar emocional y psicológicamente al niño para el tratamiento a seguir.

CAPITULO V

INTRODUCCION DEL NIÑO AL CONSULTORIO DENTAL

- A) Pacientes de primera visita.
- B) Duración de la visita.
- C) Pacientes de emergencia.
- D) Recepción del niño.
 - 1. Recepcionista.
 - 2. Asistente.
 - 3. Actitud del Odontólogo.
- E) Técnicas de modificación de la conducta.
 - 1. Decir, mostrar, hacer.
- F) Técnicas de cepillado, uso de hilo dental, uso de pastilla reveladora.

V. INTRODUCCION DEL NIÑO AL CONSULTORIO DENTAL

A) Pacientes de primera visita

Dada la importancia que tiene el dejar una buena impresión en el niño que se presenta por primera vez con el dentista, es necesario que todo miembro de la profesión odontológica asuma responsabilidades adicionales para brindar una atención esmerada al niño.

El logro de este fin, requiere de un sólido programa de educación y prevención para incrementar la cooperación de los padres y el niño. El cirujano dentista debe esforzarse constantemente y realizar un enfoque inteligente para acercarse al paciente con entusiasmo y simpatía, atenuando así el temor que los padres y los hijos tienen ante el dolor, alteraciones estéticas y factores económicos.

También es necesario realizar un tratamiento adecuado, asumir una actitud honesta de aceptación interna de la conducta del niño, ya que de no ser así, el niño lo sentirá y no se obtendrán buenos resultados porque no se inspira confianza al paciente infantil y a sus padres.

La primera visita al consultorio dental la hace generalmente el niño acompañado de sus padres, de ellos debemos obtener información completa sobre las características de identidad del paciente. Debemos informarnos de todo lo que

sabe el niño acerca de la Odontología, tratamientos dentales y dentistas, ya que estas preguntas pueden darnos idea del comportamiento futuro del niño y anticiparemos dificultades en el primer encuentro.

La primera meta es ganar completamente su confianza; - al establecer esta relación, el dentista debe transmitir al niño que simpatiza con él y conoce sus problemas. El odontólogo debe de humanizar sus relaciones con el niño.

La primera visita de un paciente es en esencia una introducción a la Odontología, por lo que nuestras actitudes y acciones deben estar orientadas a crear en los pacientes confianza en sí mismos y en nosotros. Puesto que los niños temen excesivamente a lo desconocido se sienten mal preparados y aprensivos para afrontar nuevas situaciones; visitar al odontólogo antes del tratamiento, puede ser que lo desconocido se vuelva familiar y mitigue sus temores o necesidades futuras de huir.

Debemos familiarizar al niño con la sala de tratamiento y todo su equipo, sin que produzca alarma excesiva, por lo que aumentará su confianza y curiosidad al explicarle cómo funciona cada pieza del equipo.

El dentista recibirá al niño en la sala de espera el día de su primera visita, deberá llamarlo por su apodo, diminutivo o nombre y dirigirá la conversación hacia él de vez en cuando.

En la primera visita deberán realizarse solamente procedimientos menores e indoloros (salvo en el caso de una emergencia), como lo son la historia clínica, que debe ser de lo más completa posible para evitar dificultades durante el transcurso del tratamiento dental, limpiar los dientes, instruirle sobre el cepillado dental y tal vez tomarle radiografías.

En el examen bucal debemos ser realmente suaves, hacer toques muy ligeros ya sea con los dedos o con el mango del espejo bucal, no debemos comenzar inmediatamente con el explorador.

Al niño deberá decirsele de manera natural, que a veces lo que hay que realizar produce dolor y que se hará con suavidad, pidiendo al niño cuando quiera que el dentista pare, pero sin dejar que use esto como excusa para estar constantemente interrumpiendo el tratamiento. Debemos ganar la confianza del paciente y una de las maneras más sencillas es siendo muy suaves y manteniendo la voz en el mejor de los tonos. Nunca debemos mostrar irritabilidad o gran sorpresa ante lo que pueda verse en la boca, el profesional no debe mostrar dolor o susto en las expresiones de su cara mientras esté trabajando; la falta de interés, indecisión o ira son expresiones difíciles de eliminar del rostro.

Al terminar el examen bucal debemos decir algo agradable sobre sus dientes, sea cual fuere su estado bucal y nun

ca hacer comentarios desagradables de su boca. Aunque una visita preliminar al dentista es valiosa, la continua repetición del procedimiento puede no ser eficaz, a menos que tenga que realizarse algún trabajo dental en alguna de sus visitas siguientes.

Al despedir al pequeño paciente hay que alentar su deseo de regresar para un futuro tratamiento, debemos decirle que fue un placer tenerlo como paciente y que esperamos verlo en otra ocasión.

Con tacto y simpatía se establece la relación y los procedimientos dentales se vuelven más agradables y esperados con placer por parte del Cirujano Dentista, y el niño. El pequeño deberá quedar convencido que su visita al odontólogo fue una positiva y buena idea.

B) Duración de la visita

Cuando tratemos con niños es importante que consideremos la hora y duración de la visita, ya que ambas pueden afectar el comportamiento.

Preferentemente el niño no deberá estar en el sillón dental más de 30 minutos, ya que si está más tiempo puede volverse poco cooperativo hacia el final y por muy tranquilo y deseoso que esté de cooperar difícilmente volverá a hacerlo.

El tiempo de espera en la sala de recepción debe estar limitado a escasos minutos, ya que largos minutos de espera no son alentadores en el consultorio dental, pues tienen un efecto adverso sobre la psicología del niño.

La hora de la visita del niño tiene relación con su comportamiento, en niños pequeños la cita no debe interferir con la hora de su siesta, ya que negará totalmente su cooperación, volviéndose irritable y difícil de manejar.

No deben ser traídos después de una experiencia emocional seria, pues en este momento experimenta traumas emocionales y la visita al dentista sólo dañaría al niño aumentando sus ansiedades y desconciertos.

Cuando los padres del niño tienen un problema de transporte o de otra índole para llegar al consultorio, se les puede fijar un período mayor de tiempo para cada cita, siempre que las actitudes del niño lo permitan.

C) Pacientes de emergencia

La primera visita al consultorio dental, debe ser para el niño en lo más posible una experiencia agradable.

Si bien el odontólogo y la asistente dental hacen cuanto es posible por crear una atmósfera grata, hay niños que desafortunadamente y con gran frecuencia llegan a su primera visita sufriendo dolores y con la necesidad de un

tratamiento extenso.

Desde el punto de vista psicológico, el peor momento - para traer a un niño al consultorio dental, es cuando sufre el dolor de un diente, esto en gran parte es culpa de los - padres por esperar hasta que se presente el dolor para llevarlo con el dentista.

Si el paciente llega por una emergencia, debemos determinar la causa del problema que ocasiona dolor y aliviarlo de inmediato, demostrándole que lo que haremos le quitará - el dolor, y de esta manera nos ganaremos parte de su confianza. Debemos tratar de no crear en el paciente un disgusto - por los procedimientos dentales que afecte nuestra relación con él.

