



263
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

"TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA
DEL NIÑO EN EL
CONSULTORIO DENTAL"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A

MA. INES DE GUADALUPE MIRANDA MAYANS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D. F. 1989





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.

T E M A R I O

INTRODUCCION

TEMA I.	PSICOLOGIA EVOLUTIVA	1
	A) ORIENTACION ACTUAL DE LA PSICOLOGIA	1
	B) FASES DE LA EDAD EVOLUTIVA	2
	C) EDADES COMPRENDIDAS POR LA PSICOLOGIA EVOLUTIVA	3
	D) CARACTERISTICAS DE LAS DISTINTAS FASES DE LA PSICOLOGIA DEL DESARROLLO	4
	E) LEYES DE LA GENETICA	6
TEMA II	DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO	13
	A) DEL SEGUNDO AL CUARTO AÑO	13
	B) DEL QUINTO AL OCTAVO AÑO	13
	C) DESDE LOS NUEVE A LOS TRECE AÑOS	21
TEMA III	FACTORES QUE INFLUYEN EN EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL	27
	A) ANSIEDAD Y DOLOR	27
	B) NATURALEZA Y TIPOS DE MIEDO	28
	C) LA ESCUELA	32
	D) ESTADO FISICO DEL NIÑO	33
	E) AMBIENTE SOCIAL	34
	F) ACTITUD DE LOS PADRES HACIA EL NIÑO	35

TEMA IV COMPORTAMIENTO DEL NIÑO ANTE EL CIRUJANO

DENTISTA

A) ACTITUD DE LOS PADRES HACIA EL NIÑO	37
A) PROTECCION EXCESIVA	37
B) RECHAZO	39
C) ANSIEDAD EXCESIVA	40
D) DOMINACION	40
E) IDENTIDAD	41
F) INFRASTIMULACION	42
G) AUTORIDAD EXCESIVA	43
H) LOS GOLPES	44
I) DESAFECTO	46
B) DIFERENTES TIPOS DE PERSONALIDAD EN EL NIÑO	48
A) NIÑO TIMIDO	49
B) NIÑO MIEDOSO	50
C) NIÑO INCORREGIBLE	52
D) NIÑO ENFERMO	54
F) NIÑO INDIFFERENTE	55
G) NIÑO RECHAZADO	56
H) NIÑO DESNUTRIDO	56
I) NIÑO NERVIOSO	59
J) NIÑO DESAFIANTE	60
K) NIÑO COOPERADOR	63

TEMA V	ACTITUD DEL CIRUJANO DENTISTA HACIA EL NIÑO Y LOS PADRES	65
TEMA VI	MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL	77
	A) OBJETIVOS DEL MANEJO DE LA CONDUCTA	81
	B) COMUNICACION EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA	82
	C) TECNICAS DE REACONDICIONAMIENTO	85
	D) CONDUCTA EN LA ADMINISTRACION DE LA ANESTESIA	89
	CONCLUSIONES	98
	BIBLIOGRAFIA	100

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

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

La orientación de la conducta de un niño en el consultorio odontológico es el requisito previo para su atención dental completa.

Fese al conocimiento a menudo limitado de la psicología del niño, los odontólogos logran en general llevarse bien con los niños y son capaces de trabajar con el mismo grado de eficiencia que con los adultos. El verdadero niño problema en el consultorio es la excepción. Sin embargo, al odontólogo le resultaría mucho más fácil aceptar cada niño si supiera que un problema de conducta o un estado de ansiedad pueden ser diagnosticados con facilidad y resueltos.

Tal aceptación se producirá sólo como resultado de estudio e investigación continuos en el campo relativamente intacto de la psicología infantil en relación con la odontología.

Pocos padres comprenden la desventaja del odontólogo presentado a un niño asustado, ansioso o de hecho opuesto al examen inicial y demás procedimientos. Solo en raras ocasiones el odontólogo tiene la ventaja de conocer el desarrollo psicológico del pequeño, la preparación que los padres efectuaron para la primera visita o la posibilidad de una experiencia lamentable previa. Casi sin excepción, sin embargo, los padres esperan que el odontólogo domine por completo la situación y preste el servicio de salud a sus hijos, cualquiera que sea su reacción.

T E M A I

PSICOLOGIA EVOLUTIVA

A) ORIENTACION ACTUAL DE LA PSICOLOGIA.

En el estudio de la edad evolutiva la tarea del psicólogo es ver como se prepara y organiza la personalidad humana. El niño, el muchacho, el adolescente y el joven están en continua evolución orientada hacia la realización de un determinado tipo, de un determinado carácter, es decir, a actuarse en una personalidad.

Si examinamos, al niño, al adolescente y queremos darnos cuenta de su vida psíquica, hemos de tener presente que dicha edad no es más que una preparación y desarrollo. Es cierto que el niño y el joven poseen, en algún sentido, su personalidad, pero con ello nos damos cuenta que las diferencias existentes entre ellos son más o menos profundas.

La primera psicología se ocupó principalmente de la descripción y medición de los cambios que sobrevienen con la edad en las respuestas físicas, motoras y cognitivas.

La investigación del desarrollo infantil puede realizar aportaciones enormes al incremento del bienestar humano y a la realización de fines humanitarios. El conocimiento proveniente de la investigación científica puede ayudar a las personas a adaptarse mejor a su sociedad y llevar vidas más felices; a superar deficiencias cognitivas; a reducir per

juicios, miedos y ansiedades; a fomentar el aprendizaje efectivo a alcanzar una mayor creatividad; a facilitar el desarrollo de actitudes y acciones cooperativas, altruistas y humanitarias.

La psicología contemporánea del desarrollo hace hincapié en las determinantes del crecimiento y desarrollo humanos; en el cómo y los porqués de los orígenes y las modificaciones de la conducta.

B) LAS FASES DE LA EDAD EVOLUTIVA.

El nacimiento del niño está caracterizado por estados de desequilibrio como calor, frío, hambre y dolor que dan forma a su percepción del ambiente y a sus maneras de reaccionar ante él mismo. Estos estados son importantes psicológicamente.

Un conocimiento de la actividad psíquica de cada una de las fases no sólo tiene interés porque nos hace ver la preparación gradual de la vida adulta, sino en sí misma, porque presentan sus propias características. Podemos hablar de psicología evolutiva o bien como descripción de los caracteres de cada una de las fases. Además el conocimiento de la psicología evolutiva es un presupuesto de todas aquellas ciencias que tienen como fin la educación del hombre y el cuidado de su adaptación a las distintas condiciones ambientales y sociales.

C) EDADES COMPRENDIDAS POR LA PSICOLOGIA EVOLUTIVA

Se suele considerar como edad evolutiva el período comprendido desde el nacimiento hasta cerca de los veinte años. En líneas generales, se divide en tres fases principales: la primera, desde el nacimiento hasta los seis años; la segunda, desde los siete a los trece o catorce; la tercera, desde los catorce hasta los veinte años.

Puede parecer que esta división está hecha teniendo en cuenta las condiciones externas: en los primeros seis años el niño suele vivir en el ambiente familiar, o a lo más frecuenta la escuela materna, en la segunda fase, la escuela; y en la tercera se prepara para el ejercicio de una profesión. En realidad, esta división está fundada en las profundas transformaciones que pueden considerarse como características de cada una de las fases. La causa de estas transformaciones, que observamos, se halla, según el grado, en las condiciones ambientales y en el diverso grado de madurez física y psicológica del individuo.

Es cierto que no podemos hablar de fases, porque el desarrollo de la vida es continuo, si bien, en verdad que se va pasando de un momento a otro de la vida insensiblemente y que no todos los individuos se transforman siguiendo un modelo típico.

Para un mejor estudio fijaremos nuestra atención en los siguientes períodos o fases: el recién nacido: primer año de vida; la fase que va desde el segundo al cuarto año: la edad

preescolar; del quinto al octavo año: el período de la organización de los procesos cognoscitivos; del noveno al décimo tercero: la pubertad; desde los catorce a los diecinueve: adolescencia y juventud.

Cada una de las fases descritas se diferencia de las demás por sus características físicas, psicofísicas y Psíquicas.

D) CARACTERISTICAS DE LAS DISTINTAS FASES DE LA PSICOLOGIA DEL DESARROLLO.

Estas fases presentan las siguientes características:

El primer año, es un período de tiempo en el cual se madura el aspecto anatómico-fisiológico, condición necesaria para que pueda ejercerse la actividad autónoma. Esta empieza en los últimos meses del primer año y continúa hasta el sexto, y queda caracterizada por el juego. Jugando, el niño aprende a conocer el mundo externo que le rodea y lo conoce por medio de la experiencia sensorial, reconoce los objetos y las personas y aprende a nombrarlas; viene a ser dueño de sí mismo con el dominio del propio sistema motriz; se pone en contacto con los demás hombres por medio del lenguaje y de la acción.

Lo que caracteriza la segunda fase es el tránsito del juego al trabajo; el niño juega aun, pero sabe distinguir muy bien entre una acción que tiene por única finalidad el

juego y la que tiene el trabajo. Su trabajo es casi exclusivamente escolar. Con el se van afinando las actividades sensoriales, la actividad motriz queda mejor regulada. Pero sobre todo, se inicia la actividad intelectual, la capacidad de conocer por otro medio el sensorial; aparece también y se desarrolla la capacidad de saber guiar en la acción con la voluntad. Durante esta segunda fase se desarrolla la memoria - que constituye un precioso instrumento de trabajo en la actividad escolar.

En la tercera fase, la adolescencia, el fenómeno característico está en que la gran receptividad propia de las fases precedentes cede su lugar a un proceso particular de interiorización. Lo que el mundo le ofrece no lo recibe ya sin crítica. Empieza a afirmarse la personalidad, aunque esto lo hace de un modo discontinuo. El joven reelabora todo cuanto le ofrece lo exterior en su intimidad e imprime un sello personal a todo cuanto aprende. En una palabra comienza a ser - él mismo y a darse cuenta de ello. En este período, en el - cual la cotización intelectual de los valores sirve a la elección hecha con la ayuda de la voluntad, entran también en su juego intereses personales, no inmediatos y de naturaleza sen - sorial, como en la fase precedente, sino también de orden superior y de naturaleza espiritual. Esto sucede porque todo - dato objetivo despierta una reacción afectiva.

El estudio de cada una de estas fases requiere el empleo de diferentes métodos.

Uno de estos métodos es el comportamiento, principalmente en las distintas situaciones que pueden modificarse experimentalmente y aún más en las diferentes situaciones interindividuales que establecen acciones y contrarreacciones que nos manifiestan la actitud interior del niño.

El estudio del comportamiento lo tienen que hacer las personas que están en contacto íntimo con el niño como son los padres, familiares en general, o bien aquellas personas que los cuidan o que están al frente de su educación. Al niño debe observársele sin que él lo sepa, lo que alteraría completamente el resultado. Si es posible se debe observar al niño en todos los momentos de la vida cotidiana, su comportamiento espontáneo, cosa imposible a un extraño.

E) LAS LEYES DE LA GENÉTICA

Se ha discutido bastante sobre este tema, la mayoría de los psicólogos niegan que pueda hablarse de herencia psicológica, tal como se habla de herencia de otros caracteres, por ejemplo morfológicos. Según la mayor parte de ellos, lo que nosotros heredamos son condiciones morfológicas, fisiológicas o patológicas, individuales o familiares y raciales que influyen sobre el carácter y, al menos, dentro de ciertos límites de variación, tal que permitan concluir que existe una aparente herencia o transmisión de caracteres psíquicos.

Un factor que interviene dando lugar a una posible herencia

rencia es la inducción. La herencia entendida en el verdadero sentido es la transmisión no de todas las cualidades del germen, sino solamente de las cualidades permanentes. Además la semejanza entre generaciones sucesivas puede tener origen en otros factores no hereditarios, además de la igualdad del ambiente durante el desarrollo. Más aún, la misma influencia del ambiente se ejerce, en gran parte, a través de los padres, ya sea el organismo del padre o de la madre. Esta influencia es conocida como inducción.

Pseudo-herencia o inducción paralela es aquella en que la modificación que ofrece el ambiente a los hijos por medio del organismo antes de su nacimiento, de su concepción o por medio de la madre es análoga a la misma que recibe el progenitor en su organismo, de este modo las variaciones de alimentación que sufre el organismo de los padres se hace sentir, en las condiciones de nutrición del hijo.

Tanto si la inducción es paralela como si no, la que hace aparecer los caracteres iguales o diferentes de aquellos que el ambiente produce en los padres, de todas maneras puede haber mucha semejanza entre los ascendientes o sucesivos descendientes cuando los efectos no se limitan a la primera generación, sino que prosiguen durante varias generaciones. Esto es cierto para algunos efectos patológicos de ciertas formas morbosas como la sífilis, las deformaciones y las enfermedades que esta infección deja tras sí, presentándose no solamente en la descendencia inmediata, sino también en las sucesi-

vas generaciones.

Una característica de esta inducción no paralela es que puede presentarse una sola vez y además sus efectos van desapareciendo progresivamente con el tiempo.

Una tercera causa de pseudo-herencia es, si por ejemplo, se supone que el clima y la alimentación o el régimen de vida seguido por los progenitores ejerce alguna influencia sobre los caracteres de los descendientes, aunque sea solamente a los inmediatos, se encontrará, sin embargo, una semejanza entre los caracteres congénitos de las sucesivas generaciones, si es que los individuos, a través de las generaciones están sujetos a las mismas influencias de clima o al mismo régimen de alimentación o vida. Es probable que estos efectos estén destinados a intensificarse en las sucesivas generaciones hasta, probablemente, un límite que puede parecer un carácter estable de raza.

Por lo tanto hay que ser muy cauto para determinar si un carácter es hereditario, sobre todo los caracteres psíquicos.

Por otra parte, se puede decir, que existen tres factores que gobiernan la conducta del niño: su madurez, sus rasgos de personalidad y su ambiente. Los dos primeros factores están sometidos a interferencias y demandas externas en las que intervenga el adulto, mientras que el ambiente es variable y está sometido, hasta cierto punto, a nuestro control.

La madurez es la expresión de cómo el crecimiento y el

desarrollo han capacitado al niño para alcanzar diversas metas o conocimientos. La madurez se alcanza en forma gradual. El niño gatea antes de andar y prácticamente todos los talentos humanos se adquieren mediante un desarrollo progresivo, o lo que es lo mismo, mediante un gradiente de maduración.

RASGOS DE PERSONALIDAD.

El curso de la maduración y la forma en que el individuo maneja las situaciones nuevas están influidos por los rasgos de personalidad o de temperamento del sujeto. Es cierto que a veces encontramos sujetos de buen natural, cálidos y egotistas, pero de maduración lenta y que se muestran cautelosos ante situaciones nuevas. Otros parecen activos, energéticos y despiertos, pero quizá distantes, y éstos maduran precozmente y toman decisiones rápidas. Un tercer tipo de personalidad es la ondulante, casi siempre demasiado controlada aunque a veces precipitada, y que, sorprendentemente se hunde ante las dificultades.

