

290  
29



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TECNICAS DE MANEJO CONDUCTUAL  
EN ODONTOPEDIATRIA

**T E S I S**

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



MEXICO, D. F.

**FALLA EN ORIGEN**

1991



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## INDICE

CAPITULO I		PAG.
	INTRODUCCION.....	5
CAPITULO II	CONDUCTA	
	II.1 GENERALIDADES.....	8
	II.2 CLASIFICACION DE LA CONDUCTA INFANTIL.....	15
CAPITULO III	LA EDAD COMO INFLUENCIA EN LA CONDUCTA.....	22
	III.1 CLASIFICACION DEL NIÑO DE ACUERDO A LA EDAD.....	25
CAPITULO IV	INFLUENCIA DE LOS PROGENITORES EN LA CONDUCTA INFANTIL.....	31
CAPITULO V	LOS HABITOS BUCALES COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA.....	40
CAPITULO VI	RELACION NIÑO-PADRES-DENTISTA.....	58
CAPITULO VII	TECNICAS MAS UTILIZADAS EN EL MANEJO DEL NIÑO DE ACUERDO A SU CONDUCTA.....	67
CAPITULO VIII	CONCLUSIONES Y BIBLIOGRAFIA.....	84

## **CAPTULO I**

### **INTRODUCCION**

## INTRODUCCION.

El presente trabajo tiene como finalidad, orientar al dentista de práctica general sobre el manejo del niño en el consultorio dental.

Las investigaciones realizadas sobre la conducta del niño en la práctica odontológica, han dado al dentista la oportunidad no sólo de comprender y manejar la conducta de éste, sino de valorar y modificar su propio comportamiento para provocar en el niño la respuesta adecuada.

Para el éxito de cualquier tratamiento odontopediátrico, el dentista después de una valorización clínica, debe enfocarse primero hacia los problemas psicológicos, sociales y culturales del niño, antes de poder aplicar las técnicas adecuadas para la modificación de la conducta.

Deberá distinguir la conducta ideal de la conducta cooperativa, de acuerdo a las condiciones particulares de cada paciente.

La edad del paciente juega un papel importante en la forma en que éste debe ser guiado, y al mismo tiempo en la forma en que el dentista

debe conducirse; ya que de acuerdo a la misma va a percibir y a reaccionar a cada situación.

Todos los niños en general presentan diversas frustraciones, de no contar con el afecto, comprensión, además de la guía y consejo de los padres. Cuando carece de estas atenciones el niño se vuelve tímido, introvertido, temeroso, inseguro, o bien adquiere una actitud completamente opuesta y puede ser egoísta, caprichoso, resentido, vengativo, rebelde; le gusta contradecir en todo y a todos y siempre se muestra renuente a cualquier manifestación de afecto.

El niño que vive en este ambiente puede desarrollar fácilmente malos hábitos, no sólo en lo relacionado a su estructura dental, sino también en el terreno social, al convertirse en adulto se enfrentará a un problema mayor, ya que será un individuo inestable, carente de seguridad y confianza en sí mismo.

Finalmente de la correcta relación que establezca el dentista con el niño y sus padres, de los cuales está directamente influenciado; dependerá el éxito del tratamiento.

## **CAPTULO II**

### **CONDUCTA.**

## II.1 GENERALIDADES.

Para hablar de la conducta, primero tendríamos que definirla; podemos decir que la conducta son aquellas acciones observables y medibles, ya sea a través de nuestros sentidos o por la vía tecnológica; producto de las interrelaciones de estímulo-respuesta, entre el medio interno y externo de un individuo.

Observar la conducta de un niño es a menudo mucho más fácil, que observar la de un adulto, debido a que las acciones del niño son generalmente más sinceras y espontáneas.

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. A los tres años es amigable y tiene buen dominio de sí mismo, mientras que a los cuatro o cuatro y medio puede volver atrás en su comportamiento y ser dogmático y difícil de controlar.

El comportamiento poco cooperativo de un niño en el consultorio odontológico está generalmente motivado por deseos de evitar lo desagradable

ble y doloroso, así como lo que 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.

Aunque el comportamiento del niño parezca poco razonable y no se comprenda bien, es totalmente intencional y se basa en experiencias adquiridas durante la vida entera del niño. Su lógica se basa totalmente en sus sentimientos. El condicionamiento total del niño registró su comportamiento emocional en el consultorio dental.