Hay que valorar el factor de stress del paciente que - llega de emergencia; debemos ser considerados y suaves al - intentar aliviarlo, apreciando sus sentimientos y pensamientos poniéndonos en su lugar.

Debe diferenciarse claramente una visita de emergencia no convenida, con una cita programada, ya que la aparición no prevista del niño, por lo general no permite una recep-ción, examen y tratamiento adecuado.

El manejo del niño paciente puede no presentar grandes dificultades si el niño es traído para tratamiento antes de que haya experimentado dolor.

En estas circunstancias, es de ser posible ocupar una o dos visitas iniciales para aclimatar al paciente y explicarle a los padres el por qué de no hacerle nada. Sin embargo, surgen problemas cuando el niño es traído por primera vez con dolor. En este caso, la aprensión del paciente aumenta por el recuerdo creciente del dolor, pérdida de sueño y la preocupación de los padres.

Es útil, entonces evitar cualquier procedimiento operatorio, si es posible, en la primera visita. Suele ser adecuado obtener una historia, hacer un examen, pulir los dientes y recetar un analgésico adecuado. El paciente debe ser visto en 24 a 48 hrs. cuando esté mucho más adaptado y dispuesto para el tratamiento activo de sus dientes. Aun en este estadio, debe efectuarse lo menos posible para que el niño se sienta cómodo. El diente quizá llegue a extraerse, pero en el momento más apropiado dentro del plan de tratamiento. El dolor pulpar o periapical en un diente primario frecuentemente se va o se reduce drásticamente en intensidad, después de 48 hrs. La pulpa infectada por lo común muere rápidamente, o el absceso apunta pronto en el surco vestibular. Si el dolor se controla con frecuencia se reduce la necesidad inmediata del tratamiento y éxito del subsiguiente tratamiento aumentará mucho.

Los medicamentos utilizados y la terapia pulpar moderna permiten controlar el dolor pulpar temporalmente en dien

tes permanentes con mínimo de interferencia técnica.

Si el niño presenta hinchazón facial y pirexia entonces corresponde algún tratamiento operatorio. La situación debe ser aceptada y el tratamiento efectuarse tan cuidadosamente y suavemente como sea posible.

No obstante el niño con dolor suele estar muy dispuesto a permitir que el odontólogo intervenga para liberarlo de ese dolor.

D) Recepción del niño

1). Recepcionista.

La primera impresión que recibe el niño al entrar a la sala de espera debe ser un ambiente agradable y de cordialidad por parte de la recepcionista, ya que es la persona con la que el niño tiene el primer contacto.

Esta debe ser amistosa, joven de preferencia y con un gusto especial por los niños, pues así podrá otorgar al niño una mayor tranquilidad y confianza.

En el momento en que el padre establece el contacto inicial por teléfono, la recepcionista debe proyectar el auténtico interés por el paciente. Una manera de lograrlo consiste en ofrecer información amistosa y correcta a las preguntas de los padres. La recepcionista debe tener concien--

cia del valor crítico de esta conversación inicial entre el padre y ella, pues es muy importante.

Una llamada telefónica amistosa transmite una sensación cordial a los padres e identifica el interés del consultorio odontológico por el futuro paciente. Deberá tener una dicción clara, expresándose en un tono natural y pausado, de manera eficiente.

La conversación telefónica entre la recepcionista y la madre brinda información importante acerca del nivel de comprensión sobre salud dental por el lado paterno. Las preocupaciones principales de los padres y posiblemente sus angustias por la atención odontológica, a menudo resultan evidentes durante la conversación inicial.

La orientación de los padres en la elección de la hora más indicada para la cita de su hijo exige que la recepcionista esté preparada con información que justifique su decisión.

El deber de la recepcionista de regular el plan de citas es un requisito esencial en la administración de un consultorio dental.

El ofrecimiento de otras alternativas acerca de su cita refleja una considerada preocupación por los demás quehaceres de los padres y los guía para que acepten una situación favorable para ellos y el odontólogo.

Son los padres quienes autorizan un tratamiento y supervisan los cuidados del niño en el hogar; por lo tanto, en cada sesión habrá dos personas que considerar: el padre y el hijo.

La relación entre el odontólogo y el padre está basada sobre la confianza y debe quedar representada inicialmente por la recepcionista que haya sido informada sobre los posibles comportamientos de los padres y los niños.

Mientras los padres están sentados cómodamente en la oficina, la recepcionista completa la información básica acerca del consultorio de una manera eficiente y cortés. El interés sincero y significativo de la recepcionista por el niño proyecta un sentimiento de confianza que identificarán de inmediato tanto el niño, como sus padres.

Ciertos problemas relacionados con actitudes desafiantes o de temor en el niño, podrán ser aliviados de alguna manera con el diálogo inicial de la recepcionista con él y sus padres.

La identificación del grado de temor paterno a la Odontología puede ayudar al odontólogo y a su personal a prepararse para las reacciones del niño a los procedimientos odontológicos en general. Otra ventaja de la recepcionista es que proporciona una oportunidad de expresión sin restricciones para los adultos, quienes así pueden transmi

tir ideas y preguntas que no harían fácilmente al odontólogo.

2. Asistente

Cuando el niño pasa a la oficina privada o al consultorio empezará el trabajo de la asistente y tanto el odontólogo como la asistente deberán recibir al paciente. Después de que hayan saludado al niño en una atmósfera no clínica, como lo es el escritorio del doctor y hayan platicado con él, la asistente puede ayudar a crear un ambiente de naturalidad y amistad hacia el niño en el consultorio. Puede además preparar al niño y ahorrarle tiempo al dentista explicándole el uso del dique de goma, la sensación esperada después de un anestésico local, etc.

La experiencia práctica de la asistente fija contribuye a la continuidad y eficacia del tratamiento, y su permanencia junto al sillón dental ahorra no sólo movimientos y tiempo, sino que también reduce las interrupciones al odontólogo porque no distrae su vista de la boca del pequeño hacia la bandeja del instrumental.

La delegación de la asistente de todos los deberes de apoyo del procedimiento restaurador darán por resultado una eficiencia muy incrementada al trabajar con los niños más cooperativos.

Si la asistente ha de poner en acción ese potencial de ayudar al odontólogo a tratar al niño, necesitará un conocimiento general de cómo pueden reaccionar los niños.

3. Actitud del Odontólogo.

Algunos psicólogos han sostenido que aunque la función primaria del odontólogo es efectuar el tratamiento dental - necesario, su campo no deberá estar limitado a la eficiencia técnica.

Por el cultivo de un enfoque sensible y comprensivo, - puede hacer mucho por ayudar a su paciente a superar la situación.

El niño que ha aprendido a dominar su papel como paciente odontológico muestra cierta flexibilidad de conducta y un interés por lo que sucede en torno a él; se muestra capaz de confiar en el odontólogo y de responderle.