Según los conceptos freudianos, la personalidad del individuo se desarrolla en tres marcos estructurales: el ello, el yo y el superyó. El Ello representa las funciones primitivas, en parte agresivas, dirigidas a la conservación de la vida y a la reproducción sexual. El ello es guiado por la búsqueda de gratificación y la evitación del dolor. El yo, maneja la realidad y representa la identidad personal y la capacidad de la persona para tratar las situaciones ambientales.

Una de sus funciones es controlar los impulsos inconscientes del ello y determinar cómo y cuándo expresar la energía. El superyó se desarrolla a partir de los conflictos que emanan de la confrontación entre el ello y la sociedad. Está constituido por los valores morales y representa la conciencia.

La descripción de Sjöbring de las personalidades puede ser también útil clínicamente. En comparación con el adulto, el niño presenta subcapacidad, subvalidez, subestimación, subestabilidad y subsolidez. Esto significa que tiene menor inteligencia y menos energía o iniciativa mental. Además, las acciones del niño son menos habituales, sus impresiones son frescas y despiertas y cada visita al dentista es una nueva experiencia y una primera vez para él. También reaccionan de manera más espectacular o impulsiva ante las situaciones difíciles, mostrando su temor y malestar en forma abierta, lo que puede pasar en una situación difícil al adulto que carezca de experiencia, pero también los niños demuestran agrado y afecto espontáneos cuando son bien tratados.

En este período que va desde el nacimiento hasta el término del desarrollo, el hombre se está preparando, organizando, desarrollando, lo mismo que se prepara su personalidad con lo que ha de realizar de un modo propio un plan de desarrollo. Así nos damos cuenta que cada vez que vemos a niños jugar espontáneamente en sus hogares, en las guarderías o en los campos de juego, nos llama la atención la gama de diferencias individuales de conducta, características y motivacio-

nes. Cada niño manifiesta una personalidad única, es decir, una perdurable organización o pauta de características o maneras de pensar, sentir, relacionarse con los demás y adaptarse al ambiente, pauta o estructura que se manifiesta en toda una variedad de situaciones y ambientes.

La adquisición y modificación de las personalidades y conductas sociales de los niños están reguladas por muchos factores, entre los que figuran el temperamento, los valores de la clase social y del grupo étnico al que pertenecen, las recompensas y castigos en el hogar.

En la moderna psicología, la expresión personalidad ha tomado los significados más diversos. Varios psicólogos utilizan las expresiones: personalidad, carácter, temperamento, como si fueran equivalentes. Hay quienes buscan las características de la personalidad en el fundamento morfológico del hombre, es decir en la constitución. Otros, en cambio, reconocen el fundamento de los caracteres diferenciales de la personalidad en los procesos hereditarios. Otros en los procesos humorales, en la acción del sistema neurovegetativo.

En la moderna psicología, el concepto de personalidad, estudia al hombre como unidad, tal como se manifiesta y se revela en todas sus actividades.

La investigación del papel desempeñado por los factores genéticos en la determinación de las características de la personalidad puede plantear problemas especiales. A dife

rencia de algunas clases de rasgos físicos, de trastornos mentales o de retraso mental, en las que las características que se quieren estudiar son específicas y están claramente definidas.

T E M A I I

DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO

El odontólogo que lleva con éxito a los niños por la experiencia odontológica se da cuenta de que un niño normal pasa por un crecimiento mental además del físico. Comprende además que el niño está adquiriendo constantemente hábitos, dejándolos y modificándolos. Este cambio es la causa por la cual la conducta del niño puede cambiar entre una consulta y otra. Es un hecho de que cada niño tiene un ritmo y un estilo de crecimiento. No hay dos niños que sigan exactamente el mismo esquema o patrón de crecimiento.

Para el odontólogo es necesario saber que la edad psicológica no siempre corresponde a la edad cronológica, lo cual para la planificación del tratamiento han de tomarse en cuenta ambas edades.

A) DEL SEGUNDO AL CUARTO AÑO

La actividad del niño en el primer año es predominantemente instintiva. Pero hacia el fin de este año aparecen nuevos factores. El niño aprende a tomar la posición erecta y a mantenerla y a dar algunos pasos; además comienza a utilizar el lenguaje, por lo menos en forma de sonidos lingüísticos elementales. La aparición de estos dos factores es de suma importancia.

El que el niño pueda ponerse en pie es importante para la determinación del especial modo de prescribir el espacio y para las relaciones del mismo niño con el espacio. De hecho, la posición erecta le da al niño la posibilidad de acercar los objetos y las personas según el interés que le guía hacia ellos. El mismo ahora puede buscar los objetos, acercárselos, cogerlos, puede también acercarse o alejarse de las personas. Todo esto provoca en él nuevos estados afectivos, y sobre todo actividades motrices, es decir, la vida se manifiesta como actividad en la que el niño se siente guiado por sus estados afectivos en relación con sus intereses y necesidades.

La aparición del lenguaje es de mucha importancia, aunque sólo sea con los fonemas más elementales que oye o formula el niño, se pone en relación con los demás, por lo menos con la persona que lo cuida. Como en este momento el lenguaje no es todavía un factor de la vida social, pues su forma es elemental, el niño solamente lo utiliza para las afirmaciones de sus deseos o necesidades.

A esta edad, según Gesell, el vocabulario varía entre doce y mil palabras. Si el niño tiene un vocabulario limitado, la comunicación será difícil.

A menudo se dice que el niño de dos años está en la "etapa precooperativa". Prefiere el juego solitario, pues es su única actividad, la más importante, a ésta va unida la fantasía. Es demasiado pequeño para llegar a él con pa-

labras solamente y debe tocar y manejar los objetos con el fin de captar plenamente su sentido. En esta etapa, el odontólogo debe permitir que el niño sostenga el espejo, huelva la pasta dentífrica o sienta la tacita de goma. Al hacerlo tendrá una mejor idea de lo que el dentista intenta hacer. Puede conseguirse su cooperación siempre que se tenga en cuenta su falta de concentración. Su interés cambia de una cosa a otra en pocos minutos.

Aunque a esta edad sus habilidades motoras son aún toscas y un tanto incoordinadas. El niño de dos años necesita mucho tiempo para adaptarse a las nuevas situaciones y no puede esperarse de que el responda a preguntas u órdenes directas, es tímido ante la gente extraña y los lugares y le resulta difícil separarse de sus padres, casi sin excepción debe pasar acompañado al consultorio.

Al niño de dos años le intriga el agua y el lavabo, lo que algunas veces le distrae.

El período de tiempo que va desde los tres a los cuatro años tiene una gran importancia para la adquisición del lenguaje ya que posee, aunque en forma elemental, el material esencial que ha adquirido anteriormente para poder hablar. Interviene entonces la imitación, que le ofrece los primeros fonemas. Los lingüistas han podido observar que en los niños hay fenómenos que no existen en la lengua del ambiente en que viven. Debido a la imitación, estos fonemas propios del niño van desapareciendo poco a poco en cuan

to el niño empieza a imitar a los demás.

A los dos años el niño sigue mostrando una considerable dependencia de su madre y tiene dificultades para establecer relaciones interpersonales. Como aún es muy pequeño para relacionarse con su entorno únicamente con palabras, - debe organizar sus experiencias mediante el tacto.

También es importante estudiar los estímulos de importancia dental y que producen miedo desde esta edad hasta la adolescencia.

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 el niño. El ruido y vibración de la fresa y la presión que se ejerce al usar los instrumentos de mano al preparar cavidades, producen miedo en el niño de corta edad. A menos que el dolor sea intenso, teme más a los procedimientos dentales que al dolor que lo acompaña.

Como el niño de corta edad también teme caerse, teme a los movimientos bruscos o inesperados, sentir que sin avisarle lo están subiendo, dejando o inclinando en la silla dental puede causarle miedo. Movimientos de la mano rápidos y enérgicos también le atemorizan.

Los niños que todavía no van al colegio temen ser abandonados por sus padres por lo que cree que la odontología - es un castigo al dejarlo solo en la sala de operaciones, --

por lo que durante la primera visita del niño siempre deberá estar acompañado de la madre. Si posteriormente la madre puede estar con el niño sin transmitirle sus sentimientos ni alterar la conducta del niño no existe razón para -- que no sea admitida en la sala de operaciones.

B) DEL QUINTO AL OCTAVO AÑO.

A la primera infancia sucede una fase de transición. En ella el niño se va transformando profundamente. Hasta - este momento estaba encerrado en su mundo subjetivo, en adelante se dirigirá hacia los demás para participar en la vida del mundo externo.

La inteligencia y la voluntad comienzan a desarrollarse y sus juegos adquieren un nuevo aspecto, por fundarse ya en las relaciones sociales y ceder su puesto poco a poco al trabajo. También por la inteligencia adquiere ya la correcta utilización del lenguaje, como instrumento de comunicación de los propios estados anímicos, para llamar a las personas, denominar los objetos, etc. Por lo que el niño tiene de mostrar una mayor seguridad en sí mismo y de una impresión de mayor madurez que el niño de cuatro años.

El niño de cinco años es muy sensible a las alabanzas y los reproches, y es muy importante también para él su aceptación por parte de las personas que lo rodean, por lo tanto está listo para aceptar las actividades en grupos y la experiencia comunitaria. A esta edad la relación personal y so-

cial están mejor definidas, y el niño no suele sentir temor de dejar al padre en la sala de recepción. Si el niño de cinco años ha sido bien preparado por sus padres no tendrá temor a experiencias nuevas, como las relacionadas con ir al jardín de niños o al consultorio del médico o dentista.

Los niños de este grupo cronológico suelen estar muy orgullosos de sus posesiones y sus ropas y responden muy bien a los comentarios sobre su aspecto personal. Los comentarios sobre sus vestidos pueden ser usados eficazmente para establecer la comunicación con el nuevo paciente.

A partir de los seis años, la mayor parte de los niños se separa de los lazos muy estrechos con la familia. A esta edad las manifestaciones tensionales alcanzan un grado muy alto, con lo que pueden incluir estallidos de gritos violentos, rabieta y golpes a los padres. Algunos niños de esta edad tienen temor a los traumatismos en su cuerpo. Un ligero rasguño o la vista de la sangre pueden causar una respuesta desproporcionada con la causa.

En esta etapa el niño no puede adaptarse a los demás, por lo tanto ellos deben adaptarse a él.

Cuando el niño llega a la edad escolar, la mayoría de los miedos a la odontología, que fueron provocados por sugestión, imitación o experiencias desagradables, se han vuelto fáciles de manejar. Solo unos cuantos conservan fobias definidas. El niño de esta edad demanda menos y comete mejor.

El niño entra en un período de conflictos muy cargados y de inestabilidad emocional. El niño está en inquietud -- constante entre su yo en evolución y su deseo de hacer lo -- que se le pide. A menudo que su ego se desarrolla, se vuelve suficientemente fuerte para tolerar muchas tensiones internas desagradables, y suprimirlas hasta que pueda lograr -- satisfacción. En este período la fantasía es muy importante por ser, tal vez, un mecanismo de protección ya que sirve como amortiguador de problemas, lo que es importante para el -- odontólogo ya que las percepciones del niño pueden permitirle la fantasía de estar en una alfombra mágica con el óxido nitroso o de sentirse cómodo con la explicación de que eliminar la caries es como raspar los microbios del azúcar lejos de sus dientes. Con esto nos damos cuenta de que los niños combaten las cosas que temen en realidad a niveles imaginativos. Al hacer esto, el niño no solo gana bienestar sino que también desarrolla el valor y la calma necesarios para enfrentarse a la situación real. En la fantasía los niños harán con placer lo que les disgusta en realidad, la situación puede llevarse al reino de los juegos. Puesto que se puede vencer al miedo sometiendo al individuo a la situación que -- le produce este miedo, hacer esto por juego imaginado y por medio de la fantasía puede ayudar a vencer temores indebidos. En casa, donde el niño experimenta temores subjetivos intensos a la odontología, hacer un teatro de cómo se va al dentista y se realizan trabajos en sus dientes puede ser muy eficaz para desvanecer el miedo indebido, e infundir valor --

en el niño para afrontar la visita dental.

A los siete años el niño ha mejorado su capacidad para resolver sus temores, aunque puede reaccionar de manera que parezca alteradamente cobarde o valiente. Está en la edad de preocupaciones, pero está resolviendo los miedos reales. El apoyo familiar es de gran importancia para comprender y superar sus temores. El niño de esta edad generalmente puede resolver sus temores a los procedimientos operatorios dentales, porque el dentista puede razonar con él y explicarle lo que está realizando. Si se produce dolor, se le puede instruir para que muestre su inconformidad ya sea levantando la mano o con algún otro gesto.

A medida que los niños crecen, sus temores se vuelven más variados e individuales. En ocasiones estos niños suelen ser caprichosos, exigen mucho de sí mismos y creen que la gente está en contra suyo, que no se le quiere y que los padres son injustos. Comprende de una manera más real lo que es el cariño, el miedo, el enojo, la tristeza, la alegría, etc.

A esta edad el niño comienza a mostrar un cierto interés por el orden y la limpieza.

Los primeros años de escolarización se caracterizan por una integración social del niño, que es paralela a las primeras tendencias hacia su independencia personal, ya buscando modelos entre sus compañeros de escuela, sus maestros y otros adultos. Su pensamiento sigue siendo muy concreto,

pero se hace reversible; un niño en edad escolar es capaz de identificar varios puntos de vista. Va adquiriendo nuevos conocimientos, pero todavía no comprende bien sus relaciones lógicas. El lenguaje se modifica desde la expresividad hasta la comunicación. Sin embargo, el niño sigue teniendo dificultades para seleccionar la información y su sentido del futuro es escaso.

A esta edad se originan actividades creativas y constructivas, por lo que el niño aprende mejor cuando se le enseña la teoría aunada a la práctica.

C) DESDE LOS NUEVE A LOS TRECE AÑOS.

En esta etapa el niño está ansioso por aprender mucho acerca del mundo. Puede clasificar los objetos y discriminar las relaciones entre ellos, como, más grande, más pequeño, abajo, arriba. Gradualmente capta que otros tienen ideas y comprensión diferentes y que él no está entendiendo mucho, por lo tanto está dispuesto a escuchar. Este factor de desarrollo no sólo facilita el tratamiento, sino que también ayuda a simplificar las explicaciones debido a que el niño está desarrollando un modelo lógico de causa y efecto y puede razonar y aprender lógicamente.

A los nueve años el niño se vuelve independiente y confiado en sí mismo, más interesado en los amigos que en la familia, puede ser rebelde contra la autoridad y es tolerante

en general. Es una edad en la que el niño no le agrada ni necesita que se le proteja. Por lo general tiene un carácter competitivo, rivaliza con otros niños y grupos, como integrante de un grupo.