Conforme el niño madura y pasa por las diferentes etapas del desarrollo, adquiere un banco de experiencias; obviamente, mientras más pequeño es el niño, menor es el número de experiencias que ha tenido y mayor la responsabilidad del dentista para enseñarle la forma de comportarse.

Si el niño es demasiado pequeño, particularmente menor de tres años de edad, su desarrollo o maduración no le permitirá formar un cuadro apropiado en su mente, que le ayude a prepararse o enfrentarse a una experiencia odontológica.

Conforme el niño se aproxima a la edad escolar (7-12 años) la conceptualización adquiere estabilidad y coherencia. Aún cuando estos niños pueden resolver problemas más complejos que aquellos menores de esta edad, todavía tienen más confianza en las imágenes visuales que en una explicación verbal.

Cuando el niño está entrando a la adolescencia la cual puede ser un período fácil de desarrollo o por el contrario confuso, el individuo puede enfrentarse con lo abstracto así como también con la realidad. Por ejemplo, los beneficios futuros del tratamiento dental están siendo ganados por soportar el

dolor.

Sin embargo el adolescente, a menudo tiene necesidad de explicaciones reales y detalladas, incluyendo razonamientos por los cuales él debe-cooperar y comportarse, ya que ha evolucionado en inteligencia, y transforma las acciones motoras en pensamientos y conducta.

En resumen, cada nivel de edad se caracteriza por similitudes generales, pero se debe recordar que los niños se desarrollan con distintas velocidades, tanto física como emocionalmente y las expectativas deben ser acordes a cada niño.

Con la exposición al ambiente o situación, el niño aprende a-comportarse en concordancia con su madurez.

Con cada experiencia nueva, se desarrolla una nueva conducta dictada por el sistema interno del niño, que procede de su motivación y de las-consecuencias de su conducta. Por ejemplo, una aguja mostrada a un niño de---seis años que previamente ha tenido experiencias negativas de tratamientos dentales, puede provocar llanto y resistencia física. El niño puede haber aprendido que en una situación semejante, la consecuencia de tal conducta impide o retarda la-administración de la anestesia.

Las emociones y la responsabilidad de un niño se establecen--por la interacción con la gente importante en su vida temprana, sus padres, hermanos y otros parientes cercanos y amigos.

Sus experiencias pasadas también pueden ayudar a modelar --sus pautas de conducta. Para el niño pequeño que no ha tenido que tratar con--otras personas fuera de su casa, la situación dental puede ser difícil. Si se--conduce convenientemente, esta nueva experiencia puede ser significativa. Si la-

experiencia es amenazadora puede bloquear su capacidad para aprender de ella-- e impedirle relacionarla con otras parecidas en su futuro de manera favorable.

La influencia de los padres sobre la visión del niño, respecto de la odontología, es un factor primordial. Si es positiva, el niño se sentirá ale-ntado a responder favorablemente. En contraste, una influencia negativa desalenta rá actitudes positivas hacia el medio odontológico.

Si no fueron inculcadas en el hogar, puede ser difícil en el - consultorio odontológico establecer pautas de conducta correctas.

La inseguridad del niño relacionada con factores en la unidad familiar, sin duda influirá sobre el tratamiento. Si no está establecida la capaci- dad para confiar, podría resultar difícil ganarse la confianza del niño en el con- sultorio .

Generalmente, la ansiedad o el desinterés desplegado por los- padres hacia el odontólogo o la odontología en conjunto, será emulado por el niño.

La influencia de los hermanos en la conducta del niño puede- ser positiva o negativa. Cuando otros niños de la unidad familiar han sido trata-- dos en un consultorio odontológico de manera positiva, el resto de los hijos sue- len esperar su oportunidad con ansia.

Si las experiencias de los hermanos fueron desfavorables la in-fluencia será negativa.

Existen factores fuera de control del odontólogo que pueden-- determinar las respuestas de conducta del niño. En muchos sentidos, es más sim- ple generar pautas de conducta positivas en el consultorio odontológico, cuando-- no ha habido una experiencia odontológica previa, puesto que existe la posibil--

dad de desarrollar técnicas de tratamiento personalizadas, que cuando ha habido experiencias previas al tratamiento, extensas o negativas en las cuales es necesario superar las ansiedades o temores existentes. Estos pacientes pueden manifestar fobias con respecto de procedimientos específicos como las aguas, y los niveles de ansiedad pueden estar elevados.