El odontólogo que limita su ejercicio profesional a los niños o el odontólogo general que incluye muchos niños en su práctica, escucha a menudo la pregunta ¿Por qué le interesa tanto esta fase de la Odontología? Muchos suponen - que es por un genuino gustar de los niños. La mayoría de los autores están de acuerdo en que el afecto por los niños es sumamente importante para manejarlos con éxito en el consultorio odontológico, y ese amor por las criaturas debe ser -

evidente en todo momento. Pero más importante es aún el deseo de cumplir un verdadero servicio de salud.

Esta fase del ejercicio profesional es probable que le presente un desafío mayor que algunas otras; además puede apreciar los beneficios a largo plazo de una atención temprana y adecuada.

Hay veces en que cualquiera que atienda niños sentirá inseguridad en el manejo de determinada criatura. Es más probable que esta inseguridad se presente cuando uno se enfrenta con un problema con el cual no está familiarizado. Es por esto que el que incluye niños a su ejercicio profesional debe estudiar odontología continuamente y debe familiarizarse con la amplia variedad de situaciones y anomalías que debe diagnosticar y manejar. Los odontólogos deben comprender sin embargo, que existen debilidades en sus conocimientos y que no deben contar con la respuesta para todos los problemas relacionados con el manejo de los niños.

Por supuesto esto es cierto en todos los terrenos de la atención del niño y la comprensión de este hecho ayudará a quien quiera proporcionar un servicio de salud para los niños y así superar un ocasional sentimiento de inseguridad.

Es muy importante que el odontólogo comprenda la conducta del niño. Sólo con la comprensión y un conocimiento activo de la conducta infantil podrá comprender la reacción de cada uno ante los problemas en el consultorio dental.

Al estudiar la conducta del niño captará que el control del pequeño o su orientación durante la situación odontológica se desvía con frecuencia del esquema fijo. Es difícil o hasta imposible para un odontólogo decirle a otro cómo debe proceder ante un determinado problema de conducta.

Es importante que si pierde el control de la situación, comprenda que, no necesariamente ha de ser un reflejo de sí mismo. El fracaso en una instancia puede no significar más que el odontólogo debe considerar el problema o que debe emplear un enfoque distinto.

Es sumamente importante que el odontólogo aprenda a enmascarar su reacción emocional ante una determinada situación.

Hasta el niño más pequeño puede captar rápidamente la indecisión o la angustia. De hecho será útil que pueda enmascarar cualquier tipo de involucración emocional y crear una atmósfera de comprensión controlada.

E) Técnicas de Modificación de la Conducta

1. Decir, Mostrar, Hacer.

Existen algunos métodos efectivos sobre el control de la conducta del niño durante la visita inicial y las siguientes.

Aunque estas técnicas no son necesariamente nuevas, es

sólo que en años recientes los estudios controlados en las ciencias de la conducta y la odontología han substanciado - su valor.

La desensibilización, el modelamiento y el manejo de la contingencia han sido hayadas altamente efectivas en la reducción de la ansiedad y la aparición de conducta inapropiada en los niños.

Si bien cualquiera de las técnicas puede resultar efectiva, la interacción de las tres ha producido consecuencias muy satisfactorias.

Aunque el uso de la técnica clásica de desensibilización sistemática no está generalmente indicado para el odontólogo, las variaciones en la técnica han probado ser útiles y pueden ser más aplicables al consultorio dental. Se han sugerido que los contactos de la vida real con los estímulos que provocan ansiedad pueden ser beneficiosos en la reducción de las respuestas y que, en realidad, los principios de la desensibilización pueden ser aplicados a la situación odontológica.

La técnica de desensibilización es similar al enfoque de "DECIR, MOSTRAR, HACER". La maniobra es esencialmente - útil en las siguientes situaciones:

- 1) Durante la visita odontológica inicial de un niño.
- 2) En las visitas subsiguientes cuando se van a llevar

a cabo procedimientos que son nuevos para el niño:

3) Cuando se tratan pacientes referidos que no han sido familiarizados con las técnicas odontológicas.

El enfoque "DECIR, MOSTRAR, HACER" ha resultado útil en la prevención del desarrollo de los temores odontológicos en el paciente nuevo, así como en la minimización de la ansiedad y mala conducta asociada en el paciente previamente sensibilizado.

La verdadera técnica involucrada en el "DECIR, MOSTRAR, HACER" es muy sencilla. Su objetivo es luchar con el temor de un niño a los objetos y personas extrañas que lo rodean. El odontólogo puede reducir este temor, primero DICIENDOLE al niño sobre la nueva situación y lo que va a hacer en ella, luego MOSTRANDOLE el nuevo ambiente (mientras se le vuelve a hablar sobre él) y, finalmente, HACIENDOLE lo que se le dijo que se le haría (mientras se le habla nuevamente sobre ello). Este proceso de decir, mostrar, hacer, deberá ser continuo desde la entrada del niño al consultorio a través de todos los procedimientos involucrados en el tratamiento. A medida que se presenta cada nueva persona, instrumento o procedimiento al niño, debe usarse el DECIR, MOSTRAR, HACER, para orientarlo gradualmente a los estímulos que provocan ansiedad, de manera tal que sea capaz de enfrentar la situación.

En el empleo de este método, deberá tenerse en cuenta

un cuidado especial de usar un lenguaje y conceptos que el niño pueda comprender. Un bosquejo de algunas de las fases críticas en las que emplear el decir-Mostrar-Hacer, y ejemplos de la terminología apropiada describiremos a continuación:

INTRODUCCION.- "Hola Dony, yo soy la Dra. Martínez y ésta es mi ayudante, la Srita. Chavarría. Nos gustaría conocer para que podamos ser tus amigas y ayudarte".

CONSULTORIO.- "Este es mi consultorio, donde te limpiaremos los dientes. Tiene una silla especial que se mueve, de modo que tú puedas sentarte muy cómodamente. Te mostraré los botones que hacen que la silla se mueva y tú puedes girarla por mí. Hay también una luz brillante para iluminarte los dientes de modo que podamos verlos a todos. Este es el botón que prende la luz. ¿Podrías prenderla? Gracias. Tenemos muchos cajones como en la cocina de tu mamá, donde guardamos nuestros cepillos de dientes. Más tarde te mostraré algunos".

RADIOLOGIA.- "Esta es una cámara especial que sólo toma fotos de tus dientes. No te tocará, sólo estará cerca de tu mejilla. Colocaremos un pequeño trozo de papel en tu boca y la cámara especial tomará una foto especial de tus dientes. Antes te mostraré cómo le tomo una foto a la Srita. - Chavarría para que veas que sencillo es".

EXAMEN.- "Tengo un contador de dientes, que usaré para contar los tuyos: te mostraré cómo cuenta tus dedos mira, uno, dos, tres... Bien, tu tienes diez dedos. Ahora - veamos cuántos dientes tienes".

PROFILAXIS.- "Voy a usar este cepillo pequeño y una pasta especial para limpiarte los dientes". Es a menudo útil pasar el cepillo por la uña del pequeño para que sienta la sensación, como una introducción al procedimiento.