A los diez años el niño se vuelve independiente y confiado, es más amistoso, positivista e íntegro, obedece fácilmente, es sincero y se vuelve más comprensivo con los padres y el mundo en general. La pubertad es el segundo nacimiento del hombre. Es el nacimiento del hombre consciente de sí mismo.

A pesar de su individualidad se sigue manejando bajo el sistema de reglas y normas. Al bien lo define como obediencia y al mal como desobediencia.

A los once años el niño está en una edad intermedia entre la infancia y la pubertad. Los intereses heterosexuales son casi nulos en este período, es característica la rivalidad entre sexos y sus amigos son por lo general del mismo sexo.

En la etapa de la pubertad el muchacho maneja bien sus frustraciones, no tiene grandes problemas, y se ajusta fácilmente a las situaciones en que se encuentra. Desarrolla considerable control emocional. No le gusta que lo fuercen, que se hagan injusticias o que lo miran, ya sean los amigos o el dentista en su consultorio.

Los adolescentes, especialmente las jóvenes empiezan a preocuparse por su aspecto. A todos les gustaría ser lo más

atractivos posibles. Este interés por los efectos psicológicos como motivación para buscar atención odontológica. Los problemas de manejo ocurren tan solo en las personas que están considerablemente mal ajustadas.

En la pubertad los dos sexos se diferencian profundamente hasta transformarse para realizar los deberes que les han sido señalados conforme a su naturaleza.

La fantasía desaparece por lo que el niño de ocho a diez años encuentra insípido el cuento porque es irreal. Su interés se dirige hacia todo lo que revela ingenio humano. Por esto lee con gusto los libros de Robinson Crusoe, libros del estilo de Julio Verne y los libros de viajes. La actividad de pura diversión, característica de la infancia, cede a su puesto al deseo de saber y, por consiguiente, a la tendencia a leer y a estudiar para aprender.

La tendencia al estudio es facilitada también por la capacidad de la memoria que en este período llega a un punto muy elevado relativamente. El desarrollo de la memoria de las niñas se anticipa en un año a la de los niños.

En esta etapa comienzan a surgir los cambios entre los dos sexos, siendo más drásticos los cambios entre las niñas, por lo que se presentan grandes depresiones y pérdida del estado de ánimo. Esta fase negativa en los niños se retrasa un par de años aproximadamente. Existen, además diferencias tanto en las manifestaciones como en el mecanismo de la pro-

ducción. Así el motivo de depresión, mientras en la niña está en sentirse incomprendida y ver, por otro lado, su propia debilidad, en el niño reside en la importancia frente al trabajo, a la sociedad, al porvenir. En el sexo femenino puede encontrarse el predominio de un factor subjetivo, es decir, los sueños, las actividades, las preocupaciones de las muchachas se dirigen hacia las personas en cuanto tienen relación con ellas mismas. En cambio, los muchachos analizan los hechos, los sucesos, se interesan por ellos y se ven en función de cuanto sucede en el mundo al que pertenecen.

A esta edad comienzan a presentarse los lazos que unen a los niños en grupos aunque en este momento es de naturaleza ambiental, podemos hablar de relaciones sociales lo suficiente para tener una pequeña organización social. Uno de los niños es espontáneamente el jefe. Es el pequeño rey de la clase, a lo mejor por ser el más fuerte, el más dinámico, el más audaz, etc. Los demás niños se le someten espontáneamente, le sirven. Estos rasgos de sociabilidad se van afirmando con los años.

Para el niño de esta edad la sociedad la forma principalmente la clase en la que él es estudiante y en la que transcurre la parte más importante de su vida. Para el niño de ocho a diez años, el colegio llega a ser el centro de sus intereses y el lugar en donde debe desarrollar sus deberes. El colegio atrae al niño, porque la formación de la capacidad intelectual le ofrece el modo de ejercer una actividad in-

tensa y variada.

En la adolescencia, la familia y la casa son de importancia secundaria porque no encuentra compañeros en ella, sobre todo si es reducido el número de hermanos o existe gran diferencia de edad entre ellos.

Si hablamos de las niñas de esta misma edad, notaremos que el lazo social es muy débil. Si existe unión entre las compañeras de clase, desaparecen completamente en cuanto dejan de verse. Cuando llega la pubertad se tornan apáticas e indiferentes con sus compañeras, y en cambio, son arrastradas por el ambiente familiar, en donde encuentran el modo de despertar sus tendencias colaborando con sus madres y hermanas.

Al comenzar la adolescencia, la gran mayoría de los problemas de la pubertad están relacionados con su aspecto físico; sin embargo, aceptan bien el uso de aparatos de ortodoncia, cuando estos son necesarios. Las niñas por su carácter complaciente no tienden a demostrar rebelión como lo hacen los varones, ya que como se ha dicho, las niñas alcanzan una madurez precoz, por lo que las lleve a preocuparse por su aspecto personal, por lo que resultan con menos problemas de higiene bucal, que los niños.

Podemos encontrar también el tipo de niños que piensan que por su edad, ya son tan maduros en todos los aspectos como un adulto; por lo que llegan al consultorio diciéndole al dentista que haga su trabajo, sin pensar en que él puede te-

ner molestias, ya que es lo suficientemente hombre para soportarlo, esta actitud después se manifiesta ante su grupo de amigos, a los que comentará su gran odisea del día, al acudir a soportar estoicamente el tratamiento que aplicó el dentista en su boca.

T E M A I I I

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL COMPORTAMIENTO
DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

A) ANSIEDAD Y DOLOR

Cuando el organismo presenta un estímulo de dolor, inmediatamente la persona tiene una reacción protectora. Así como la ansiedad se vuelve sustituto psicológico del dolor y -- por medio de procesos de asociación y la experiencia se va a proteger al organismo anticipándolo al dolor.

Cuando ocurren estos casos, el organismo actúa antes de que el daño ocurra o sea mayor. La angustia estimula las -- reacciones de defensa y de evitación como cuando el individuo tiene que afrontar una situación que no puede evitar, como -- ejemplo, tener cita con el dentista para un tratamiento dental, va a surgir la angustia y se provoca un estado de ten- -- sión y cambios emocionales en el paciente.

Se debe saber tratar y reconocer los aspectos de angustia y anticipación que presente el dolor.

Cuando un niño se presenta al consultorio dental con un sentimiento de ansiedad exagerada, va a tener experiencias dolorosas reales y exageradas, va a disminuir el umbral del dolor y es posible que llegue a una tolerancia mayor de medicamentos.

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.

Algunos niños que están angustiados pueden tener reacciones agresivas o violentas, el dentista debe darse cuenta si la reacción es de temor o de rabietta. Si el niño está realmente asustado el odontólogo debe mostrarse comprensivo y su tratamiento debe ser con lentitud. Si el niño tiene situaciones de rabietta, el odontólogo deberá mostrar su autoridad y dominio de la situación.

B) NATURALEZA Y TIPOS DE MIEDO.

Como todos sabemos, el miedo representa para el dentista el principal problema de manejo de la conducta del niño y es una de las razones por las que la gente descuida o abandona el tratamiento dental. Por esta razón es importante discutir esta emoción y la manera en que influyen los padres e hijos para dar pacientes buenos o malos.

El miedo es una de las primeras emociones que se presentan después del nacimiento, aunque la respuesta al sobresalto está presente al nacer y se puede demostrar antes del nacimiento reacciones reflejas a estímulos. El lactante no está consciente de la naturaleza del estímulo que produce el miedo. A medida que el niño crece y aumenta su capacidad

mental, toma conciencia de los estímulos que le producen miedo y puede identificarlos individualmente.

El miedo y la ira son respuestas primitivas que se desarrollan para proteger al individuo contra daños y la destrucción propia. La estimulación emocional se descarga por medio del sistema nervioso autónomo a través del hipotálamo, estas descargas pueden ser modificadas por interferencias corticales, de tal manera que el hombre por su gran desarrollo puede controlar sus emociones, a través de racionalización y determinación. En los niños de corta edad demasiado jóvenes para racionalizar mucho, se produce un comportamiento difícil de controlar. En muchos aspectos el niño se comporta de manera primitiva al tratar de luchar con la situación o huir de ella. Cuando no puede llevar a cabo esta, aumenta su miedo y entonces la comunicación del dentista con el niño puede volverse muy difícil. Por esta razón debemos estar conscientes de enseñarle al niño que el consultorio dental no tiene por qué inspirar miedo. Los padres jamás deberán tomar la odontología como amenaza. Llevar al niño al dentista no deberá nunca implicar castigo, ya que emplearlo así, indudablemente crea miedo hacia el odontólogo. Por otro lado, si el niño aprecia al dentista, el miedo a perder su aprobación puede motivarlo para aceptar el tratamiento dental.

El miedo es un mecanismo protector de preservación. El enfoque del entrenamiento dado por los padres, no deberá tender a eliminar el miedo, sino a canalizarlo hacia los peligros que realmente existen y evitarlo en situaciones donde no

existe peligro. De esta manera, servirá de mecanismo protector contra peligros reales y evitará comportamientos antisociales.

TIPOS DE MIEDO.

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

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

Los estímulos objetivos pueden ser de naturaleza asociativa. Temores dentales pueden estar asociados con experiencias no relacionadas, por ejemplo, un niño que ha tenido experiencias desagradables en hospitales o con médicos o que haya sufrido un dolor intenso provocado por personas con uniformes blancos, puede desarrollar miedo intenso a los uniformes similares de los dentistas o higienistas dentales.

- b) Temores subjetivos. Los temores subjetivos están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridos al niño por personas que lo rodean, sin que el niño los haya experimentado personalmente.

Los niños tienen un miedo intenso a lo desconocido. -
Cualquier experiencia que sea nueva y desconocida les producirá miedo hasta que obtengan pruebas de que su bienestar no se ve amenazado por ella. Hasta que el niño está seguro de que no hay razón para asustarse, el miedo persistirá.

Los temores sugestivos también pueden experimentarse - por imitación. Un niño que observa miedo en otros, puede adquirir temores hacia el mismo objeto o hecho observado en otros.

A medida que se desarrollan las capacidades imaginativas del niño, los miedos imaginarios se vuelven más intensos. Los temores imaginarios por lo tanto, aumentan con la edad en que la razón prueba que no tienen fundamento.

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

El miedo también hace descender el umbral del dolor, de manera que cualquier dolor producido durante el tratamiento - resulta aumentado y lleva a presiones todavía mayores.

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, como sombras, preceden y siguen a las experiencias dolorosas.

En su informe sobre odontofobia en adultos Molin y - - Seenan (1970) señalan el importante papel que desempeñan el miedo en modificar la conducta de ciertos adultos, incluso - hasta llegar a hacer que eviten buscar tratamientos dentales. Borland (1962) hizo observaciones similares, y recomendó usar medidas psicológicas reconfortantes y muy importantes, permitir al paciente que participe en el control de los procedimientos del tratamiento. Muchos dentistas, acertadamente, permiten que el niño o el adulto detengan las preparaciones de cavidades, o cualquier tratamiento que esté en progreso, para descansar brevemente antes de continuar. La experiencia muestra que el paciente siente gran tranquilidad con esta medida, y raro es el caso en que abusa de ella. La frecuencia de las interrupciones va disminuyendo durante la consulta y aún más en las siguientes visitas.

C) LA ESCUELA.

La escuela es el principal campo de formación física, mental y espiritual del infante, claro está, necesita ser ayudada por la vigilancia de los padres para corregir los caminos que los profesores o la convivencia con grupos de diferentes estratos sociales e intelectuales, pueden influir en cierto modo en el criterio del chico. Por lo que el niño que - - asiste a la escuela, es una persona que tiene seguridad en sí

misma, y sabe sobrellevar las situaciones nuevas que se le presentan durante la vida con más amplitud de criterio, manejando así su imaginación y su audacia, concientizándose y aceptando las novedades con más facilidad.

No faltan los casos en que el niño no quiere ir a la escuela y que puede deberse a que el pequeño es inmaduro para la escuela, pues padece de "mamitis grave", o bien porque existe algo traumatizante en el ambiente escolar como: una maestra falta de carácter para atender a los chicos, que grita y se exaspera, o con un compañero que lo golpea durante el recreo, o por vergüenza o temor a algo. Si el niño no quiere ir a la escuela debe averiguarse el motivo antes de pensar en que ya se le pasará.

Lo mismo se procede a hacer en caso de que el niño no quiera ir a la consulta dental, investigando los motivos o razones por las que no quiere asistir.

D) ESTADO FISICO DEL NIÑO

Cuando un niño ha estado enfermo por largo tiempo, los padres tienden a mimarlo y protegerlo demasiado, el padre sensato puede brindar una guía racional a su hijo durante la enfermedad y durante los períodos de su convalecencia.

El estado nutricional del niño, es un aspecto muy importante para nosotros, ya que la avitaminosis produce en el niño muchos trastornos, de entre los cuales se encuentra el de

la conducta, ya que el menor será una persona irritable, fatigada, con falta de interés hasta por vivir y son sumamente sensibles.

En el caso de los niños impedidos, en el pasado sus padres y familiares se avergonzaban de ellos hasta el punto de dejarlos abandonados en hospitales especializados o en casa-cuna; tal vez, en la actualidad ocurre lo mismo, pero en menor incidencia ya que los padres de estos niños van tomando conciencia, por lo que organizados y con entidades ya existentes han realizado un esfuerzo concentrado para mejorar la situación de sus hijos, adaptándolos educacional, social, sentimental y físicamente a la vida, tratando de acercarlos lo más posible a la normalidad.

E) AMBIENTE SOCIAL.

El niño y el ambiente social están íntimamente relacionados ya que el complejo familiar padre-madre, hijos, forman una familia, y a su vez ésta forma parte y es la base de las sociedades.

El niño es el punto más sensible en la aparición de los fenómenos sociales, ya que lo que repercute en el ambiente es capaz de alterar la situación, la conducta y la psique de los niños, como son: las preocupaciones morales, las inquietudes religiosas, las modificaciones a las leyes, los problemas económicos, el grado de la educación, la organización política, los fenómenos físicos, en fin, todo puede recaer en

tal forma sobre el ser más difícil y susceptible del conglomerado social que es el niño.

"Es fácil creer que todo esto no tiene relación con el odontólogo, sin embargo si nos ponemos a pensar, todo esto representa un sinnúmero de problemas sociales que existen, modificando el carácter y la conducta del niño, por lo que su manera de expresarse y comportarse ante nosotros, será la que refleje qué problemas sociales o familiares le están afectando."

Por ejemplo: cuando un niño observa dentro de su familia que existen problemas morales y económicos, y que también la familia de su mejor amigo los padece, él comenta y analiza lo que ha logrado entender y que son padecimientos comunes a todas las familias y trata de explicarse el porqué de estos problemas e inclusive trata de ayudar a solucionarlos, cuando toma una reacción positiva, al llegar a la consulta dental, tratará de portarse lo mejor posible con el dentista, porque sabe que así sus padres tendrán una preocupación menos y se sentirán orgullosos de él.