Por otra parte la salud física de un niño influirá también sobre su conducta. La capacidad de dominar las situaciones puede estar drásticamente reducida durante la enfermedad; pacientes perfectamente cooperativos -- pueden reaccionar de una manera totalmente extraña en tales circunstancias.

La excesiva indulgencia con los niños cuando padecen enfermedades crónicas provoca un menor grado de voluntad por parte de los padres de ser firmes para establecer líneas de conducta; no es raro encontrar el uso de obsequios o golosinas para demostrar afecto en un intento por compensar la enfermedad. El resultado suele ser una incidencia mayor de caries y una necesidad incrementada de restauraciones y posiblemente más altos niveles de ansiedad.

Algunos pacientes, en virtud de experiencias previas médicas y odontológicas, demuestran niveles reducidos de ansiedad. En tales casos, el odontólogo debe alentar el nivel existente de confianza y desarrollar aún más las pautas de conducta adecuadas.

Mostrar actitudes sarcásticas y desdenosas con el niño para que por vergüenza se porte bien en el consultorio no es conveniente. 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.

Si el procedimiento tiene que provocar dolor, aunque sea mínimo, es mejor prevenir al niño y conservar su confianza que dejarle creer que--

ha sido engañado.

Los tics nerviosos y la conducta irregular que pueden observarse en un niño o en un adulto, generalmente son resultado de la supresión de hábitos anteriores emocionalmente benignos, ya que está bien demostrado que si uno suprime por la fuerza un hábito emocionalmente necesario, el niño puede generar otro quizás más destructor de su personalidad.

Existen también factores dentro del control del odontólogo-- que pueden provocar en el niño una respuesta adecuada.

Los niños notan decididamente todos los olores y le informan de ellos a sus padres. El olor del eugenol y otras sustancias usadas en el consultorio pueden resultar particularmente desagradables.

El aliento y los olores corporales del odontólogo suscitan inevitablemente una reacción negativa.

Los niños casi invariablemente prefieren los colores cálidos y alegres que los fríos, por lo que es recomendable que el odontólogo los utilice-- aunque esto no es absolutamente necesario.

Cuando el odontólogo hable a los niños deberá ponerse a su mismo nivel en posición y conversación, en palabras e ideas. No tiene ningún valor usar palabras demasiado difíciles que el niño no puede comprender.

Hablar demasiado, confundirá al niño y le producirá desconfianza y aprehensión, como cualquier otra cosa que no comprende. Se deben utilizar palabras sencillas y cotidianas que usan los niños de la edad del paciente-- que se está atendiendo.

También debe evitarse hablar a los niños como si fueran más pequeños de lo que en realidad son. Esto es una ofensa mayor que si se les habla como si fueran mayores.

No se deben utilizar palabras de bebé con niños de cuatro o cinco años. Los niños se sienten halagados si los adultos los consideran mayores de lo que son.

Nunca se debe subestimar la inteligencia del niño. A casi todos les gusta que el odontólogo hable de algo que les resulta interesante y aleje sus mentes de los procedimientos dentales.

Las indicaciones verbales serán presentadas en forma de afirmaciones y no de preguntas.

Es imperativa la sinceridad con los niños, pero es prudente evitar la terminología que potencialmente cause temor. Siempre que sea necesario se podrán sustituir con palabras inofensivas.

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 sea responsable de su comportamiento.

## II.2 CLASIFICACION DE LA CONDUCTA INFANTIL.

El objetivo principal de un sistema de clasificación de la conducta, es desarrollar una técnica metódica para orientar la cooperación del niño.

Dentro de los sistemas de clasificación de la conducta infantil, el de Frankl, Shiere y Fogels es el que ha tenido mayor aceptación. Conocido como Escala Clasificada Conductual de Frankl, divide la conducta observada en cuatro categorías que van de la definitivamente positiva a la definitivamente negativa:

- 1.- **COOPERATIVOS:** Dentro de este grupo se encuentran la mayoría de los niños vistos en los consultorios odontológicos, niños que fueron tratados mediante un correcto enfoque de diga-muestre-haga.