ANESTESIA LOCAL.- "Voy a dormir tus dientes para que nada te moleste. usaré una pasta dormidora y un agua que también los dormirá tus dientes en una máquinita especial para ayudarlos a que se duerman. ¿Te has dormido alguna vez viendo televisión? Pues ya verás que cuando te ponga esta agua en tu boca, tus dientes dormirán y tú los sentirás como cuando se te duerme una mano. Sólo se dormirán tus dientes y tú estarás despierto para hablar conmigo".

DIQUE DE GOMA.- "Colocaré un impermeable en tus dientes para que el agua que usamos no los moje. Lo pondré con un botón de plata para mantenerlo en tu boca.

RESTAURACION.- "Voy a usar una sirena de agua para limpiarte los dientes y quitar los bichitos malos que hay en tu boca. Luego, te pondré una pasta plateada en tus muelas que parecerá una estrellita".

A fin de incorporar los principios de desensibilización

sistemática dentro de esta técnica, deberá hacerse todo esfuerzo durante la reunión inicial con el niño para mantenerlo relajado. La amistosidad, y los intentos de hacer la visita lo más posible, sirven para llevar a cabo la inhibición recíproca de los estímulos que provocan ansiedad. El odontólogo deberá establecer una jerarquía de procedimientos que provocan ansiedad e introducir al niño primero a las fases del tratamiento asociadas con niveles de ansiedad bajos, pasando más adelante a las fases más complejas del tratamiento con mayor ansiedad.

Una secuencia que puede ser usada con muchos niños es: la introducción, orientación, exámen, profilaxis, y aplicación de fluoruros, radiografías, tratamiento operatorio y por último los procedimientos quirúrgicos.

Si bien por razones prácticas, el profesional puede usar rutinariamente una jerarquía en esencia similar para la mayoría de los pacientes, deberá estar preparado para adoptar esta secuencia si las conductas del niño relacionadas con la ansiedad varían de lo usual. Por ejemplo, el uso de un eyector de saliva, el equipo de aspiración de alto volumen, o el ruido excesivo, pueden crear más ansiedad que una inyección o una extracción.

- F) Técnicas de cepillado, uso de hilo dental, uso de pastilla reveladora.

Todo odontólogo tiene una clara responsabilidad hacia sus pacientes niños y sus padres que obliga a aconsejarles correctamente sobre la importancia de limpiar los dientes y recomendar y enseñar un método que sea eficaz para mantener un estado de limpieza en la cavidad bucal. Está bien documentado que existe una relación directa entre enfermedad dental y estado de limpieza de la cavidad bucal. La correcta higiene bucal es muy importante en la prevención de ambas enfermedades y también en su recidiva.

La forma más práctica de prevenir la enfermedad bucal, es desarrollar un método para cada paciente que le permita mantener la mejor higiene bucal posible, por la dispersión mecánica y la eliminación de los microorganismos adheridos. Esto implica cepillado y uso del hilo dental, pero aunque sea hecho todos los días, no significa necesariamente que la cavidad bucal se mantenga limpia. Padres y niños deben estar convencidos de que el cepillado de los dientes después de las comidas elimina grandes partículas de alimentos, estimula los tejidos y da la sensación de bienestar, la limpieza debe ser hecha por lo menos, una vez al día de preferencia antes de acostarse y eso significa una muy minuciosa combinación del uso de la tableta reveladora y la utilización del hilo dental.

DISEÑO DEL CEPILLO DENTAL

Es probable que el hombre haya usado algunas formas de cepillo desde su etapa primitiva. Existen pruebas de que el hombre masticaba una ramita de madera especial hasta que ese extremo se convertía en una especie de cepillo, que entonces usaba para limpiar los residuos de alrededor de los dientes. Desde ese rudimentario comienzo, ha surgido el moderno cepillo, que generalmente tiene un mango de celulosa o resina y cerdas de nylon. En un estudio sobre la abrasión relativa de las cerdas sintéticas y naturales sobre el cemento y la dentina hallaron que el cepillo en sí, cualesquiera que fueren sus cerdas, tienen poco o ningún efecto abrasivo sobre el esmalte y la dentina. La abrasión del tejido dental es independiente de la dureza o la composición de las cerdas, en cambio depende casi directamente de las propiedades del dentrífico usado junto con el cepillo. El gran interés surgido por la enseñanza de buenos cuidados hogareños probablemente una mayor unanimidad de opinión con respecto al tipo de cepillo a utilizar. Los tres tipos más destacados de cepillos en la venta al por menor y de más fácil obtención son el recto recortado, el oval y el empenachado. Las técnicas más recomendadas imponen utilizar un cepillo de cerdas blandas. Recomiendo para la dentición primaria un cepillo de cerdas de nylon, con una longitud total de unos 12 mm y para la dentición mixta y permanente, un ce

pillo blando de nylon de aproximadamente 15 mm. El método de cepillado que debe ser recomendado y enseñado depende de la evaluación que el odontólogo haga de las necesidades del paciente.

La tendencia en la selección del cepillo de dientes se inclina hoy hacia el uso de cepillos bastantes pequeños, - con partes activas rectas o poco anguladas, formadas por 2 ó 3 filas que contienen cada una entre 10 y 12 penachos de cerdas (fibras) sintéticas, blandas, de puntas redondeadas. Hay varias que apoyan este diseño de cepillo de dientes.

- 1.- La cabeza del cepillo de dientes debe ser pequeña y recta, para permitir alcanzar tanta superficie dentaria como sea posible.
- 2.- Las fibras sintéticas no se desgastan tan rápidamente como las naturales, y recuperan su elasticidad más pronto después de ser usadas y lavadas.
- 3.- Se cree que los penachos separados permiten una mejor acción de limpieza, porque las fibras pueden flexionarse y alcanzar así zonas en las que un cepillo con penachos muy juntos no alcanzaría, debido a la cantidad y proximidad de las mismas.
- 4.- Las cerdas deben ser blandas y los extremos redondeados para evitar el daño de los tejidos gingivales.

Debe tenerse en mente que lo que se busca es la remoción de placa y no frotar los dientes. Algunos pacientes objetan el uso de este cepillo de dientes blandos al que creen incapaz de limpiar los dientes en forma adecuada. Una simple demostración de la remoción de la placa, usando un compuesto revelante, los convencerá de que los cepillos de dientes blandos son tan efectivos como los duros.

En muchos casos las características anatómicas de la boca, o las características neuromuscular de los pacientes, pueden hacer necesario adaptar el cepillo al caso individual.

TECNICAS DE CEPILLADO

Para limpiarse los dientes se ha sugerido una importante cantidad de distintas técnicas de cepillado, y cada una ha sido propuesta por sus ventajas. Lamentablemente, estas supuestas ventajas rara vez han sido observadas en investigación clínica controladas. Por ejemplo, mientras que algunos estudios informaron la superioridad de ciertos métodos, una cantidad comparable de estudios no han logrado observar diferencias científicas entre los distintos métodos de cepillado con respecto a la remoción de la placa. Es interesante que cuando se han observado deficiencias, por lo general se ha hallado una superioridad en el método horizontal o de frotamiento.