F) ACTITUD DE LOS PADRES HACIA EL NIÑO.

Otro factor que interviene en el comportamiento de un niño es la actitud tomada por los padres basada en la disciplina y autoridad, de las cuales son representantes.

No todos los padres educan de la misma forma a sus niños, la actitud que tomen el padre o la madre hacia el niño, se verá reflejada en la conducta del niño y son problemas que el odontólogo debe vencer.

T E M A I V

COMPORTAMIENTO DEL NIÑO ANTE EL
CIRUJANO DENTISTA

A) ACTITUDES DE LOS PADRES HACIA EL NIÑO.

a) PROTECCION EXCESIVA.

Todo niño necesita amor y afecto. Sin embargo a causa de ciertos factores emocionales, relacionados con experiencias o dificultades presentes, el impulso protector de los padres puede volverse exclusivo e interferir en la educación normal del niño.

El ambiente sobreprotector es el que se encuentra con mayor frecuencia en torno a niños únicos, largamente deseados, enfermos o con padres o tutores de edad avanzada.

Generalmente, el niño que ve que está excesivamente protegido no puede utilizar iniciativa propia o tomar decisiones por sí mismo. Se ven restringidos por miedo a daños físicos, enfermedades o adquisición de costumbres indeseables de sus compañeros de juego. Estos niños no han aprendido a ser buenos perdedores porque sus padres han eliminado de su entorno cualquier sustento o dificultad.

Este exceso de protección maternal se puede manifestar por dominio extremo e indulgencia excesiva.

Los padres dominantes presentan niños muy tímidos, de-

licados, sumisos y temerosos. Estos niños no son agresivos y carecen de presunción y empuje social. Son humildes, con sentimientos de inferioridad, atemorizados y con ansiedades profundas. Como puede imaginarse, estos niños constituyen - pacientes ideales, si no son excesivos en su actitud porque son obedientes, educados y reaccionan bien a la disciplina. Sin embargo, frecuentemente a causa de la timidez del niño, el dentista tiene que romper la barrera de timidez, haciendo que el niño confíe en su capacidad para ser un buen paciente dental.

Los padres que son demasiado indulgentes, o que dan demasiados lujos a sus hijos, presentan niños que tienen dificultades para adaptarse al medio social que les rodea. A estos niños no se les pide que enfrenten realidades morales, de manera que demandan gran atención, afecto y servicio. Como les hacen creer que son superiores a los demás, se vuelven desconsiderados, egoístas y tiránicos. Si no se les da lo que piden, se impacientan, tienen ataques de mal genio e incluso tratan de golpear a las personas que no acceden a sus deseos. Con un dentista extraño y persuasión e incluso forzarles para evitar el tratamiento y hacer lo que quieren; y si esto falla, hacen alarde de ira extrema y pueden resistirse, incluso con fuerza física a los intentos de manejo del dentista. Son niños muy mimados, y aunque no incorregibles, son muy difíciles de manejar en el consultorio dental.

Es aconsejable que el dentista tenga en cuenta al aconsejar

sejar a los padres de niños mimados, que estos consideran a sus hijos mucho mejor educados de lo que en realidad están, por lo que habrá que usar mucho tacto.

El niño sobreprotegido debe ser tratado con firmeza - pero amablemente. Tras un período inicial de sorpresa se sentirá muy tranquilizado al verse apoyado por un determinado adulto.

b) RECHAZO

Existen varios tipos de rechazo, desde ligera indiferencia a causa de trabajo u otros intereses, hasta rechazo completo a causa de problemas emocionales. El padre que es algo indiferente tiene hijos que se sienten inferiores y olvidados. No están seguros de sí mismos y de su lugar en la sociedad. Desarrollan resentimientos, se vuelven poco cooperadores, se retraen en sí mismos sin amar ni interesarse por nadie.

No es de extrañar que estos niños desarrollan carencias de estimación propia y sentimientos de incapacidad que los lleven a ansiedades profundas puesto que el niño que no tiene seguridad en casa, se vuelve suspicaz, agresivo, negativo, combativo, desobediente, poco popular, nervioso y demasiado activo.

En el consultorio dental este niño puede ser difícil de manejar. Está claro que habrá de tratarse cualquier de-

sobediencia manifestada por el niño, no con rechazo, sino es forzándose en ser amigable y en comprenderlo. Estos niños generalmente demandan mucho y deberán respetarse sus peticiones en lo posible, porque están necesitados de atención y bondad. Debe enseñarsele que cuando se porta bien el tratamiento dental es mucho más agradable.

c) ANSIEDAD EXCESIVA.

Esta actitud se caracteriza por preocupación excesiva por parte de los padres por el niño. Se asocia generalmente con excesos de afecto, protección y mimo. No se le permite al niño que juegue o trabaje solo. Estos niños generalmente son tímidos, huraños y temerosos, son generalmente buenos pacientes si se les instruye para que lo sean. Sin embargo, es posible que el dentista tenga algo de dificultad en vencer sus temores pero no si se alienta y asegura al niño, esto generalmente reacciona de manera satisfactoria.

d) DOMINACION.

Los padres que son dominantes exigen de sus hijos responsabilidades excesivas que son incompatibles con su edad cronológica. Al entrenarlo, fuerzan al niño, y son por lo general extremadamente críticos, estrictos y a veces, incluso lo rechazan. Estas molestias y críticas constantes desarrollan en el niño resentimiento y evasión, sumisión e inquietud. Puesto que tienen miedo a resistirse abiertamente,

obedecerán las órdenes despacio y con el mayor retraso posible. Si se les trata amable y considerablemente estos niños generalmente llegan a ser buenos pacientes odontológicos.

e) IDENTIDAD.

En ciertos casos, los padres tratan de revivir sus propias vidas en los hijos. Si el niño no reacciona favorablemente, los padres muestran abiertamente su decepción. El niño observador siente esta desaprobación paterna y tiene sentimientos de culpa que se reflejan en timidez, inseguridad y retraimiento. Lloro con facilidad y no tiene confianza en sí mismo, trata de hacer poco por miedo al fracaso. Estos niños reaccionan en el consultorio dental de la misma manera que los niños de padres dominantes y deberán ser manejados análogamente.

Si la dominación de los padres es injusta y se administra adecuadamente el niño tenderá a ser un buen paciente dental y encagará en un mundo en el que los ajustes son siempre necesarios. A causa del miedo que puede experimentar, ningún niño muy joven deberá venir al consultorio dental sin compañía. El consultorio es una experiencia nueva para el niño. Por lo tanto, necesita la confianza y seguridad que solo un padre puede dar.

Las actitudes que unos niños tienen hacia otros están formadas principalmente por los padres. Estas actitudes pueden variar según el número de hijos y su posición en la fami

lia. El hijo más pequeño es el que tiene dificultades con las actitudes de los padres.

El hijo mayor, por el contrario, ha nacido para una posición de mando, es a menudo conservador y de comportamiento moderado. Si el hijo más pequeño nace con varios años de diferencia, tendrá tendencia a ser mimado por sus padres o hermanos mayores.

El hijo único o adoptado puede recibir demasiada indulgencia de sus padres, tiende a ser antagonista, desobediente, egoísta y dado a ataques de mal genio. Si las actitudes de los padres son moderadas, el niño puede estar bien centrado.

A estos niños les gusta dramatizar situaciones, especialmente si los hace más heroicos a los ojos de los otros niños. Exageran los dolores de una extracción dentaria o de operaciones dentales, lo que producirá efectos negativos en el niño que está escuchando y que aún no ha ido al dentista para su primera visita.

f) INFRASTIMULACION

Un ambiente negativo o infrastimulante es el creado por aquellos padres que no pueden cumplir con sus obligaciones como consecuencia de su propia inmadurez, incapacidad o conflictos personales. Los niños que viven en estas circunstancias tienden a encontrarse aislados y se muestran recelo-

sos hacia los adultos. También pueden reaccionar desesperadamente.

h) AUTORIDAD EXCESIVA.

El niño es un ser muy activo y su actividad es virtud e indicio de salud. Mientras más sano sea un niño, sentirá más impulso a la actividad corporal.

Los padres que imponen una autoridad demasiado estricta con sus hijos, son quienes los vuelven nerviosos y pasivos, tomando en cuenta que un niño inactivo, que no juega y no curiosean, llega a ser con el tiempo un niño rebelde y gruñón o inclusive puede tornarse apático, discolo y aburrido.

Por lo general, una educación de este tipo, se debe a que los padres no tienen conciencia de lo que significa educar a un hijo, es decir, en este tipo de autoridad las exclamaciones que más se oyen son: "Niño, estate quieto, no toques, no juegues, no hagas ruido, si no me obedeces te pego, eres un rebelde y demasiado travieso, no sé a quien saliste", etc.

Los padres saben que cuando el niño es inquieto, está expuesto a un sinnúmero de accidentes desde leves hasta graves, pero qué flojera les da andar detrás de él cuidándolo, lo mejor es prohibirle jugar, salvo al jardín, la escalera, juguetes, etc.

Lo mejor en estos casos sería sacar al niño más segui-

do, liberarlo de su estrechez de actividades llevándolo más frecuentemente al parque, al campo, a los juegos mecánicos, etc. y dejarlo jugar como a él le guste, sin limitarlo porque se va a lastimar, a caer o ensuciar.

En el consultorio dental, este tipo de niños se tornan negativos totalmente, no confían en nadie, son tímidos y agresivos, lo que hará muy difícil el acercamiento con ellos, aunque no es imposible. Puede adoptar una actitud de hastío que no se modificará aunque se le hable y se le trate de persuadir.

1) LOS GOLPES

Un padre no debe golpear a su hijo para que éste se comporte bien o sea un buen hijo, ya que el castigo físico constituye un abuso. Si le pega al niño porque es el medio más corto y sencillo de reducirlo a la obediencia, por lo que sigue la ley del menor esfuerzo.

Los padres aseguran que pegarle al niño es la única forma de que éstos logren obedecerlos. Sin embargo, nosotros podemos pensar que éste es el peor medio que existe para hacer que el chico se vuelva una persona obediente, porque al criar y formar a un hijo bajo el miedo y el castigo es una barbaridad que trae como consecuencia que en el alma del pequeño se cree un sentimiento de odio y amargura, y qué educación es, cuando el hijo odia a los padres o los obedece por miedo.

Muchas veces le pegan al niño para que obedezca órdenes contrarias a su naturaleza. Por ejemplo cuando se le pega para que no juegue o no curioseee, o para que no se reúna con otros niños, se estará bloqueando el proceso de socialización como persona y se combate la individualidad que va apareciendo en la lenta formación psíquica llamada individualización o diferenciación.

Es abusivo y cruel pegarle al niño, además si el adulto que pega está colérico y enojado. El niño aunque pequeño, se da cuenta que no le pegan para que obedezca, sino porque el que necesita descargar una tensión que le produjo alguna situación difícil o el altercado con una persona.

Por lo descrito anteriormente, nos damos cuenta de que muchas veces los niños son en quienes los padres desquitan sus cóleras y contrariedades.

Para tener una idea más clara acerca de esto, a continuación describiremos algunas de las causas de estas cóleras y contrariedades que sufren los padres:

La inmadurez emocional, entendiéndose a ésta como una incapacidad para aceptar las responsabilidades necesarias para funcionar como un adulto y, en especial, para aceptar el rol paterno o materno.

Otra causa puede ser la existencia de un alto grado de impulsividad en el padre agresor y pobres mecanismos de control para la misma, lo cual hace que un estímulo aparentemente pequeño, que generalmente toleran bien la mayor par-

te de los padres, provoque la reacción agresiva hacia el niño.

Se ha encontrado que el padre o la madre pegan por causas como: frustraciones infantiles, crisis de depresión, conflictos conyugales, traumas emocionales irreversibles, la presencia de un nuevo embarazo, crisis económicas en la familia, muerte o ausencia de un cónyuge, sin dejar de mencionar que la mayor parte de los padres agresores sufrieron golpes o muestras extremas de rechazo durante su niñez. Son personas que se sienten inseguros o incapaces de ser amados.

j) DESAFECTO.

Cuando los padres se ocupan muy poco de su hijo, puede decirse que existe un desafecto, el cual puede ser motivado por varios factores, tales como: falta de interés, falta de amor o cuando la madre se va precisada a dejar a su hijo con parientes o amigos, porque ella es la que trae el sustento a casa, falta de tiempo para atender al chico, por la llegada de un nuevo hermanito a la familia, etc. Mientras el niño es bebé se le debe dedicar el mayor tiempo posible, después, cuando pasa la etapa posnatal a la de la infancia preescolar pueden y deben los progenitores ir disminuyendo el número de cuidados y atenciones poco a poco, para enseñar así al niño a ser independiente y responsable, conforme su edad se lo va perdiendo.

La dedicación maternal escasa provocará que el crecimiento del niño no sea tan sano como debería de serlo.

Al decir que las atenciones para con los niños deben ir disminuyendo para hacer del chico un niño independiente y responsable, no se pensará, que por ello se le debe mostrar menos cariño y calor materno, es decir, al niño se le mostrará cual es el camino a seguir y sus progenitores lo andarán a su lado, al mismo tiempo que lo dejarán observar que él depende nada más de sí mismo.

En muchas ocasiones oímos que los niños le estorban a los padres para realizar algunas actividades como por ejemplo, ir de compras, consideran que llevar al niño con ellos es una molestia, pero no consideran que es más molestia para el pequeño estar separado de su madre. Son reflexiones que el odontopediatra debe tener en cuenta, para saber qué educación está recibiendo su pequeño paciente y que trato es el que le brindan sus padres, por lo que logrará entender también por qué actúa de tal o cual forma el niño.

Cuando el desafecto es provocado por la llegada de un nuevo niño a la casa, cuántas veces la madre rechaza al niño diciéndole: "Déjame que tengo que atender a tu hermanito". O bien este escucha que su madre comenta con una amiga: "Este nuevo bebé es menos llorón que cuando Luisita era pequeña". El niño rechazado será un pequeño solo, triste, inseguro angustiado, asustadizo, retraído, indeciso, tímido, sentimen-

tal, sintiendo un gran complejo de inferioridad, vacila para decidirse a algo y llora con gran facilidad; además desarrolla malos hábitos, tales como: negarse a comer, morderse las uñas, acabarse un lápiz, mordiscos, succión digital, etc. - Por lo que el odontopediatra hará uso de su comprensión, cariño, seguridad, comunicación, paciencia e interés hacia el infante, para lograr conocer así el mundo en el que vive el niño, y saber, por lo tanto, cual es la manera más correcta de brindarle su atención para ayudarlo a salir de los problemas, que en ocasiones, solo en la mente del chico existen.

B) DIFERENTES TIPOS DE PERSONALIDAD EN EL NIÑO.

Anteriormente estudiamos los factores que afectan la conducta del niño, en este tema veremos cuales son las repercusiones de este modo de ser de los niños en el consultorio dental.