Cuando los niños llegan al consultorio para su atención odontológica, sin haber tenido experiencias previas de este tipo, se pueden establecer pautas de comportamiento apropiado mediante el empleo de un refuerzo positivo. El refuerzo positivo es un término técnico, sinónimo de "recompensa".

Un refuerzo positivo, se define como cualquier evento o consecuencia que sigue a una respuesta dada por una conducta favorable.

El refuerzo positivo utilizado con más frecuencia es social, a menudo en forma de elogios. Aunque pueden utilizarse monedas o recompensas tangibles, un elogio es suficiente para la mayor parte de los niños no incapacitados.

Otra circunstancia es la del niño que tuvo una experiencia odontológica positiva y simplemente se requiere seguir ese programa de refuerzo. Esencialmente todo lo que se necesita es un enfoque humano y honesto.

Este grupo presenta dos subdivisiones:

- 1.1 **CONDUCTA COOPERATIVA TENSA:** Estos niños aceptan el tratamiento, su voz puede mostrar un temblor al hablar, puede temblar su cuerpo, muy a menudo transpiran en forma visible las palmas de sus manos o la frente, controlan sus emociones.

Los niños que muestran estas características pueden resultar difíciles de tratar. Se requiere estar constantemente alerta y demostrar una preocupación frecuente por la comodidad y reacciones del paciente. Habitualmente cooperativos, estos niños soportan su ansiedad lo mejor que pueden. Los signos manifiestos de aprehensión - como retorcerse las manos, transpirar, cogerse del sillón, también pueden ser indicio de incomodidad. Es necesario en todo momento supervisar la comodidad, para estar seguros de que no habrá una contribución negativa a los niveles de ansiedad. Los niños inicialmente capaces de superar la sesión odontológica, cuando son mal manejados pueden perder el control en las sesiones siguientes; de tal modo que se harán todos los esfuerzos necesarios para establecer una confianza en las etapas iniciales a su atención; aún entonces la tensión puede persistir aunque dentro de límites del control del niño.

- L.2 **CONDUCTA COOPERATIVA LLOROSA:** Permite que el odontólogo proceda pero lloran todo el tiempo; se quejan frecuentemente de dolor, constantemente emiten sonidos. Este tipo de reacción puede resultar muy--frustrante para todos los miembros del equipo odontológico. Más aún, puede elevar los niveles de ansiedad de todos los circunstantes. Se requiere gran disciplina para seguir acercándose a estos niños de manera racional y objetiva.

La comodidad del paciente constituirá una preocupación mayor, ya que el niño suele gemir cualquiera que sea la naturaleza del procedimiento, es difícil determinar cuales situaciones son de verdadero malestar, por lo--que hay que supervisar al niño continuamente para establecer si hay una causa justificable a sus gemidos.

- II.- **CONDUCTA DESCONTROLADA O ANSIOSA:** La ansiedad, respuesta encontrada en la mayoría de los pacientes pediátricos, es la consecuencia de--aprehensión o incertidumbre acerca de lo desconocido. Los niños experimentan diversos grados de ansiedad con las situaciones nuevas y extrañas, como resultado de sus características innatas así como por la carencia--de experiencias suficientes.

Vista habitualmente en los niños pequeños de 3-6 años, en ocasión de su primera visita odontológica, rabieta con revuelo de brazos y piernas, sugerencia de ansiedad aguda. El grado de ansiedad que experimenta un niño también puede estar relacionado con su historia odontológica previa y puede influir sobre la receptividad del niño al abordaje normal.

En los niños una rabieta suele ser una reacción que oculta lo que pasa y va siempre asociada a un estado de ansiedad o de inseguridad. Si al niño que tiene rabieta en su hogar se le recompensa, estas pueden convertirse en hábito. Cuando este niño se comporta de modo similar en el consultorio, el profesional debe decidir si la reacción es de miedo agudo o--

una rabieta.

Por supuesto, si el niño está realmente asustado, el odontólogo puede mostrarse comprensivo y trabajar lentamente. Si el niño está mostrando claramente una rabieta, el odontólogo debe mostrar su autoridad y dominio de la situación.