Es importante recordar que, con excepción del uso de las técnicas traumáticas, es la minuciosidad del cepillado, más que el método, el punto más importante. Si se realizan con suficiente cuidado, la mayoría de los métodos de cepillado comúnmente usados logran los resultados que se desean.

No obstante, en algunos casos es necesario recordar técnicas especiales debido a problemas de alineación dentaria, dientes ausentes, nivel de inteligencia, cooperación y destreza manual de los pacientes. En algunos casos está indicada la combinación de más de un método.

Las técnicas que más comúnmente se enseñan en las facultades de odontología, son las de rotación y las de Bass.

Estas técnicas serán descritas dejando aclarado que, en la opinión de los autores, éstas no son mejores ni peores que cualquiera otra técnica que pueda ser usada efectivamente por un paciente para remover su placa.

Método de refregado. Hay que sostener el cepillo con firmeza y cepillar los dientes con un movimiento de atrás hacia adelante, similar al del fregado de un piso. La dirección de los movimientos puede cambiar y hasta resultar daño sa.

Método de Fones. Con los dientes en oclusión, hay que presionar firmemente el cepillo contra los dientes y los tejidos gingivales, haciéndolo girar en círculos del mayor -

diámetro posible.

Método de barrido o giro. Hay que colocar las cerdas - del cepillo lo más alto que sea posible en el fondo de sa- co, con los lados de las cerdas tocando los tejidos gingiva- les. El paciente debe ejercer tanta presión lateral como - los tejidos puedan tolerar y mover el cepillo hacia oclusal. El tejido se isquemia bajo la presión cuando la sangre es - forzada fuera de los capilares. A medida que el cepillo se aproxima a oclusal, hay que hacerlo girar lentamente, de ma- nera que los extremos de las cerdas toquen el esmalte. Al - liberar la presión sobre las encías la sangre vuelve a fluir a los capilares. Entonces hay que volver a colocar el cepi- llo alto en el fondo de saco y repetir el movimiento de gi- ro. Hay que indicar a los pacientes que en cada zona hagan ocho claros movimientos de barrido hacia oclusal; después - el cepillo hay que pasarlo a una zona nueva.

Método de Charters. Hay que poner los extremos de las cerdas en contacto con el esmalte y el tejido gingival, con las cerdas apuntando en un ángulo de unos 45 grados hacia - el plano de oclusión, haciendo entonces una presión hacia - abajo y lateral sobre el cepillado haciendo vibrar de ade- - lante hacia atrás, ida y vuelta, más o menos 1 mm. Este su- a ve procedimiento vibratorio de las cerdas entre los dientes limpia bien las caras interproximales. Esta técnica masajea también los tejidos interproximales.

Método de Stillman. El cepillo debe ser colocado aproximadamente en la misma posición requerida para la acción inicial del método de barrido o giro, excepto que más cerca de las coronas haciendo vibrar el mango suavemente, en un movimiento rápido, pero ligeramente mesiodistal. Esta técnica fuerza las cerdas en los espacios interproximales y limpia bien los dientes en esa zona. Además masajea adecuadamente a los tejidos gingivales.

Método fisiológico. Algunos profesionales aconsejan esta técnica porque creen que si los alimentos son digeridos en sentido apical durante la masticación, dientes y encías deben ser cepillados en la misma dirección. Con un cepillo blando, hay que cepillar los tejidos gingivales desde la corona hacia la raíz en un suave movimiento de barrido. Aunque la técnica puede ser eficaz debe ser usada con cuidado.

Método de Bass. Para el cepillado de las caras vestibulares y linguales, las cerdas son forzadas directamente en las hendiduras gingivales y en los surcos entre los dientes en un ángulo de unos 45 grados con respecto de los ejes mayores dentarios. Forzando las cerdas lo más posible con movimientos anteroposteriores corto del cepillo desalojando todo el material de los dientes, dentro de las hendiduras. Al mismo tiempo, limpian los dientes por sobre el tejido gingival, en los nichos y entre los dientes hasta donde pue

dan llegar las cerdas. Las superficies oclusales deben ser cepilladas aplicando las cerdas a la superficie, presionando firmemente y moviendo el cepillo en sentido anteroposterior en acciones cortas. Los dientes anteriores serán cepillados por lingual dirigiendo las cerdas de talón o del costado del cepillo hasta las hendiduras gingivales y espacios interdentarios en alrededores de 45 grados como en los demás lugares.

LIMPIEZA DENTAL EN EL INFANTE

Los odontopediatras se están dando cuenta más agudamente de la necesidad de que la primera visita odontológica - del niño, no de emergencia, se haga mucho más temprano de - lo que se recomendaba en años pasados. Poco después que los primeros dientes primarios erupcionan, y tan pronto sea conveniente para el profesional y el padre, el infante debe - ser llevado al consultorio. Esto da oportunidad de explicar a los padres la importancia de ciertos conceptos preventi--vos, por ejemplo, destetar al niño alrededor del año de edad y evitar la caries provocada por el uso del biberón y permitirle que se duerma con una mamadera. Esta primera visita - permite también señalar al padre la importancia de que el - odontólogo examine al niño después de cualquier traumatismo a la dentición primaria, lo que suele ocurrir durante el período de gateo. Además, se pueden dar al padre instruccio--

nes para la limpieza de los dientes primarios poco después de la erupción.

Si ambos padres están dispuestos, pueden sentarse en una silla recta, uno frente al otro, con su rodilla tocándose. Esto forma una mesa donde el padre, por ejemplo, puede sujetar las piernas del niño, permitiendo que se extiendan entre sus brazos y cuerpo, mientras usa sus manos para sujetar los brazos del niño. La madre, con la cabeza del niño en su regazo, puede hacer el cepillado. Esto es muy eficaz con el niño muy pequeño, cuya cooperación es difícil. Los dientes deben ser frotados o cepillados con una acción de "refregado" usando un cepillo, con multicerdas suaves, sin ningún dentrífico. Aun cuando el infante pueda no cooperar al principio, con repetición y distracción, habitualmente se consigue que coopere y se relaje. Inicialmente, las sesiones de limpieza son muy cortas, pero a medida que erupcionan más dientes primarios, las sesiones se prolongan y eventualmente se pasa a la técnica de cepillado para la dentición primaria.

PAPEL DE LOS PADRES EN EL CEPILLADO DENTAL EN LA DENTICION PRIMARIA

Los padres deben continuar ayudando a sus hijos en el cepillado por varios años, después del período infantil.

En todos los casos, los padres cepillaron mucho mejor que los niños. El fregado horizontal demostró ser más eficaz que el método circular en la dentición primaria, tanto cuando fue hecha por la madre o por el niño. Se observó - que los padres cepillan a sus hijos mucho mejor que los ni ños mismos. Por lo tanto, hay que enseñar al padre del pr escolar a que cepille los dientes y emplee la técnica del fregado horizontal.