El llevar al niño con el odontopediatra, es una acción, que todo padre que está consciente de la salud de sus hijos, lleva a cabo, teniendo presente que esta nueva situación para el infante, provocará en él una conducta neurótica, llevándolo a comportarse de una forma agresiva, grosera y necia, o por el contrario, su conducta será la de un niño que tiene la capacidad suficiente para saber manejar esta nueva situación comportándose con cooperación, buena voluntad y entusiasmo.

Pero mientras la reacción de ajuste transitorio que se presenta en el niño se lleva a cabo, acompañarán a su mente el miedo y el temor, los cuales irán desapareciendo conforme el niño aprende a comprender y a manejar la situación.

Ahora vamos a analizar el comportamiento del niño ante el cirujano dentista y la actitud adecuada que se debe tener hacia el pequeño paciente, para lo cual vamos a describir los diferentes tipos de niños con los que nos podemos encontrar.

a) NIÑO TIMIDO.

Este tipo de niño se forma con ese carácter por encontrarse rodando de un ambiente familiar, social y escolar cargado de tensión, o bien, por falta de cariño por parte de sus padres, o porque no se le ha brindado la oportunidad de alternar con personas fuera del ambiente familiar.

Esto produce en ellos un desajuste emocional, convirtiéndose así al niño en un individuo con problemas de conducta.

Por lo general, son niños incapaces de hacerle frente a las situaciones o a las personas por sí solos, es decir, se esconden detrás de sus padres, bajan la vista cuando alguien les dirige la palabra y contestan a nuestras preguntas en voz baja y encontrada, sin separar la vista del suelo.

El niño tímido es un ejemplo común entre los niños que viven en zona rural, ya que es muy poco el contacto que el infante campesino mantiene con personas ajenas a su comunidad.

En el caso de este niño, la mejor forma para tratarlo será demostrándole cariño y sencillez, invitándolo a pasar al consultorio de una manera amable, de ser posible ir a donde se encuentra sentado, e invitarlo a pasar tomándolo de la mano.

Nunca se debe mentir con respecto al tratamiento que se lleva a cabo, se le dará una explicación verdadera, tratando que nuestro lenguaje sea sencillo y breve, se omitirán tecnicismos y palabras que provoquen temor, como las palabras: dolor, inyección, etc., por palabras que él pueda comprender, es decir, en lugar de decirle: ¿Te duele?, debe decirle: ¿Te molesta?, o cuando es necesario inyectarlo se le debe explicar que se le va a administrar una sustancia que le va a dormir su dientito, y que lo único que sentirá será un piquetito, como si lo hubiera picado un mosquito.

Son pacientes fácilmente manejables, si se les sabe guiar, sobretodo cuando nos hemos ganado su confianza, a lo que aceptarán el tratamiento sin oponer resistencia y sin dar comentarios en contra.

b) NIÑO MIEDOSO

Estos niños están atemorizados por las pláticas que han

oído de familiares, amigos y compañeros de escuela que han tenido molestas experiencias, por lo que el infante al presentarse ante el odontopediatra comenzará a dar muestras de crisis de ansiedad o bien pueden aparecer algunas acciones que ponen en práctica, llamadas hábitos nerviosos, que usan para contrarrestar su miedo como son: el hábito de succión digital, succión de chupetes, mamilas o alcohadas, o al aferrarse fuertemente a su juguete favorito, e inclusive se ponen a rezar.

Estos pequeños llegan a un grado de miedo, que a la hora de ir a dormir lo exteriorizan con sueños de ansiedad y temores nocturnos, es difícil encontrar un niño que no haya presentado en forma aislada, temores nocturnos, sin embargo cuando el síntoma se presenta en forma periódica y se mantiene por un período más o menos largo de tiempo, es una señal de alarma de algo que está sucediendo dentro de la mente de ese niño y que puede ser serio, por lo que necesita ayuda médica o psicológica a la mayor brevedad.

Como todos los temperamentos el del miedo, también precede por regla general a trastornos emocionales severos, llegando los más graves a formar un conflicto neurótico llamado fobia.

La fobia puede definirse, como un temor irracional desproporcionado a un objeto o situación.

Es necesario tratar de eliminar de la mente del niño la creencia que tiene de que esa persona de bata blanca según le hacen creer, tortura a chicos y grandes con sus

instrumentos.

Lo primero que el dentista tiene que hacer es ganar la confianza del niño, tratándolo con cariño, pero demostrando al mismo tiempo autoridad. Se le llevará a conocer el consultorio dental y le explicaremos el uso de cada uno de los instrumentos y aparatos que vayamos a utilizar en su tratamiento, y lo convenceremos que ir al dentista, no es sinónimo de ir a sufrir, es la acción de poder tener una boca sana y sin microbios que nos perjudican los dientes y que por lo tanto al rato nos duelen mucho.

Cuando el dentista ha conseguido su propósito, procederá a intervenir en el tratamiento, procurar causar la menor molestia posible y lograr que cada cita sea muy excesiva.

c) NIÑO INCORREGIBLE.

En este tipo de niños podemos recordar que son así - - principalmente porque están demasiado consentidos o porque en su casa reciben un mal trato, como golpes, amenazas y gritos, es decir, viven en un ambiente hostil.

La reacción que tienen hacia el odontólogo es casi siempre de cólera e impulsividad manifestadas por gritos, llanto estridente, patean dicen groserías e inclusive tratan de pegarle a los padres o al dentista. Todas estas escenas teatrales son con el fin de persuadir a los padres de que lo saquen de ahí.

Lo primero que debe hacer el dentista es pasarlo inmediatamente al gabinete dental, aunque no tenga cita, pues lo grará poner nerviosos e histéricos a los demás niños que se encuentren en la sala de recepción.

Posteriormente procederemos a darle una explicación clara y concisa de lo que se va a efectuar en su boca y el porqué de ello, se le hablará despacio, claro, de una manera enérgica y sin amenazas, y se le dirá que tendrá que calmarse y dejar de llorar para que pueda entender lo que le estamos diciendo.

Si el niño persiste con su actitud negativa, usaremos como último recurso el sostenerlo firmemente manos y pies con la ayuda del asistente dental, utilizaremos la técnica de la mano sobre la boca.

Al terminar la consulta deberemos pedirle excusas por haberlo tratado rudamente, pero se le recordará también el porqué fue necesaria esa actitud.

d) NIÑO IMPEDIDO O ANORMAL

El niño impedido o anormal es aquel individuo que ha nacido con alguna patología mental o física que requiere un tratamiento médico, familiar y social especial de rehabilitación.

Odontológicamente el niño impedido necesita expertos cuidados dentales restaurativos y preventivos, ya que este

tipo de niños presenta con mayor frecuencia problemas dentales específicos originados por sus incapacidades físicas o mentales que a menudo les impiden llevar a cabo hábitos dentales y dietéticos adecuados, creando así serias amenazas a su salud dental.

Como ejemplos de niños impedidos o anormales tenemos a los que presentan las siguientes enfermedades: epilepsia, síndrome de Down, retardo mental, ceguera, sordera, problemas en el habla, problemas ortopédicos causados por la poliomielitis, labios y paladares hendidos, padecimientos cardíacos, trastornos hemorrágicos, trastornos nerviosos como hemiplejías, cuadriplejías, etc.

e) NIÑO ENFERMO

El niño enfermo ante el dentista, por lo general, presentará una actitud cooperadora, ya que son niños que han sido hospitalizados o han estado en las salas de una clínica al lado de otros niños, por lo que, casi siempre se les considera como buenos pacientes dentales.

El trato que dentro de la consulta odontológica se dará a un niño enfermo, será de indulgencia, afecto y protección, pero con medida, ya que él debe sentir que es tratado como un niño normal, porque si recaemos en el error que cometen muchos de los padres de este tipo de niños de mirarlos y consentirlos demasiado, al poco tiempo, nosotros somos la causa de haber formado un paciente miedoso, incorregible o -

desafiante.

Los tratamientos dolorosos en estos niños deben ser pospuestos, hasta que se hayan recuperado por completo de la enfermedad que padecen, practicando entre tanto, curaciones sedantes, excepto en casos de emergencia, los cuales se tratarán dando la terapia de urgencia que se presente, a fin de evitar el dolor e infecciones subsecuentes.

f) NIÑO INDIFERENTE

Este tipo de niños son callados, introvertidos, tristes, por lo general juegan solos, por lo que casi no gustan de la compañía de otra persona, son niños que se han criado en un hospicio o que son huérfanos y viven con familiares que los maltratan y hacen diferencias con sus otros hijos, o bien pueden ser niños que los padres no les toman mucho interés, porque están preocupados por otro tipo de vida.

Estos niños se comportan sumisos y obedientes ante el dentista y les da lo mismo ser atendidos o no.

Muy pocas cosas motivan a estos pequeños, pero es labor del dentista, como en todos los casos, ayudarlos y motivarlos y no tan solo para la consulta dental, sino también para que le tomen sentido a la vida.

Se le deben hacer preguntas, constantemente y de diferentes temas, hasta acertar en el que a él más le interese y hablar sobre ello durante todo el tiempo que dure la visita,

así ellos verán que existe una persona que los comprende y que los escucha, logrando así que nos brinden su confianza - poco a poco, hasta lograr en ellos por lo menos una sonrisa de gratitud y pequeña felicidad.

g) NIÑO RECHAZADO

En el caso de estos niños, lo primero que debe hacer - el odontopediatra es hablar o platicar con el niño para poder entenderlo y comprenderlo. En la mayoría de los casos - el niño se porta mal para llamar la atención, pero se le debe halagar cuando tenga alguna buena acción y no rechazarlo e inclusive no golpearlo cuando se porta mal, por el contrario, se le debe hacer notar su falta, con esto no se quiere decir que se le está consintiendo, se le reprenderá e inclusive se le pondrá un castigo como, no dejarlo ir a jugar al parque durante un determinado tiempo según el tamaño de la - falta, pero nunca humillarlo o maltratarlo ni a solas, ni de - lante de sus amiguitos o hermanos.

Se le explicará también que si se porta bien con el - dentista el tratamiento será más corto y agradable.

h) NIÑO DESNUTRIDO

La desnutrición es un factor muy importante que afecta muy seriamente la visita dental y la oportunidad de completar un determinado tratamiento, por lo que se aconseja seguir las

instrucciones dictaminadas por el médico general que ha observado al niño y esperar a que su organismo esté ya en completas condiciones de ser atendido por el odontólogo sin riesgos que pongan su salud general o su vida en peligro.

La nutrición es muy importante durante el período en que las piezas dentarias están experimentando formación de matriz y calcificación, por estar esto influido por la dieta materna y la del niño durante la lactancia, por lo que es responsabilidad del dentista dar una guía dietética a los niños y a las madres embarazadas, para conservar así una buena salud dental.

Es necesario aconsejar alimentos ricos en calcio, fósforo y vitaminas A, C y D, que se encuentran en la leche, huevo y frutas cítricas.

Muchas veces la base de la dieta de los alimentos que el hombre consume son carbohidratos, grasas y proteínas.

Se ha demostrado que los carbohidratos son agentes etiológicos importantes en la producción de caries dental, como así también existe razón para creer que las grasas están asociadas con la inhibición de la caries, y que la modificación de los constituyentes de proteínas dietéticas puede afectar a la iniciación de caries.

Al hablar de la nutrición y de la dieta, en ambos casos tratamos el tema de los alimentos, que debido a una mala nutrición podemos encontrarnos con problemas mucho más serios que la predisposición a la caries dental, y que pueden

ser tales como:

ALTERACIONES EN LOS LABIOS

Queilosis angular

Seudoqueilosis

ALTERACIONES EN LA LENGUA

Por anemia perniciosa

Anemias macrocíticas del Esprue del embarazo o de la infancia

Deficiencia de hierro, Vitamina B12, ácido fólico

Lengua magenta por deficiencia de riboflavina

Lengua pastosa por deficiencia de complejo B

Lengua Geográfica.

ALTERACIONES EN LAS ENCÍAS

Escorbuto

Estomatitis pélagrosa aguda

Esprue

Deficiencia de ácido fólico

Deficiencia de vitamina K

ALTERACIONES EN LA MUCOSA DE LOS CARRILLOS Y DEL PALADAR

Deficiencias de complejo B, de vitamina C y de hierro.

Queilitis angular por deficiencia de riboflavina

Deficiencia de vitamina A

ALTERACIONES DENTALES

Caries dental

Cambios del órgano del esmalte de los gérmenes dentarios por deficiencia de vitamina A

Raquitismo

Osteomalacia

Este tipo de niños son personas tristes, desganadas, sin fuerzas, que sólo les apetece dormir y que ni siquiera el juego los incita a ser activos.

Lo mejor es darles una dieta adecuada y tratarlos con paciencia, sencillez y optimismo, e invitarlos a seguir nuestras instrucciones para que puedan ser atendidos odontológicamente y puedan comer de todo como un niño sano y normal después de ser curado su padecimiento.

i) NIÑO NERVIOSO

Estos niños son pacientes muy temerosos, muy emotivos y sugestionables, que sufren más por lo que se imaginan que por lo que en realidad sucede.

El niño es nervioso, y sus temores mal infundados los elabora y transforma dentro de sus fantasías, hasta creer que lo que piensa es realidad. Los nervios desorganizan y debilitan la mente, creando también inhibición y timidez, por lo que los niños no deberían sufrir nerviosismos.

Una familia mal llevada también origina que el niño sea

nervioso.

El nerviosismo es la exaltación del sistema nervioso, que provoca la aceleración cardiaca, sudoración profusa, - confusión de ideas, no ubicación del lugar donde se está y en ocasiones se llega hasta el desmayo, que es una forma de evadir subconscientemente una situación o problema que afecta al consciente.

Con este tipo de niños se debe guardar la calma al máximo y procurar quitarles de su mente temores tontos e infundados, por lo que el tratamiento dental se hará lo más rápido posible, para evitar el constante stress del infante y ganar su seguridad y confianza.

j) NINO DESAFIANTE

Este tipo de niños son el producto de una educación - injusta, es decir, es creado dentro de un ambiente demasiado severo, en donde las palabras obediencia y prohibido, - son las que más escuchan por lo que su carácter tiende a - ser rebelde, desencajado y malhumorado.

Los padres de estos pequeños muchas veces discuten - con ellos por no dejarlos hacer su voluntad, aunque lo que los niños quieren hacer está dentro de lo correcto o inofensivo o algo que es bueno y nuevo para él aunque quizá molesto para los padres.

En este caso debemos hacer ver a los padres que están impidiendo a su hijo desarrollar su voluntad, estorbando que mañana sea un niño que goce de fuerza de voluntad.

El niño desafiante, sabe que el retar a los padres es encontrarse con un enemigo muy poderoso, que en ocasiones lo obliga por medio de la fuerza o de la violencia a obedecer, mientras que retar al dentista, es una experiencia nueva, ya que esta persona de bata blanca no es capaz de golpearlo u obligarlo a dejarse atender.