Si la conducta descontrolada se produce en el área de recepción, se pide al padre que haga pasar al niño al consultorio; es preferible que sea este quien cumpla con la función, para no alentar mayor hostilidad de parte del niño, mediante el recurso de apartarlo por la fuerza del familiar. Una vez en el consultorio, el padre será quien sienta al niño en el sillón dental y haga un intento inicial por restablecer la disciplina, si no tiene éxito, no queda otra alternativa, que el odontólogo se haga cargo de determinar los lineamientos del comportamiento correcto.

- III.- **CONDUCTA DESAFIANTE:** Mas prevaliente en el grupo de niños que acuden a la escuela pública, habitualmente reaccionan de la misma forma en el hogar, pueden utilizar la resistencia pasiva, se ve más a menudo en los niños mayores que se acercan a la adolescencia. El niño obstinado y desafiante es muchas veces indisciplinado, y el odontólogo puede ser la primera persona que le diga que no. El acto de desaffo también puede reflejar una ansiedad o temor subyacente. La resistencia es una manifestación de ansiedad o inseguridad, y el niño se rebela en realidad contra el ambiente.

Puede hacer despliegue de rabieta o darse en la cabeza contra las paredes o incluso provocar vómitos cuando no desea adaptarse. La regresión puede ser otra manifestación. Ese niño puede seguir mojado la cama, no intentar hablar bien o seguir con hábitos de juegos infantiles.

Cuando el niño presenta este tipo de conducta se hará un intento por establecer una comunicación. Con frecuencia parece difícil llegarle al niño, pero él está muy consciente de lo que dice el odontólogo, aunque a veces no actúe de acuerdo a esto. Es importante ser firme, confiado y establecer lineamientos claros para la conducta, así como para los objetivos del tratamiento. Si bien no es la responsabilidad del odontólogo tratar los estados psicológicos mencionados, será útil que pueda reconocerlos y comprender que la reacción del niño en el consultorio está condicionada por la experiencia previa, la educación en el hogar y el ambiente.

IV.- **CONDUCTA TIMIDA:** 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 transmitidas de los padres o de los hermanos.

El aislamiento puede ser otra manifestación de ansiedad, en cuyo caso el niño rehúsa participar en el juego y no hablará con extraños y ni aún -- con conocidos. El odontólogo tiene dificultad para comunicarse con este tipo de paciente; el niño se siente lastimado con facilidad y llora casi -- por cualquier motivo.

El niño puede esconderse detrás del padre, pero suele presentar poca resistencia a la separación, a menudo reprimen las lágrimas. Este tipo de conducta nos sugiere un posible medio hogareño sobreprotector o escaso contacto con extraños. Los niños tímidos no siempre escuchan o entienden las instrucciones.

A estos pequeños hay que acercárseles confiada y a la vez cariñosa, cálida y humanamente. Lo mejor es un abordaje suave, delineando claramente las bases para la sesión. Estos niños suelen reaccionar mejor ante las mujeres inicialmente, ya que generalmente están apegados a sus madres, por lo que la utilización de personal femenino en la orientación o recepción del paciente puede ser muy beneficiosa.

Una vez logrado un nivel inicial de comodidad el odontólogo puede entonces practicar el tratamiento con un abordaje suave con mayor éxito.

Este sistema es suficientemente descriptivo para permitir que el odontólogo clasifique las características específicas del paciente individual y se pueda trazar un plan para superar las dificultades potenciales y crear lineamientos positivos para el tratamiento.

### **CAPITULO III**

#### **LA EDAD COMO INFLUENCIA EN LA CONDUCTA.**

## LA EDAD COMO INFLUENCIA EN LA CONDUCTA.

El niño en edad pre-escolar no está seguro de su capacidad para hacer frente a los peligros potenciales, y tiende a ser algo tímido, aunque obedecen órdenes con más prontitud que los que tienen menos de tres años.

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 vuelven fáciles de manejar. Solo unos cuantos conservan fobias definidas. El niño de esta edad demanda menos y se somete mejor. Esta desarrollando una curiosidad marcada hacia el medio que lo rodea.

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

Los adolescentes, especialmente las jóvenes, empiezan a preocup

parse por su aspecto. A todas les gustaría ser lo mas atractivas posible. Este interés por los efectos estéticos puede usarlo el dentista como motivación para -- buscar atención odontológica. Están dispuestas a cooperar para satisfacer su ego.