Técnica para el cepillado de los dientes por el padre. El niño de pie delante de la madre con su espalda contra - ella. La madre, con su brazo izquierdo, sostiene la cabeza del pequeño. Con los dedos de la mano izquierda separa el labio cuando cepilla los dientes anteriores inferiores. Le queda la mano derecha libre para cepillar. Así puede cepillar las caras de todos los dientes inferiores. Los dedos - de la mano izquierda pueden ser usados para separar el ca-- rrillo cuando cepilla los dientes posteriores y el dorso de la cabeza del cepillo mantiene separada la lengua mientras está cepillando las caras linguales de los dientes inferiores.

Cuando son cepillados los dientes del maxilar, hay que pedir al niño que eche la cabeza hacia atrás. Por observación directa de la boca, la madre tiene una visión y acceso adecuados al cepillar las superficies dentales. Una vez más, los dedos de la mano izquierda pueden servir para separar los labios y el carrillo.

A los padres hay que aconsejarlos que cepillen los dientes de los hijos y, al terminar la limpieza, estimulen al pequeño para que él también se cepille. Sin embargo, no hay que dar instrucciones específicas al niño. Habitualmente recurrirá a la técnica del fregado; pero no hay que hacer intento alguno para adoctrinarlo en este método, porque cuando comiencen a erupcionar sus dientes permanentes anteriores, habrá que explicarle el método de Bass. Los padres deben continuar cepillando hasta que el niño demuestre su eficiencia e interés en realizar el procedimiento. Esto puede ocurrir a los 9 ó 10 años. Cuando los padres continúan cepillando los dientes del niño en el período de la dentición mixta, deben usar un método combinado de fregado y barrido vertical o de Bass.

METODO PARA EL CEPILLADO DE LA DENTICION MIXTA Y ADULTA JOVEN.

En la dentición mixta y adulta joven, se le recomienda al niño ponerse en una posición cómoda frente a un espejo - para que realice su técnica de cepillado con movimientos más firmes, ya sea de pie frente al espejo o sentado en una silla y en frente un espejo para facilitar la técnica de cepillado. Es conveniente enseñar al paciente la técnica vibratoria de Stillman como un auxiliar del método circular. A medida que el cepillo es llevado hacia oclusal y girado lentamente, el mango puede ser vibrado con suavidad para forzar las cerdas entre los dientes.

Otro método popular para el cepillado de la dentición mixta y adulta joven, está basada en el método de Bass.

Hay que colocar el mando del cepillo paralelo a la superficie oclusal. Las cerdas deben ser dirigidas en ángulo aproximadamente de 45 grados con respecto al eje mayor de los dientes, hacia la línea gingival. Para cepillar hay que aplicar movimientos cortos anteroposteriores, permitiendo que las cerdas permanezcan en el mismo lugar. Debe ser empleado un enfoque sistemático, cepillando dos o tres dientes por vez, comenzando por las caras vestibulares de los dientes del cuadrante superior derecho, para pasar hacia los dientes anteriores y después al lado izquierdo siempre

por vestibular; hay que seguir con las caras vestibulares - del cuadrante inferior izquierdo los dientes anteriores y, por fin, vestibular del cuadrante inferior derecho prosiguiendo con la cara lingual de este último sector hay que - continuar con el lado opuesto pasando por la zona anterior; es posible continuar ya con el cuadrante superior izquierdo la zona anterosuperior y terminar siempre por lingual, en - el cuadrante superior derecho.

La cara oclusal debe ser cepillada colocando las cerdas contra la superficie, presionando firmemente, y moviendo el cepillo hacia atrás y adelante con golpes cortos. Las caras distales de los dientes más posteriores de cada cuadrante hay que limpiarlas con el talón del cepillo, al tiempo que es hecha la limpieza sistemática, pasando de un cuadrante a otro. Al cepillar las caras linguales de los dientes anteriores, el mango del cepillo debe ser sostenido paralelo a los ejes mayores de los dientes y la acción del cepillo será dirigida en dirección talón-punta.

USO DEL HILO DENTAL

La mayoría de los odontólogos coinciden en que para - eliminar todos los residuos de alimento en los dientes, hay que usar la combinación de cepillado y pasaje de hilo. Sin duda, la falta principal en la mayoría de los programas de higiene bucal es el uso inadecuado del hilo dental.

Una vez que se ha adquirido una habilidad adecuada en el cepillado, llega el momento de introducir el uso del hilo, sin embargo, si el niño tiene deficiencia en el cepillado, puede ser aconsejable posponer esa introducción hasta - una visita posterior.

El primer paso del programa de la instrucción sobre el uso del hilo es mostrar por qué es necesario su empleo. Esto puede hacerse por medio de fotografías de casos anteriores.

Usando dos dedos de la mano de la auxiliar para representar los dientes adyacentes, y luego demostrando sobre - ellos que el cepillo no puede alcanzar el espacio interpu^oto. Si el paciente no ha usado hilo antes, o lo ha utilizado de cualquier manera, es deseable que la terapeuta haga - una demostración utilizando un modelo bucal de gran tamaño. También puede utilizar dos de sus dedos, o aún mejor, dos - de los dedos del niño, para mostrar cómo debe aplicarse el hilo contra los dientes, pero no sobre la encía. La manera

de rodear las caras proximales con el hilo para obtener mejores resultados, también debe mostrarse. La mayoría de los dentistas recomiendan hilo no encerado con el fin de remover la placa.

Una vez que se ha terminado la demostración, la auxiliar invita al niño a sostener el hilo, insertándolo a través de aquellos espacios interdentarios que le resulten más fáciles, y tratar de pasarlo por los dientes. Muchos niños tienen marcadas dificultades al comienzo, y a menudo adoptan posiciones extrañas o francamente cómicas cuando tratan de insertar y manipular el hilo, la terapeuta o del dentista nunca se reirán de un niño cuando se producen estas circunstancias, sino que tratará de ayudarlo a superar estos problemas iniciales. A veces puede ser conveniente suspender el intento y pedirle al niño que lo practique en la privacidad de su hogar con la recomendación de que, hasta que obtenga un cierto nivel de eficiencia puede ser preferible que practique. Se realice fuera de la vista de terceras personas, que no siempre se abstendrán de hacer comentarios. - La mayoría de los niños aprecian esta demostración de respecto por su personalidad total, y durante las visitas siguientes son capaces de demostrar una marcada mejoría de su capaacidad para usar el hilo dental. Al igual que con el cepillo, la clave del éxito es la práctica.

Durante la segunda visita, así como en la siguiente, -

debe darse al niño un apoyo psicológico adecuado. La mayoría de ellos sienten cierto grado de alivio cuando se les dice que su caso no es único, que la mayoría de los niños experimentan dificultades cuando comienzan a usar el hilo y que, tomando todo en consideración, están aprendiendo tan rápido. Si no más que los otros niños.

El tipo apropiado de hilo dental consiste de una gran cantidad de filamentos microscópicos de nylon, no encerados y no retorcidos, excepto lo necesario para mantenerlo unido durante su uso.