Analizando lo anterior, se considera que el evitar que el niño haga su voluntad siempre y cuando ésta sea dentro de la curiosidad normal del infante lo obliga a no desarrollar un sentido de voluntad, lo cual lo transforma en un niño callado, introvertido y malhuacrado, que nunca tendrá confianza para decirles a sus padres cuáles son sus inquietudes, temores, curiosidades y pensamientos en general, por lo que al encontrarse ante el dentista, todas sus frustraciones las volcará en él porque siente que es una buena oportunidad de tratar mal a alguien, que es adulto como sus padres, ya que a ellos no los puede tratar mal.

Debe aclararse que un niño desafiante, también puede ser resultado de una sobreprotección y mimos excesivos por parte de los padres hacia el hijo.

La conducta del niño desafiante ante el dentista es, sin llantos, sin gritos y no habla una sola palabra, aunque se le formulen cuestiones. En el único momento en que habla dice -

que no va a abrir la boca nunca, y que no le interesa tener sa
nos sus dientes.

En este tipo de casos debemos investigar por que motivos
el niño es así, si por exageración en el consentimiento o por
la autoridad excesiva que se ejerce sobre el pequeño.

En ambos casos se le atraerá poco a poco, haciendo que -
nuestras pláticas vayan encaminadas a descubrir los gustos de
nuestro pequeño paciente, es decir, se le preguntará cual es -
su deporte favorito, cuál de todos los juegos que lleva a cabo
es el que le gusta más, o si es niña, pedirle que para la pró-
xima cita nos lle la muñeca que más le gusta, y que nos expli-
que como juega con ella, por lo que de esta forma nos iremos -
adentrando cada vez más y más en los pensamientos del niño y -
podremos con más facilidad saber porque es así su manera de -
ser, y al mismo tiempo también nos iremos ganando su confian-
za, para que despierte en él el interés de ir a nuestra consul
ta. Y cuando ya estemos trabajando su boca, aprovecharemos pa
ra platicarle al mismo tiempo lo que sabemos sobre la película
de aventuras que se está exhibiendo en el cine, etc., en una -
palabra, distraeremos su mente, para que no esté pensando en -
lo que le estamos haciendo en su boca.

Como en todos los casos se le explicará para que son y -
para qué sirven cada uno de nuestros instrumentos y aparatos -
que vayamos a utilizar.

En todos nuestros actos, palabras y actitudes añadiremos siempre un gran grado de autoridad y le demostraremos al niño, que así como podemos quererlo y comprenderlo y que lo único que se persigue es recuperar la salud de su boca, también podemos obligarlo a ser atendido, contando con su anuencia o sin ella. En algunos casos se puede utilizar el método que se usó con el niño incorregible.

k) NIÑO COOPERADOR

Este tipo de niños son de los mejores pacientes que el odontopediatra puede tener.

Son por lo general, niños muy platicadores, juguetones y siempre tienen una sonrisa dibujada en la cara.

Como todo niño, en algún momento siente desconfianza de nosotros, pero siempre le explicaremos el uso de nuestro instrumental y aparatos, sobretodo porque son niños que nos permiten hablar, a lo que ellos escuchan con mucha atención y cuidado.

Estos pequeños pueden provenir de una familia de indistinta clase social, pero siempre denotan que es de un hogar donde hay disciplina y cuyos padres han sabido orientar y causar las actividades, gustos, actitudes y personalidad del niño.

Las reacciones de los hijos son el reflejo de las reacciones de los padres, y si ellos les enseñan que el consulto-

rio dental no es un lugar de castigos, sino un sitio donde se alivian, corrigen y previenen enfermedades que atacan sus dientes, el niño comprenderá y aceptará todo tipo de tratamientos y no tan sólo en la primera visita, sino en las subsecuentes también.

T E M A V

ACTITUD DEL CIRUJANO DENTISTA HACIA
EL NIÑO Y LOS PADRES

Existe una generalización entre la opinión de cirujanos dentistas, que se necesita mucho esfuerzo para tratar profesionalmente a los niños, siendo el resultado una molestia para ellos.

El dentista ha de tener paciencia y respeto para la personalidad del niño. La asistente dental tiene que ser amable y comprensiva. Hay que establecer amistad y cordialidad entre dentista y niño. En la silla, la persuasión crea mejores relaciones que la admonición, la conducta del niño se modifica mejor con sugerencias que con exigencias. Una conversación sobre casos interesantes para el niño y que no haga alusión a lo que el dentista hace o tiene que hacer permite a veces realizar fácilmente operaciones dolorosas.

El éxito en cualquier terreno, depende, en cierto grado de la capacidad para enseñar. El dentista no ha de limitarse a su labor reparativa sino que ha de enseñar tanto a los niños como a los padres a observar hábitos sanitarios.

No solamente ha de aprender el operador a manejar al niño, sino también a sí mismo.

Una vez que el dentista ha aprendido a conducirse a sí mismo, a ser paciente y hábil en hallar recursos, habrá conseguido interés y tendrá ventaja respecto a la psicología del niño.

Hay que tener muy en cuenta las siguientes reglas:

1. Conocer y conseguir la confianza del niño. Esto también conviene respecto a los adultos.

A los niños no se les puede argumentar, pues estos muestran por instinto el gusto o disgusto por un extraño.

Por lo tanto hay que proceder con prudencia desde el principio. Completamente tranquilo, nágase todo lo que haya que hacer en la silla, manteniendo a los padres tan apartados como sea posible.

El mejor modo de atraer la atención del niño, es hacerle un tratamiento profiláctico, de primera entrada, esto le dará confianza y disminuirá sus temores.

2. No detenerse al niño en la silla por más de media a tres cuartos de hora.
3. No engañar al niño, inspirarle confianza y tratársele como si fuera un adulto. Si es de esperar que se le lastime algo, no debe engañársele, dígale la verdad, una vez engañado, no es fácil recuperar su confianza.
4. Nunca se violenta a un niño, ni se quebrante su valor.
5. No debe permitirse la entrada de los padres al gabinete propiamente dicho, después de la primera visita en

que se hizo el examen y una vez que se ha llegado a un acuerdo sobre los trabajos dentales que deberán realizarse.

Si el niño aparece contento, es fácil decir: "parece contento de estar aquí hoy, nosotros estamos contentos de que estés aquí." Si acaso, este niño mostrara un actitud negativa podríamos decirle: "Te vez infeliz, enojado al estar aquí hoy, te apuesto que no querías venir, te apuesto que quieres ir a tu casa ahorita mismo".

Si el niño ha estado llorando podemos determinar en este punto o si aparece la asistente y se resiste puede comenzar a hacerle preguntas y tratar de interesarlo en cualquier cosa que diga el dentista, ya que no es necesario para él llorar para canalizar sus sentimientos, porque se le ha dado a entender que nosotros comprendemos sus sentimientos y como se siente. "Probablemente tu piensas que nosotros te vamos a contar tus dientes y a tomarles algunas fotografías y entonces tu te puedes ir a casa". No solo hemos dicho que nosotros entendemos como se siente y acerca de lo que se preocupa, sino que también hemos aliviado sus temores.

Aclarados nuestros requerimientos, regularmente caerán en oídos más receptivos. Al momento que llegemos a la "sala de operaciones" esperamos tener un paciente suficientemente preparado y confiable que vendrá a cooperar en lugar de rebelarse.

Para el niño que ha hecho obvio por medio de su compor-

tamiento de que no siente deseo de ser un paciente dental, o para cooperar, podríamos decir: "Me gustaría o desearía que no estuvieras aquí hoy" o "Me gustaría que estuvieras en tu casa jugando con tus amigos, me gustaría que no tuviéramos - que contarte tus dientes y que no tuviéramos que hacer cosas que no queremos hacer".

El hecho que el niño pueda comenzar con una oración, - con "Yo no quiero, no me gusta" no debe ser interpretado como que él no lo hará.

Esto es necesario para proceder a un reconocimiento de sus sentimientos y podemos emplear palabras como:

"No te gusta que te limpien los dientes o no te gusta - que te tomen fotos" seguido de nuestro deseo verbal de que no es necesario que limpien sus dientes. Hay que dejarlos saber que nosotros entendemos como se sienten, y que somos realmente sus amigos.

Hay que tratar que todos nuestros requerimientos sean - pedidos con palabras como "por favor" y después responder - "gracias". Podemos extender la mano para ayudar al niño a su bir o bajar de la silla dental. Básicamente queremos que - ellos se sientan que están siendo tratados como adultos. El aprecia el respeto que se le ha mostrado, y él no quiere hacer nada que amenace la relación.

Nuestros comentarios deben ser tan elaborados que al ni ño obtiene de ellos una influencia positiva acerca de su perso

nalidad.

Hay que tener cuidado en la manera que nos expresamos con él, pues debemos tener como ejemplo un niño que en su casa se le trate de estúpido y malo, y si nosotros le decimos que es listo, bueno, obviamente según su juicio estaremos en un error. Un método de evitar este problema es describir el comportamiento del niño de determinada manera que le permita llegar a sus propias conclusiones.

Ejemplo:

Juan, me hiciste fácil el cuidado de tus dientes, hoy quiero agradecerte que me hayas ayudado a completar nuestro tratamiento. A partir de esto, Juan puede lograr sus propias conclusiones acerca de su comportamiento.

Algunas veces parecerá que si sus padres no agradecieran a sus niños con tantos despliegues de emoción al término de una visita dental, junto con cumplidos tales como: "Fuiste tan buen niño (beso, beso, beso) "el niño podría comportarse mejor durante la siguiente visita. Si el va a ser recibido como si hubiera estado en el infierno y regresara. Como es posible alterar el comportamiento del padre, podemos reducir el impacto de la reunión padre hijo al llamar al padre justo antes de que el niño es despedido.

LOS NIÑOS PUEDEN ESCOGER DIFERENTES OPCIONES.

Quando un niño viene a sus sesiones de terapia, éste se -

enfrenta a miles de opciones. Como resultado, desarrolla una más grande fe en su habilidad para enfrentarse.

Nosotros escogemos nuestra forma de darle al niño opciones. ¿Te gustaría que te contáramos primero tus dientes de arriba o los de abajo? ¿Qué lado te gustaría tratar primero - el derecho o el izquierdo? ¿Te gustaría que descansáramos por un momento o quieres que continuemos?

Existen solo algunas oportunidades donde los sentimientos del niño pueden ser considerados y al hacerlo le están diciendo que sus sentimientos son suficientemente importantes para nosotros para ser tomados en consideración. Sus pensamientos y sentimientos son significativos.

LOS NIÑOS NECESITAN SER AMADOS POR EL CIRUJANO DENTISTA.

En las relaciones humanas, los agentes de ayuda nunca -- son las técnicas únicamente, sino la persona que las emplea, sin compasión y autenticidad, las técnicas fallan.

Los niños necesitan ser amados y necesitan saberlo. Uno debe ser generalmente sincero en sus sentimientos porque los niños pueden más fácilmente que los adultos, percibir nuestros verdaderos sentimientos. Toma muy poco esfuerzo decirle a un niño: "Te quiero muchísimo, me facilitaste tratarte tus dientes hoy, muchas gracias". El esfuerzo es pequeño y la respuesta en términos de cooperación del paciente puede ser formidable. Ante estos principios, casi todos los pacientes respon--

den favorablemente en algún grado.

Para algunos significa que la visita dental sea una experiencia que buscar más adelante, y para otros significa convertir una situación completamente intolerable en una tolerable.

Para el niño difícil de manejar, esto puede representar una diferencia significativa de lo que de otra forma podría ser encontrado.

El mejoramiento del comportamiento del paciente y el incremento de cooperación que le sigue hace el rol del dentista más placentero y satisfactorio.

LA ANSIEDAD MATERNA Y EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO.

El patrón de conducta del niño es altamente determinado por como ha sido condicionado por los diferentes elementos de su medio ambiente. Una fuerza condicionadora de gran significación es la familia del niño. Algunos autores afirman que un factor significativo en la etiología en el miedo al dentista son las actitudes de los familiares de los pacientes, por lo que se concluyó que el miedo al dentista es adquirido más que innato.

Se ha comprobado que las madres de alta ansiedad tienen hijos que demuestran comportamiento más negativo que los niños que tienen madres con menos ansiedad.

COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES EN EL CONSULTORIO DENTAL.

Se puede hacer que los padres comprendan que una vez en el consultorio, el odontólogo sabe mejor como preparar emocionalmente al niño para el tratamiento necesario. Los padres - deberán tener confianza total en el odontólogo y confiar su - niño a sus cuidados. Cuando el niño es llevado a la sala de tratamiento, los padres no deberán hacer ningún gesto como pa - ra seguirlo o llevar al niño, a menos que el odontólogo les - invite a hacerlo. Si se invita al padre de un niño mayor pa - ra que pase a la sala de tratamiento, deberá desempeñar el pa - pel de un huésped pasivo y permanecer de pie, o sentarse ale - jado de la unidad. No deberá hablar al dentista o al niño, - a menos que aquel se lo pida, ni deberá tomar al niño de la - mano ni mirarlo con simpatía y expresión acustada.

INSTRUCCIONES A LOS PADRES.

Es muy raro encontrar una madre que lleve a su hijo al consultorio dental sin aprensiones ni desconfianza sobre cuál será su reacción al tratamiento. El dentista puede hacer mucho en la educación de los padres, para que estos se aseguren de que su hijo no llegue al consultorio con dudas y miedos. Para los padres, será de gran consuelo saber que no serán ne - cesarias medidas extremadas de disciplina y que el niño parti - cipará gustoso en la nueva experiencia. La madre se tornará más entusiasta sobre el bienestar dental del niño y tendrá ca

da vez menos a esperar hasta que le duelan los dientes para traerlo al consultorio dental. De esta manera existirá una relación más satisfactoria entre el dentista y la familia. Si se informa a los padres de ciertas reglas sencillas a seguir antes de traer al niño al dentista por primera vez, será de gran ayuda para ellos y para su hijo. La guía a los padres sobre el tratamiento dental deberá empezar de preferencia antes de que el niño tenga la edad suficiente para ser impresionado adversamente por influencias externas. Se puede facilitar esta guía a gran escala por varios medios o individualmente.

- 1.- Pida a los padres que no expresen sus miedos personales enfrente del niño. La causa primaria del miedo en los niños es oír a sus padres quejarse de sus experiencias desagradables, pueden evitar el miedo, explicarlo de manera agradable, sin darle mucha importancia, qué es la odontología y lo amable que va a ser el dentista. Para los padres que aún temen los servicios dentales, se les puede explicar que hay anestesia moderna, la mejor comprensión del manejo del niño y técnicas operatorias mejoradas, no hay necesidad de que el niño tema al tratamiento dental. Se ha avanzado enormemente en el alivio del dolor odontológico. El padre que educa a su hijo para que sea receptivo al tratamiento dental, encontra-

trará que el niño apreciará más la odontología. Generalmente se encuentran dificultades cuando los padres u otras personas han inculcado temores profundos en el niño. Los padres también deben ocultar sentimientos de ansiedad, especialmente en expresiones faciales, cuando llevan a su hijo al odontólogo.