El odontólogo que gusta con éxito a los niños por una experiencia odontológica comprende que un niño normal pasa por un crecimiento intelectual y físico definido. Comprende además que el niño está adquiriendo constantemente hábitos, dejándolos o modificándolos. Este cambio es quizás una razón para que la reacción del niño en el consultorio pueda diferir entre una visita y otra.

Todos los que trabajan con niños deben comprender que la edad psicológica del niño no siempre corresponde a su edad cronológica. Si bien la edad cronológica tiene relativamente poca importancia para el odontólogo, la psicológica y la fisiológica deben ser consideradas en el diagnóstico de los problemas de la conducta y también en el plan de tratamiento.

La conducta de los niños es una función de aprendizaje y con frecuencia es clasificada identificando los tipos de conducta que presentan la "norma" para ciertos grupos de edad. Esta clasificación brinda una base para discutir las diversas conductas; sin embargo, el odontólogo no debe ser influenciado demasiado por la edad cronológica del niño al tratar de predecir o manejar su conducta.

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

Cuando una conducta es clasificada en categorías por edad cronológica, es necesario recordar que es también "normal" encontrar algunos niños de cuatro años que se comportan como los de dos en el ambiente odontológico, y a la inversa, el odontólogo encontrará algunos niños de dos o tres años adelantados en su desarrollo psicológico y que pueden comportarse en el sillón dental a mayor nivel de edad que la "normal".

Finalmente el manejo que haga el odontólogo de la conducta-- indeseable en el consultorio, debe enfocarse en la conducta misma más que en-- la edad del niño.

### III.I CLASIFICACION DEL NIÑO DE ACUERDO A SU EDAD.

#### I.- PRE-ESCOLAR. (2-5 AÑOS)

a) 2 AÑOS DE EDAD: A los dos años, los niños difieren muchísimo de su capacidad de comunicación, sobre todo, porque existe una diferencia considerable en el desarrollo del vocabulario a esa edad. Según Gesell, a los dos años el vocabulario varía. Si el niño tiene un vocabulario limitado, la comunicación será difícil. Por esta razón, es posible terminar con éxito el tratamiento en algunos niños de dos años, mientras que en otros la cooperación será limitada.

Este niño es demasiado pequeño para llegar a él con palabras solamente, por lo que debe tocar y manejar los objetos para captar totalmente su sentido. A esta edad, el odontólogo debe permitir que el niño sostenga el espejo, huela la pasta dentífrica o sienta la taza de hule. Al hacerlo tendrá una mejor idea de lo que el odontólogo está intentando hacer.

El lapso de atención y todos los procedimientos son muy limitados a esta edad, por lo tanto deben cumplirse de la manera más eficiente po-

sible. No es raro el llanto durante el examen dental, pero esto no debe obstaculizar el establecimiento de una relación positiva. El niño reaccionará a los sonidos fuertes de una manera negativa y positivamente a los colores brillantes. El papel del padre es útil a esta edad y es aconsejable no separar al niño de éste, durante el curso de la visita.

b) 3 AÑOS DE EDAD: Con el niño de tres años el odontólogo puede habitualmente comunicarse y razonar durante la experiencia odontológica.

Tiene un gran deseo de conversar y a menudo disfrutará contando historias al odontólogo y sus asistentes.

Es época de semi-independencia en la cual existe un grado sorprendente de control de sí mismo y el niño es capaz de razonar en mayor grado; y su vocabulario mejora mucho.

El abordaje positivo conducirá al éxito pues es más frecuente en estos niños el deseo de complacer y adaptarse.

El niño de tres años recibe particularmente bien los elogios. El lapso de atención es mayor, siempre que el niño esté ocupado con algo de su interés. Hay un menor grado de temor y se puede lograr más fácilmente la separación de los padres.

c) 4 AÑOS DE EDAD: Esta puede ser una edad compleja. El niño puede estar centrado en sí mismo y persiste en el intento de hacer su propia voluntad.