Han sido propuestas y esquematizadas una cantidad de técnicas. Refiero las siguientes:

- 1.- Usando 60 a 90 cm de hilo sin encerar, hay que enrollar alrededor del dedo medio de la mano derecha excepto unos 20 cm.
- 2.- Envolver bastante del extremo libre alrededor del dedo medio izquierdo para sostenerlo.
- 3.- Pasar el hilo sobre las puntas de los pulgares o de pulgar e índice, o de ambos índices, manteniendo una distancia de 2,5 cm.
- 4.- Pasar el hilo entre cada par de dientes. Esto hay que hacerlo con un movimiento suave de serrucho por entre los puntos de contacto. No pasarlo de golpe.
- 5.- Después de pasar el hilo entre los puntos de con-

tacto, curvarlo alrededor del diente anterior y lle
varlo debajo del tejido gingival hasta sentir una
resistencia. Pulir la superficie dentaria frotando
el hilo hacia arriba y abajo. Hacer lo mismo con -
la cara mesial del diente posterior.

- 6.- A medida que el hilo se deshilacha o ensucia, enro
llarlo del dedo medio de derecha a izquierda, algo
así como el carrete recolector en un grabador de -
cinta.

Correctamente aplicado, puede ser buen auxiliar para -
limpiar los dientes y eliminar la placa de las zonas proxi-
males.

TABLETAS REVELADORAS

Muchos odontólogos e higienistas emplean tabletas reve
ladoras como ayuda para instrucción en casa. Las obleas con
tienen un tinte vegetal roja. Después de que el paciente -
mastica la tableta y pasa saliva entre y alrededor de las -
piezas durante 30 segundos, la placa bacteriana se verá pig
mentada de rojo vivo. Se muestra al paciente las áreas ro
jas y se le informa que está cepillando, pero no limpiando,
sus dientes. Se le instruye entonces sobre cómo colocar el
cepillo durante el cepillado para poder limpiar todas las -
superficies disponibles. Esto se sigue con empleo de seda -
dental. Se le proporciona al paciente una dotación de table
ta para emplear en casa, para así comprobar periódicamente

la eficacia de su técnica de higiene bucal.

HIGIENE BUCAL

Es necesaria una rutina organizada para instruir a los pacientes en el cepillado dental y el uso del hilo si el odontólogo espera ser eficiente para motivar a sus pacientes en un buen cuidado hogareño. Cada odontólogo debe decidir cuanto tiempo y esfuerzo dedicará en su consultorio a dar instrucciones. El tiempo y esfuerzo estarán directamente relacionados con la propia convicción individual de su importancia.

El uso regular del cepillo y la limpieza minuciosa de los dientes antes de acostarse y después de cada comida es esencial para mantener la buena salud de los tejidos blandos que rodean los dientes. Por cierto que este tipo de cuidado debe ser enseñado y alentado en los niños.

Hay considerable evidencia también de que el cepillado contribuye a limitar las caries. Para que sea eficaz en este sentido, hay pruebas suficientes de que debe ser realizado inmediatamente después de la comida. En estudios independientes, demostraron que la producción de ácido ocurre inmediatamente después que el alimento llega a la placa dentobacteriana.

CAPITULO VI

MANEJO DE LAS CONDUCTAS INTERRUPTIVAS DE LOS NIÑOS

- A) Control de la voz.
- B) Restricción Física.
- C) Técnica de la mano sobre la boca y sus variaciones.

VI. MANEJO DE LAS CONDUCTAS INTERRUPTIVAS DE LOS NIÑOS

Los niños con una conducta que interrumpe significativamente el tratamiento dental, son clasificados como "problemas de conducta". Algunos de ellos como los muy pequeños los mental o físicamente impedidos, emocionalmente inmaduros, pueden ser incapaces de controlar su conducta; otros, simplemente pueden no querer cooperar.

Con niños de conducta interruptora, el odontólogo debe usar formas que permitan al paciente recibir el tratamiento acondicionándolo psicológicamente.

La mayoría de las técnicas específicas para manejar al paciente interruptor involucran la reducción de la actividad física del niño o la alteración de su conciencia. Mencionaremos tres técnicas: advirtiéndole que no en todos los niños se deben usar, pero en caso necesario serán aplicadas con el consentimiento de los padres.

A. Control de la voz.

B. Restricción Física.

C. Técnica de la mano sobre la boca y sus variaciones.

A) Control de la voz.

El control de la voz es la modificación del timbre, la intensidad y el tono de la propia voz en un intento de domi

nar la interacción entre el profesional y el niño. Por ejemplo, un odontólogo puede hablar en voz alta a fin de llamar la atención del niño, sacándolo de su conducta interruptiva, o cuando éste grita, simplemente para ser escuchado. Una vez ganada su atención, el profesional debe bajar la voz ajustándola a la del niño. El control de la voz es usado, junto con alguna forma de restricción física y la técnica de la mano sobre la boca.

B) Restricción Física.

La restricción física del niño incluye el uso de abre bocas, restricción por parte del odontólogo y/o asistente dental, correas unidas al sillón dental, y el uso de envolturas corporales tales como sábanas u otros dispositivos.

Los abre bocas se emplean, a veces, en el momento de la inyección, para evitar que los niños cierren su boca y se lastimen, así como también en el caso de producir fatiga debido a una sesión larga, y para el niño revoltoso o desafiante que cierra constantemente la boca a fin de interrumpir el tratamiento.

Los abre bocas siempre deberán ser usados en el niño mental o físicamente impedido y en el muy pequeño, que no puede mantener su boca abierta por períodos prolongados. En estas situaciones además de controlar la actividad de la

mandíbula y proteger al paciente del posible daño a sí mismo, un abre bocas también protege los dedos del odontólogo.

La restricción es manejada por el profesional y la asistente para conseguir la cooperación del niño. La restricción puede ser necesaria en casos de niños hipermotores, revoltosos o desafiantes. El asistente será entrenado para esto, y estará preparado para controlar la cabeza, cuerpo y brazos del niño. Frecuentemente, puede ser requerida la cooperación de más de un asistente para esta tarea. Debe recalcar que tal procedimiento no será usado en el niño aprensivo, puesto que comúnmente, sólo servirá para aumentar sus temores.

El padre, también puede colaborar para ayudar a controlar los movimientos del paciente o cuando se trata de un niño muy pequeño. El niño es sentado, derecho en el regazo de la madre, una de cuyas manos es colocada sobre la frente de éste, mientras que con la otra cubre ambas muñecas. Con esta colocación de las manos, la madre puede inmovilizar satisfactoriamente la cabeza, los brazos y el cuerpo del niño.

Pueden unirse correas al equipo dental para inmovilizar a un paciente, en el pecho, la cintura y las piernas. Las correas son usadas principalmente para dirigir la actividad del paciente mental o físicamente impedido que no puede dominar sus propios movimientos. El control de los movimientos del paciente evita que éste se lastime y que sus movimientos puedan interferir con el procedimiento odontológico.