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

portancia de actitudes moderadas por su parte para llegar a formar niños bien centrados. Un niño bien centrado es generalmente un paciente dental bueno.

- 6.- Recalque el valor de obtener servicios dentales regulares, no tan solo para preservar la dentadura, sino para formar nuevos pacientes dentales, desde el punto de vista psicológico, el peor momento para traer a un niño al consultorio es cuando sufre un dolor de dientes.
- 7.- Pida a los padres que no sobornen a sus hijos para que vayan al dentista. Este método significa para el niño que puede tener que enfrentarse a algún peligro.
- 8.- Debe instruirse a los padres para que nunca traten de vencer el miedo al tratamiento de sus hijos por medio de burlas, o ridiculizando los servicios dentales. En el mejor de los casos tan solo crea sentimientos hacia el dentista y dificulta sus esfuerzos.
- 9.- Los padres deberán estar informados de la necesidad que existe de combatir todas las impresiones perjudiciales sobre odontología que pueden llegar de fuera.
- 10.- El padre no debe prometer al niño lo que va a hacer o no el odontólogo. El dentista no debe ser colocado en una situación comprometida donde se limita lo que puede hacer.

cer para el niño. Tampoco deberán prometer los padres al niño que el odontólogo no le va a hacer daño. Las mentiras solo llevan a decepción y desconfianza.

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

12.- Los padres deberán encomendar al niño a los cuidados del dentista al llegar al consultorio, y no, deberán entrar a la sala de tratamiento a menos que el odontólogo así lo especifique. Cuando lleguen a la sala de tratamiento, deberán actuar tan solo como espectadores invitados.

T E M A VI

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

El manejo del niño en el consultorio dental es el medio por el cual se puede completar un tratamiento para un pequeño paciente en el menor tiempo posible asegurando al mismo tiempo que volverá a continuarlo de buena gana. Está dirigido también a lograr que el niño consciente o inconscientemente, no reaccione desfavorablemente a los esfuerzos por mantener la salud de su dentición en el hogar.

El manejo del niño es más que simplemente convencer a una persona pequeña a que se someta a alguna forma de procedimiento odontológico, implica llevarle a aceptar que la salud de sus dientes es importante para él y que el odontólogo se convierta en una persona de quien guste y a quien respete.

Es agradable observar que la gran mayoría de los niños que llegan al consultorio para trabajos de corrección pueden clasificarse como buenos pacientes. También es cierto que la mayoría de los niños llegan al consultorio con algo de aprensión y miedo, pero, como muestra la experiencia clínica, pueden controlar estos temores si los racionalizan. Un número relativamente pequeño de niños de cualquier edad, por miedo provocado en casa o por actitudes defectuosas de los padres,

no se adaptarán a la rutina y a las molestias que acompañan a los trabajos dentales.

Es interesante observar que el comportamiento del niño puede fluctuar en períodos de tiempo muy pequeños. 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.

El comportamiento poco cooperativo de un niño en el consultorio odontológico está generalmente motivado por deseos - de evitar lo desagradable y doloroso, y lo que él pueda interpretar como una amenaza para su bienestar. Puesto que los niños actúan por impulsos, el miedo al dolor puede manifestarse en conducta desagradable, sin que esto tenga relación con la razón o con saber que existen pocas razones para asustarse. A pesar del deseo que tiene el niño de agradar, se le hace imposible ser complaciente en presencia de un miedo insuperable al dolor. El odontólogo tiene a veces dificultades para comprender esta actitud, a veces es incluso difícil para el niño dar cuenta de su comportamiento. Puesto que el miedo - proviene de un nivel cerebral inferior que la razón, se comprende que se manifiesta con base más emocional que intelectual, y por lo tanto, no se puede interpretar basándose en la razón tan solo.

Aunque el comportamiento del niño parezca poco razonable, no se comprende bien, es totalmente intencional y se basa en experiencias subjetivas y objetivas adquiridas durante

la vida entera del niño. Su lógica se basa totalmente en sus sentimientos. El condicionamiento total del niño regirá su comportamiento emocional en el consultorio dental.

El niño se comportará en el consultorio dental de alguna manera que en el pasado le sirvió para liberarse de algo desagradable. Si en casa puede evitar lo desagradable con negativismo y ataques de mal genio, tratará de hacer lo mismo en el consultorio dental. Si, cuando resiste con fuerza a sus padres, logra que se satisfagan sus deseos, tratará de evitar los trabajos dentales del mismo modo. Sin embargo, el comportamiento de un niño puede, a veces, ser modificado.

Si se hace que no le resulten sus ataques emocionales, cambiará su comportamiento. Cuando el niño aprenda que en el consultorio no va a lograr nada con mala conducta, perderá motivación para seguir comportándose así. No se pueden hacer tratos con un niño de cierta edad acerca de su comportamiento. En estas situaciones, es mejor ser autoridad benévola que darle al niño a elegir sobre la acción.

Existen enfoques adecuados al manejo psicológico de los niños en el consultorio dental. No se debe dejar el tratamiento para después, ya que esto no ayuda en absoluto a clininar el miedo. Citemos un caso hipotético: se trae al niño al consultorio cuando es muy joven y necesita que le hagan algunos trabajos dentales. Empieza a llorar, a veces con fuerza, cuando le sientan en la silla dental. El dentista, algo desconcertado y sin saber bien qué hacer ante esta situación,

despide al niño y se excusa con la madre sugiriéndole que traiga a su hijo cuando sea algo mayor. Seis meses después el niño vuelve y se repite la escena con igual patrón de comportamiento. Puesto que los miedos subjetivos en los niños pequeños no disminuyen por voluntad propia, los temores del niño, y por consiguiente su comportamiento, no ha mejorado. Incluso puede haberse intensificado el miedo a la odontología, ya que una imaginación muy activa exagera la necesidad de huir.

Posponer situaciones así pueden seguir indefinidamente y será nefasto para sus dientes. Cuando existen dientes dolorosos el dolor puede causar que se creen auténticas fobias a la odontología. Si el odontólogo hubiera utilizado un enfoque más positivo durante la primera visita, no hubiera ocurrido retraso y descuido de los dientes. En este caso, el miedo del paciente aumenta con el miedo que tiene el odontólogo a manejarlo, porque el niño piensa precavidamente que, si el odontólogo teme realizar el trabajo es porque debe haber alguna razón para retrasarlo.

Cualquier razón no explicada inspira miedo a los niños.

Puesto que los niños temen excesivamente a lo desconocido y se sienten mal preparados y aprensivos para afrontar nuevas situaciones, visitar al odontólogo antes del tratamiento puede hacer que lo desconocido se vuelva más familiar y tal vez mitigue temores o necesidades futuras de huir. Este método da resultados con niños que aún no van a la escuela, y en menor medida, con niños mayores.

"Mostrar actitudes sarcásticas y desdeñosas con el niño para que por vergüenza se porte bien en el consultorio no es conveniente". Aunque muchos odontólogos emplean el ridículo como medio de mejorar la conducta del niño en el consultorio, es una pérdida de tiempo y tiene poco valor. El método no solo es inadecuado, sino lleva consigo peligro cuando se aplica a los niños. El niño que se sienta en la silla dental, desea ganar la aprobación del dentista. Sin embargo, si el mecanismo del miedo es tan fuerte que le resulta imposible cooperar, su buen juicio pierde toda fuerza y su comportamiento se vuelve indeseable. El ridículo puede producir frustraciones y resentimientos al niño, y de ello puede resultar un aumento de aversión a dentistas y tratamientos dentales. El producto final del ridículo no es disminución del miedo, sino aumento del resentimiento.

A) OBJETIVOS DEL MANEJO DE LA CONDUCTA.

Para que el paciente infantil se convierta en un paciente cooperador, el dentista debe lograr algunos objetivos del manejo de la conducta, como son:

1. Establecer una buena comunicación con el niño y los padres.
2. Ganar la confianza del niño y los padres y su aceptación del tratamiento dental.

3. Explicar al niño y a los padres los aspectos positivos del cuidado dental preventivo.
4. Proporcionar un ambiente relajado y cómodo para el personal del consultorio durante su trabajo con el niño.
5. Saludar al paciente con una sonrisa.
6. Recordar el nombre del paciente.
7. Utilizar palabras que sugieran relajación e inspiren confianza.
8. Ser suave durante la exploración de la boca.

B). COMUNICACION EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA.

La comunicación es la llave para guiar la conducta y se ha de fomentar para que el niño se sienta física y emocionalmente seguro, mantenga su amor propio y se sienta responsable en su comportamiento. Los siguientes principios ayudan a establecer la comunicación con el niño:

1. Ignore las demostraciones iniciales de no cooperación.
2. Empezar con técnicas simples que puedan realizarse indiferentemente al tipo de conducta demostrada; luego progresa hacia otras más difíciles.

3. Evite factores que susciten temor, tales como:

- a) Dejar que el niño vea instrumentos agudos, huelas fuertes olores químicos o escuche los sonidos de las turbinas, hasta que se vaya familiarizando.
- b) Usar vocabulario que despierte temor: pinchar, dolor, sangre, corte, fresa, aguja, extraer.
- c) Preparar excesivamente al niño y permitirle demasiadas preguntas dificulta la técnica y lleva a que se desarrolle más ansiedad.

4. Siga la fórmula de conducta diga, muestre y haga, llevándolo a cabo de la siguiente manera:

- a) Diga lo que le va a hacer en un lenguaje que el niño entienda.

Ejemplo: Vamos a tomar una foto de tus dientes.

- b) Muestre al niño exactamente cómo va a llevar a cabo la técnica.

Ejemplo: Esta es la película para la foto (película de rayos X), y esta es la cámara (unidad de rayos X) y así es como tomamos la foto (muéstrela colocando el cabezal de rayos X sobre usted mismo o un asistente sin tomar realmente la radiografía).

- c) haga la técnica tal como la ha explicado y demostrado.

NOTA: Para tener éxito, este procedimiento se debe efectuar de manera que se pase de un estadio a otro sin interrupción para ir al lavabo entre el mostrar y hacer, solo servirá para destruir la explicación y la demostración y permitir que el niño se angustie más. Se debe efectuar en uno-dos tres momentos. Si el niño pide ir al lavabo, dígame que podrá hacerlo en cuanto se haya tomado la fotografía. Muy pocas veces vuelve a pedirlo después de haber terminado.

5. Use un vocabulario que el niño entienda. Los siguientes son unos ejemplos de palabras sustitutivas que se pueden utilizar en la comunicación con los niños pequeños.

TERMINOS DENTALES

TERMINOS SUSTITUTIVOS.

Explorador (sonda)

Contador de dientes

Pasta profiláctica

Pasta de dientes

Equipo de rayos X

Cámara fotográfica para dientes

material de impresión

Plastilina

Bomba de succión

Aspiradora

Anestesia

Jugo para adormecer el diente

Turbina de alta velocidad

Silbato

Banda para matrices	Anillo por diente
Dique de goma	Impermeable de diente
Grapa para dique de goma	Arrolla para el diente
Corona de acero inoxidable	Sombrero para el diente
Modelos para el diagnóstico	Esculturas de dientes

C) TECNICAS DE RECONDICIONAMIENTO

A través del reacondicionamiento realizado con la guía del dentista, el niño aprende a aceptar los procedimientos odontológicos y a gozar de ellos. Pierde su miedo a la odontología, porque aprende que lo desconocido no representa un peligro para su seguridad. Con simpatía y tacto, se establece la relación, y los procedimientos operatorios se vuelven interludios agradables esperados con placer por el dentista y por el niño.

El primer paso en el reacondicionamiento es saber si el niño teme excesivamente la odontología, y por qué. Esto se puede descubrir preguntando a los padres acerca de sus sentimientos personales hacia la odontología, viendo sus actitudes y observando al niño de cerca. Cuando ya se conoce la causa del miedo, controlarlo se vuelve un procedimiento mucho más

sencillo.

El siguiente paso es familiarizar al niño con la sala de tratamiento dental y con todo su equipo sin que produzca alarma excesiva. Por este medio se gana la confianza del niño y el miedo se troca en curiosidad y cooperación. Puede uno acercarse a la mayoría de los niños si se despierta su curiosidad. A todos les encantan los instrumentos nuevos. Cualquiera equipo o mecanismo les interesa y los llena de gozo. Y á qué mejor lugar que la sala de tratamiento para encontrar instrumentos que estimulen el interés del niño? Puede disminuir el miedo permitiendo y alentando al niño sutilmente para que pruebe cada pieza, de manera que el niño se familiarice con los sonidos y acciones de cada accesorio. Se hace rodar el motor sobre sus uñas, para que pueda sentir la inofensividad de una copa pulidora de caucho. Se hace demostración con jeringa de aire, y después como por descuido, se deja en el regazo del niño para que la pruebe. Se explica el control a pie del motor, de manera que el niño sepa que la fresa no está descontrolada, si no que, cuando sea necesario, puede ser detenida en cualquier momento.

Después de familiarizar al paciente con el equipo, la siguiente meta es ganar completamente su confianza. Si se eligen con cuidado las palabras e ideas de la conversación, podrán llegar a comprenderse sin perder mucho tiempo. Al establecer esta confianza, el dentista debe transmitir al niño que simpatiza con sus problemas y los conoce. Cuando se está estableciendo la relación, la conversación deberá alejarse de pro-

blemas emocionales y dirigirse a objetos familiares al niño. Hable de amigos, de animales o de la escuela.

En la primera visita deberán realizarse solo procedimientos menores e indoloros. Se obtiene la historia clínica. Se instruye sobre el cepillado de dientes. Se informa al paciente que van a cepillarse los dientes con la copita de caucho - con la que jugó antes. Se limpian los dientes y se los recubre con solución de fluoruro. Se pueden tomar radiografías.

Desafortunadamente, los niños llegan con frecuencia al consultorio dental para su primera visita sufriendo dolores y con necesidad de tratamiento más extenso. En esta situación como en todas las demás, la veracidad del dentista es esencial. Franqueza y honestidad serán rentables con los niños. Al niño deberá decirse de manera natural, que a veces lo que hay que realizar produce algo de dolor o molestia. También puede explicársele que si avisa cuando le duele demasiado, el dentista parará o lo arreglará de manera que no duela tanto, o lo hará con más suavidad. Esta sinceridad deberá permanecer constantemente a través de todas las visitas dentales futuras, y deberá recordarse esto al niño antes de cada operación dental.

Si se manejan niños demasiado pequeños para comprender explicaciones difíciles, debe intentarse llegar a relaciones con ellos por medio de conversaciones sobre objetos o acontecimientos de la experiencia personal del niño. Hable con voz agradable y natural. También muestre actitud natural y com-

prensiva. Sin embargo es posible que tenga que trabajar con el niño llorando.