Hay capacidad para responder a las indicaciones verbales, pero se han de establecer límites inteligentes que requieren firmeza repetida para establecer los lineamientos apropiados. Con frecuencia, al niño de cuatro años--

se le llama "mal criado" pues, en muchos sentidos, los padres no se adaptan aún al cambio del niño complaciente de tres años al dogmático de cuatro años. Se debe tener presente que esta edad muestra los picos de temores del niño y tiene tendencia a ser muy dramático.

De modo que el profesional debe ser particularmente cuidado so, comprenderá las emociones del niño y lo manejará con gran precaución. Un manejo errado a esta edad puede tener efectos devastadores a largo plazo sobre las actitudes odontológicas.

d) 5 AÑOS DE EDAD: Es un grupo conocido a veces como el de los "super 3 años". Los temores han disminuido usualmente y poseen la capacidad para evaluar la situación atemorizante.

Hay un orgullo promisorio por sus logros y posesiones, respon den muy bien a los elogios; por lo que los comentarios sobre sus vestidos y aspecto personal, pueden ser empleados eficazmente para establecer comunicación con un paciente nuevo.

Estos niños se comunican bien, comprenden la mayoría de las instrucciones y se adaptan en cuanto a pautas de conducta, por lo que en muchos sentidos, está en una edad ideal.

## II.- ESCOLAR (6-12 AÑOS)

a) 6 AÑOS DE EDAD: Esta es una edad crítica en la vida del niño, cuando habitualmente comienza la escuela con dedicación total en primer grado. El resultado, es un apartamiento de la dependencia de la familia. Sue le haber un marcado incremento en las respuestas temerosas. Muchos niños tienen miedo a los perros, a los elementos naturales o aún a otros seres humanos. Algunos niños de esta edad temen los daños a su cuerpo; por eso, un ligero ras-

guño o la vista de sangre pueden producir una respuesta desproporcionada a la -- causa, y en el pico de las tensiones, puede haber desahogos de violentas rabietas o golpes a los padres, médicos u odontólogos. Los niños de esta edad pueden --- mostrarse muy ansiosos a menudo, sin embargo el niño de seis años responde favorablemente al enfoque del "diga, muestre, haga".

b) (7-12 AÑOS DE EDAD) : Esta edad es esencialmente parte de una etapa "intermedio", los niños prefieren la compañía de otros de edad- y sexo similares. Están muy involucrados en su aprendizaje y en el desarrollo del mundo y de la realidad mediante el juego. Existe la necesidad de identificación- con otros adultos que no sean los padres.

Se pueden plantear cuestiones de importancia considerable ca sualmente y se hará todo lo posible en esta etapa para disimular la inseguridad y la incertidumbre. La consideración más importante es tratar a cada niño de acuerdo a su conducta.

### III.- ADOLESCENTE (13-16 AÑOS)

Es un período de gran prueba para padres e hijos. El adoles- cente experimenta a la vez una revolución fisiológica y social, las personalidades- varian ampliamente con ánimos diversos.

Existe una tremenda hipersensibilidad y hay una preocupación particular por la aceptación de los pares. Los adolescentes suelen estar hambrientos en respuesta a las exigencias de sus rápidos ritmos de crecimiento. Como re- sultado de las frecuentes ingestiones fuera de hora, puede haber un período de-- caries dental acelerado, pero cómo la atención odontológica puede ser una molestia para el adolescente, el odontólogo y su personal pueden ser mirados en forma negativa. Son esenciales la tolerancia y la comprensión durante la formulación de una orientación individual con respecto de los programas de cuidados hogareños.

El niño que experimentó problemas durante los primeros años de su evolución puede demostrarlos a esta altura. Los adolescentes varían su conducta de una visita a otra; este período evolutivo, aunque frustrante, podrá ser muy gratificante si se establecen relaciones personales con los jovencitos.

En resumen, cada nivel de edad se caracteriza por similitudes generales. Se debe recordar que los niños se desarrollan con distintas velocidades tanto física como emocionalmente, y las expectativas deben ser acordes a cada niño.

Más aún, si hubiera problemas mayores en cualquier etapa del desarrollo podrían reflejarse en etapas sucesivas del proceso de maduración del niño. Por lo tanto, el dentista deberá acoplarse a las distintas pautas de conducta a una edad determinada.