Las sábanas o envolturas corporales pueden ser usadas también para restringir los movimientos. Este tipo de restricción no asegura al niño al sillón, a menos que sea también usada una sábana adicional (atada alrededor del paciente y del sillón). El tipo de restricción con sábana es utilizada muy frecuentemente para el niño muy pequeño (de menos de 2 años de edad). Una envoltura comercial para infantes y niños muy pequeños es el Papoose Board.

C) Técnica de la mano sobre la boca.

La técnica de la mano sobre la boca ha sido usada por los odontólogos por más de 50 años. La técnica fue descrita por primera vez en la década de 1920 por la doctora Evangelina Jordan.

La técnica está indicada para los niños normales momentáneamente histéricos, o desafiantes. Es imperativo que esto sea usado sólo en niños con suficiente madurez como para comprender las simples órdenes verbales. La mano sobre la boca no es una técnica para el niño muy pequeño, el inmaduro, el atemorizado, o el niño con un serio impedimento físico, mental o emocional.

Para que un odontólogo maneje apropiadamente y trate a un paciente-niño, debe ser capaz de comunicarse con él. El niño que tiene un berrinche en el sillón dental consigue de

morar o impedir el tratamiento. Además, la conducta interruptora está evitando también la comunicación. El propósito de la técnica mano sobre la boca, es conseguir la atención del niño y detener su explosión verbal, de modo que pueda ser establecida la comunicación.

La técnica puede ser usada después de determinar que la conducta de un niño indica el uso de esta técnica, el odontólogo coloca suave pero firmemente su mano sobre la boca del paciente. Con la explosión verbal completamente detenida, se le dice al niño que cuando coopere, la mano será retirada. Cuando el paciente indica su voluntad de cooperar comúnmente por señal afirmativa de la cabeza y la cesación de los intentos de gritar, la mano es retirada y el paciente es reevaluado. Si la conducta interruptora continúa, el odontólogo coloca nuevamente su mano sobre la boca del niño y le dice que debe cooperar.

Esta rutina puede tener que ser repetida varias veces, hasta que la conducta del niño cambie lo suficiente como para permitir que comience el tratamiento. Una vez que el niño coopera, deberá ser felicitado.

Existen diversas variaciones de la técnica mano sobre la boca. Ellas incluyen: mano sobre la boca, vía de aire sin restringir; mano sobre la nariz y la boca, vía de aire restringida; toalla mantenida solamente sobre la boca; toalla seca mantenida sobre la nariz y la boca; toalla húmeda

mantenida sobre la nariz y la boca.

Aunque algunas personas recomiendan que la mano sea colocada sólo sobre la boca, ya que la vía de aire del niño - nunca debe ser restringida.

CONCLUSIONES

- En la atención dental de los niños, es necesario proporcionarles un ambiente familiar, en cada procedimiento a seguir con él, la cooperación que nos brindan cuando algo les agrada o les es familiar es muy notoria, es por eso que debemos alargarlos, comenzando por la vista, presentando en nuestro consultorio colores agradables siempre vivos con motivos, como un circo, una caricatura conocida, etc., para que los pequeños pacientes sientan que es un lugar suyo en el cual sólo se realizarán tratamientos que ayudarán a su bienestar.
- Aunque la decoración es un procedimiento que halaga la vista y produce confianza, debemos de tomar en cuenta que cada niño es diferente en sí a cada persona que lo rodea. La edad de cada uno, el sitio que ocupen dentro de la familia, el grado de afecto que los padres proporcionen a su hijo y el ambiente familiar general que rodee al niño, serán un factor determinante para el tipo de trato que debemos darle a cada niño en particular.
- Debemos de tomar en cuenta que la reacción de cada persona a lo desconocido es totalmente diferente, es por eso que nosotros como profesionales de la salud, debemos entender desde un punto de vista psicológico a cada pacien-

te, para brindarle una mejor atención dental, tratando de desvanecer esta actitud que le proporciona un tratamiento desagradable y a nosotros un mayor trabajo si no estamos preparados para entender y tratar de desvanecer temores.

- Aunque el dentista y el paciente son la parte esencial dentro del consultorio, el personal que labora en cooperación con nosotros debe tener la capacidad suficiente para poder guiar al niño desde su primera visita y recepción a un exitoso tratamiento, la cortesía y la firmeza son el mejor principio ante cualquier situación.

- Como hacemos notar en nuestra tesis, las técnicas empleadas para lograr la atención del paciente, son de una gran importancia, ya que si no las empleamos en el momento preciso y de la forma más eficaz posible, podemos provocar en el paciente un miedo exagerado a cualquier tratamiento médico y dental, logrando así reacciones contrarias a las deseadas.

- Finalmente hacemos conciencia de la importancia que tiene el educar a un niño para lograr una buena salud dental comenzando por una técnica de cepillado adecuada a cada caso, haciendo mención de la ayuda que nos brinden para este fin, el dentífrico, el hilo dental y las tabletas reveladoras, si la motivación a la higiene bucal se presenta

durante la infancia, formaremos una boca limpia, infantil, juvenil y adulta, que a la vez nos servirá para métodos preventivos que en el futuro harán que nuestra odontología ocupe un lugar primordial en la prevención, disminuyendo su acción curativa.

BIBLIOGRAFIA

- Ralph E. Mc Donald - David R. Avery
Odontología para el niño y el adolescente.
Editorial Mundi, S.A.I.C. y F., 3a. edición.
Paraguay 2100, Buenos Aires, Argentina, 1987.

- Sidney B. Finn.
Odontología Pediátrica.
Nueva Editorial Interamericana.
1a. edición, 1976.

- Joan Weyman - G.H. Steel.
Odontología para niños impedidos.
Editorial Mundi, S.A.I.C. y F.
Paraguay 2100. Buenos Aires, Argentina, 1976.

- Louis W. Ripa
Manejo de la conducta odontológica del niño.
Editorial Mundi, S.A.I.C. y F.
Paraguay 2100. Buenos Aires, Argentina, 1984.

- Bengt O. Magnusson.
Odtontopediatria. "Enfoque Sistemático".
Salvat Editores, S.A.
Barcelona, España, 1985.

- Samuel Leyt.
Odontología Pediátrica.
Editorial Mundi, S.A.I.C. y F.
Paraguay 2100. Buenos Aires, Argentina, 1980.

- Raymond L. Braham - Merle E. Morris
Odontología Pediátrica.
Editorial Médica Panamericana, S.A.
Buenos Aires, Argentina, 1984.

- Katz Mc Donald Stokey.
Odontología preventiva en acción, 3a. edición.
Editorial Médica Panamericana, S.A.
Buenos Aires, Argentina, 1983.

- Davis - Law - Lewis.
Paidodoncia Atlas. Cap. 18 Manejo del paciente niño.
Editorial Médica Panamericana, S.A.
Buenos Aires, Argentina, 1984.

- Thomas K. Barber - Larry S. Luke.
Odontología Pediátrica.
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
México, D.F., 1985.