A veces, los niños de edad preescolar gritan con fuerza y largamente en la silla dental. Es muy difícil hacerse comprender cuando el niño grita continuamente. La amenaza de sacar a los padres fuera de la sala puede ser suficiente para que se calle. En otros casos, puede dar resultado darle tiempo al niño para que se desahogue. Sin embargo, todo odontólogo experimenta ciertos casos, cuando la actitud de los padres ha sido defectuosa o cuando se han inducido miedos indebidos, en los que estos métodos no sirven y el niño gradualmente va llegando a la histeria. En ese momento, hay que usar medios físicos para calmar al paciente lo suficiente para que pueda escuchar lo que el dentista tiene que decirle.

La manera más sencilla de hacer esto es colocar suavemente la mano sobre la boca del niño, indicando que esto no es un castigo, sino un medio para que el niño oiga lo que el odontólogo va a decir. No debe intentarse bloquear la respiración bucal. Mientras que el niño llora, háblele al oído con voz normal y suave, diciéndole que quitará la mano cuando pare de gritar. No deberá haber malicia en su voz. Puede que la admisión surta efecto, aunque crea que el paciente no le oye. Cuando ha dejado de llorar, quite la mano y hable con el niño sobre alguna experiencia sin relación alguna con la odontología. Es sorprendente lo eficaz que esto puede ser y cómo estos niños se vuelven pacientes ideales. No guardan resentimien-

miento y se dan cuenta de lo que hizo fue para su propio bien. Generalmente se convierten en pacientes más cooperadores, e incluso en sus amigos. Colocar la mano sobre la boca del paciente es medida extrema y solo deberá usarse como último recurso en un paciente ya histérico, cuando hayan fallado todos los demás medios. Puede ser necesario usar esta técnica con niños demasiado mimados.

D) CONDUCTA EN LA ADMINISTRACION DE LA ANESTESIA

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

El malestar potencial generado por un procedimiento quirúrgico bucodental a menudo doloroso indica la necesidad de anestesia local. Para la mayoría de los pacientes adultos así como para el dentista, este razonamiento es suficiente para asegurar la cooperación y la comprensión del paciente. Sin embargo, con un paciente infantil, a menudo éste no es el caso. El dolor potencial del procedimiento anestésico mismo es por lo general el interés dominante para el niño. En consecuencia, el odontólogo debe enfocar este problema no sólo para asegurar la anestesia profunda necesaria para el tratamiento global, sino también para minimizar el malestar normal y la conducta poco cooperativa asociada con la administración del anestésico local.

El dolor generado durante la inyección es una parte del malestar que puede despertar gran interés. La mayoría de los pacientes pediátricos acepta el hecho de que el dolor por la presión de un objeto neutral en el sitio de la inyección, como una uña o el extremo de un palillo de madera es bastante tolerable y aceptable. Este dolor se compara con la inserción de una aguja fina, pero el uso del último objeto genera la falta de aceptación por el paciente. La contribución de la respuesta fisiológica dolorosa en la conducta del niño durante los procedimientos de la inyección es moderada o intensificada fuertemente por la respuesta emocional y psicológica. Los componentes del temor y la ansiedad parecen desempeñar un papel más dominante en la relación del niño al procedimiento de anestesia.

El temor contribuye al malestar del niño en concordancia a lo que ha experimentado en situaciones semejantes. Debido a que ésta es una respuesta de aprendizaje, el paciente infantil puede estar asustado por la anestesia local si él ha tenido experiencias previas llenas de tensión, probablemente en otras situaciones médico-dentales. También es posible que el niño se haya vuelto temeroso a consecuencia de experiencias indeseables de los padres o los hermanos.

El dentista deberá entonces comprender que la respuesta temerosa a la anestesia local, es el medio por el cual el niño ha aprendido a enfrentarse con la inyección anticipada. La respuesta se vuelve inapropiada si es demasiado extrema. Como

sucede con todas las conductas aprendidas, cuando la respuesta comprende una conducta poco cooperativa, la mayoría de los niños pueden ser "reenseñados" o desensibilizados empleando técnicas conductuales básicas.

La ansiedad, respuesta encontrada en la mayoría de los pacientes pediátricos, es la consecuencia de la aprensión e incertidumbre acerca de lo desconocido. Los niños experimentan diversos grados de ansiedad con las situaciones nuevas y extrañas, como resultado de sus características innatas así como por la carencia de experiencia suficiente. En consecuencia, el practicante debe proporcionar información y apoyo suficiente para reducir la ansiedad en el paciente pediátrico.

Manejando los componentes del temor y ansiedad, el umbral de dolor del paciente se elevará a un nivel confortable y el niño podrá adaptarse al dolor y cooperar con las inyecciones de la anestesia. Después de completar con éxito este objetivo, es posible efectuar el segundo propósito de control del dolor necesario para el tratamiento.

PREPARACION PARA LA INYECCION

La preparación de un paciente pediátrico para la inyección se logra mediante la comunicación. Es obvio que la atención del paciente necesita ganarse antes de realizar cualquier procedimiento en el cual el niño debe cooperar. Si el dentista tiene la atención del niño, lo indicado es hablarle en to-

no bajo y tener un acceso efectivo. Los movimientos que son lentos y suaves, ayudarán a proporcionar una sensación de seguridad en el niño.

En general, la explicación del clínico deberá ser sencilla de modo que el niño comprenda claramente el procedimiento, así como los requerimientos de cooperación. El paciente infantil está limitado por la etapa de su desarrollo en cuanto a la cantidad y complejidad de información que puede asimilar. Esto no significa que el dentista deberá "discutir" sino que hablará con el niño a su nivel. La explicación de la inyección también será expresada en forma positiva y con repetición continua y específica. Este tipo de enfoque es importante debido a la corta duración de la atención del niño.

El proceso de preparar al niño para la inyección debe proceder de una fuente, por lo general el dentista y rara vez el padre. También deberá realizarse en corto tiempo. Si la explicación se prolonga parece haber un punto de umbral en el tiempo en el cual el receptor de la comunicación deja de escuchar y comienza su conducta relacionada con la ansiedad. Las explicaciones largas son muy comunes en los clínicos inexpertos o ansiosos.

Durante la preparación y ejecución del procedimiento de anestesia local podemos utilizar el proceso de Decir, Mostrar y Hacer (DMH). El dentista no sólo puede impartir la información para reducir la ansiedad del niño, sino hacerlo en tal -

forma que permita que el niño experimente el procedimiento en grados. Esto moldea la conducta del niño por medio de aproximaciones sucesivas. Es útil en particular con un niño asustado.

Durante la fase "Decir", se proporciona una explicación adecuada a la edad del proceso de la inyección de modo que el niño pueda imaginarlo así como saber lo que puede hacer para ayudar. El niño, excepto que sea demasiado pequeño, deberá comprender que la ejecución del procedimiento y terminar en breve la visita, son contingencias en las que su cooperación es definida por el dentista. Si el clínico tiene la atención del niño, la fase "Decir" en un preescolar potencialmente difícil puede ser como sigue:

Bueno, Juan, lo que tú tienes es un diente en muy malas condiciones y a veces el diente tiene que ir al hospital. De modo, que lo que vamos a hacer es poner algo de jugo para dormir cerca de tu diente con un popote, de modo que no te moleste. Todo lo que tienes que hacer es abrir muy grande la boca como un cocodrilo y sentarte en tus manos de modo que no me molesten. Es posible que sientas un pequeño piquete. Si tú me ayudas, las cosas van a ir realmente aprisa y cuando todo esté hecho, tu diente y tu piel despertarán de nuevo igual que cuando tu vas a la cama y despiertas por la mañana.

El niño puede comenzar a hacer numerosas preguntas como táctica dilatoria, pero el dentista deberá continuar con la

fase de "mostrar". Esta fase deberá ser una réplica exacta de la fase "Hacer" menos la inserción de la aguja. Deberá considerarse mantener la aguja cubierta, dependiendo de la cantidad de temor y ansiedad exhibida por el niño.

Este ensayo es también un tiempo ideal para que el dentista alabe y refuerce positivamente todas las conductas de cooperación realizadas o intentadas por el niño, tales como sostener su cabeza en posición o conservar sus manos a los costados. Esto no sólo da al niño retroalimentación para que su conducta sea la apropiada, sino que también ayuda a asegurar la continuidad de las conductas cooperativas durante la fase "Hacer". Colocar en el área de la inyección el extremo de un palillo de madera con un hisopo de algodón demuestra la zona anatómica interesada así como la cantidad de dolor que puede ocurrir durante la fase Hacer.

PROCEDIMIENTO DE INYECCION.

La inyección real o fase Hacer deberá tratarse de hecho en la misma forma que las fases Decir y Mostrar con el mínimo de retardo por parte del niño y el dentista. El uso de anestesia tópica, proporciona cierta anestesia y también puede utilizarse como otro paso en el proceso de desensibilización del niño a la inserción de la aguja dándole una idea del sitio de la inyección y la "somnolencia" del anestésico. Las desventajas comunes son que el sabor a menudo es desagradable.

dable, se requiere tiempo adicional y no produce anestesia profunda.

Se haya utilizado o no anestesia tópica, el dentista que administra anestesia local, deberá hacer lo posible por distraer al niño durante la fase "Hacer". Esto enfoca la atención del niño lejos del procedimiento y refuerza el hecho de que la inyección no tiene mayor importancia. La distracción puede hacerse en forma de comentarios verbales respecto a las ropas del niño, sus mascotas o sus programas favoritos de televisión.

Otra distracción exitosa se relaciona al dolor de la inserción de la aguja. Por medio de manipulación continua de la mejilla, incluyendo algunos piquetitos, el niño no sólo es distraído por la manipulación sino que será incapaz de percibir el dolor de la inyección si el de los piquetitos es mayor. Este fenómeno es consistente con el hallazgo de que los seres humanos no pueden percibir dos fuentes distintas de dolor al mismo tiempo y el éxito de la técnica depende tanto de la distracción como de la sugestión. Como último - la presión de un espejo de mano sobre el sitio de la inyección durante la inserción de la aguja es eficaz.

Conforme la jeringa se aproxima a la boca del niño, el dentista siempre debe anticipar el movimiento. Con el niño asustado o ansioso, el dentista puede sostener brevemente la jeringa en la boca antes de insertar la aguja. Al mismo tiempo, puede distraer al niño y reforzar positivamente su buena

conducta. A menudo éste es el momento en el cual el niño se relaja debido a que el dolor que él había anticipado no apareció. Una vez que el niño está en la condición de relajamiento, el umbral del dolor se eleva y la aguja puede ser insertada con más comodidad.

Después de la inserción, es posible que el dentista desee retardar ligeramente la inyección del anestésico para permitir al niño ansioso tener la sensación de este paso y relajarse nuevamente. La distracción y el elogio deberán ser mayores durante este período y el practicante no retirará la aguja hasta que todas las áreas apropiadas hayan recibido anestésico a menos que los movimientos del niño impidan una inyección adecuada.

El retiro de la aguja se hará con rapidez y suavidad, reforzando positivamente su conducta cooperativa. En ningún momento después de la administración de la anestesia deberá censurarse al paciente por no haber cooperado perfectamente. Una crítica anulará la alabanza e interrumpirá el proceso de moldeo.

Para mantener la consistencia y la predicción para el paciente infantil, los enfoques básicos de conducta utilizados para preparar y ejecutar el procedimiento de anestesia local, deberán continuarse durante el tratamiento.

Para el niño que tiene fobia a la aguja, es posible que el proceso básico de DMH no sea adecuado en la forma descrita antes. Puede ser necesario un enfoque farmacológico;

este dependerá primordialmente de las limitaciones de tiempo o de los factores de responsabilidad y desarrollo.

La investigación reciente sobre la conducta ha respaldado el uso de formas más sistemáticas del DMH para los pacientes pediátricos extremadamente temerosos durante el procedimiento de anestesia local. La desensibilización sistémica, el modelado activo y el ensayo mental han sido eficaces para reducir la ansiedad de las fobias a la aguja dental.

CONCLUSIONES

Conforme el niño normal madura y pasa por las diversas etapas del desarrollo, adquiere un banco de experiencias. Obviamente, mientras más pequeño es el niño, menor es el número de experiencias que ha aprendido y mayor la responsabilidad del dentista para enseñarle la forma de comportarse. Durante la primera visita dental del niño, es probable que no sea capaz de comprender la experiencia hasta que esté activamente involucrado. Por supuesto puede haber sido preparado de antemano para reducir el terror u lo desconocido, pero si el niño es demasiado pequeño, particularmente si es menor de tres años de edad, el componente del desarrollo (maduración) no le permitirá formar un cuadro apropiado en su mente que le permita prepararse para la nueva experiencia o para enfrentarla. En consecuencia, todos los odontólogos que tratan niños y adolescentes, deberán enseñar al paciente lo necesario para que se comporte en forma apropiada durante el tratamiento. El dentista debe discernir cuál es la conducta apropiada y la forma de enseñarla y manejarla.

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

de experiencia previas. El roco de la conducta es también importante, debido a que es más fácil trabajar con problemas observables que con algo vago como la inmadurez o el malhumor. Por último y más importante, el dentista debe ser capaz de definir la conducta apropiada o inapropiada antes de que pueda reforzarla o cambiarla.

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

BERNAL DEL RIESGO ALFONSO, Errores en la crianza de los niños, Ediciones El Caballito, México, 1979, 69, 74, 75, 80 pp.

CORDON, TERDAL and STERLING. The use of modeling desensitization in the treatment of a phobic child patient, Journal of - Dentistry for children, March, April 74

FLOYD L. Ruch, Psicología y vida, Editorial Trillas, cuarta - reimpresión, México 1975, 30, 33, 91, 95, 105, 551 pp.

GEMELLI AGOSTINO. Psicología de la edad evolutiva, sexta edición, Editorial Razón y Fe, Madrid, 15-19, 40-49, 58-84, 152 - 192, 234-304 pp.

JAY A. Gershen DDS, Maternal influence on the Behavior Patterns of children in the dental situation.

KENNETH D. Snawder, Manual de Odontopediatría, enfoque sistemático, Editorial Salvat, 1985, 33-46 pp.

MAGNUSSON O. Bengt, Odontopediatría enfoque sistemático, Editorial Salvat, 1985, 33-46 pp.

Mc DONALD, Odontopediatría para el niño y el adolescente, segunda edición, Editorial Mundi, 1976, 25-35 pp

MIRA Y LOPEZ Emilio, Psicología evolutiva del niño y del adolescente, décima edición, "El Ateneo", Argentina, 14-20, 102 - 143 pp.

MUSSES HENRI, Paul, Desarrollo de la personalidad del niño, segunda edición, Editorial Trillas, 9, 41, 75, 109, 110, 140, - 141, 154 pp.