## **CAPITULO IV**

### **INFLUENCIA DE LOS PROGENITORES EN LA CONDUCTA INFANTIL**

## INFLUENCIA DE LOS PROGENITORES.

Existen factores que afectan las actitudes de los padres hacia los hijos, y de los cuales podemos mencionar los siguientes:

**EDAD:** Las respuestas de los padres pueden verse influenciadas por su estado de madurez. Un padre preocupado puede engendrar un hijo inseguro con lo cual reduce la posibilidad de lograr la atención odontológica. Por el contrario, los padres jóvenes que hayan creado un ambiente estable para su hijo pueden mostrarse muy receptivos al ideal en odontología. Los que tienen hijos en etapas más avanzadas de la vida en general caen dentro de tres categorías:

Primero, están quienes tienen otros niños, mucha experiencia y gran adaptación. Con frecuencia, tienen buena educación odontológica y están muy interesados en seguir los pasos correctos.

Después, están los padres que tienen varios hijos y éste es el último. Ahora pueden estar en mejor posición para proveer más para el hijo pequeño y están dispuestos a aceptar lo mejor.

Finalmente, están los padres que esperaron mucho para iniciar una familia. Con frecuencia se trata de un hijo único y los padres suelen ser sobreprotectores y permisivos. Esto puede influir sobre sus respuestas a la atención propuesta. A menudo estos niños tienen dificultades para enfrentar la situación odontológica con independencia.

**SALUD:** Los problemas médicos pueden influir sobre la capacidad de atención de los padres a las necesidades dentales de los hijos. La hospitalización puede convertirse en un factor que invariablemente altere a toda la familia. Otros miembros de la familia deben sostenerla durante los tiempos difíciles. Arreglar los horarios de sesiones requiere una planificación mayor y con frecuencia deben ser programados según las horas de trabajo del otro padre.

Las respuestas de un niño pueden estar alteradas si hay tensión en el hogar. La ausencia temporal de un progenitor puede engendrar inseguridad. Es difícil establecer un buen programa de cuidados bucales en el hogar y las expectativas del odontólogo deben ser modificadas hasta que se resuelva la crisis.

**ESTABILIDAD EMOCIONAL:** La salud mental, igual que la física, debe estar bien, si no, ha de afectar las actitudes paternas y de los hijos. La inestabilidad suele ser el resultado de una incapacidad para superar las tensiones de la vida normal.

Tal padre, enfrentado con un diagnóstico dental que incluya múltiples problemas bucales puede dar respuestas que oscilen del llanto a la hostilidad hacia el personal odontológico y sus recomendaciones.

Otros simplemente pueden elegir ignorar los problemas.

**EDUCACION:** En general, se supone que cuanto más educada

la persona, mayor conciencia odontológica, y mayor exigencia de una buena salud bucal. En cambio, puede haber un mayor grado de resistencia en la recomendaciones, pues el orgullo personal puede impedir que estas personas admitan su falta de conciencia odontológica.

La persona menos educada será más receptiva al consejo profesional por un respeto básico a la educación. Aunque la mayoría de los padres confían en el profesional, puede darse una desconfianza en quienes no hayan disfrutado los beneficios de una educación superior. En tales casos, es esencial establecer una base para la confianza antes de proseguir con las pautas normales de la atención odontológica.

**ESTADO CIVIL:** Puede tener efectos de largo alcance. Para los padres solteros la gama de responsabilidades suele ser amplia, ya que suelen estar empleados con horario completo y están separados de sus hijos durante un período significativo del día, lo que crea dificultades de supervisión de la conducta y pautas alimentarias. Como buena parte del tiempo de los padres solteros en el hogar involucra tareas domésticas, estos tienen dificultades para programar las sesiones odontológicas y suelen presentarse agotados y distraídos en los períodos de tiempo libre.

También las finanzas constituirán una influencia sobre la respuesta a la atención odontológica sugerida. Los hijos de tales padres pueden mostrarse indisciplinados o inseguros, a causa del reducido grado de contacto con éstos.

**FACTORES CULTURALES Y ETNICOS:** Probablemente constituyen las causas que más influyen sobre los padres. El lenguaje puede crear problemas de comunicación que comprometan el tratamiento recomendado. Así mismo, la falta de familiaridad con las normas sociales puede crear alguna dificultad entre el odontólogo y los padres. Ambas partes pueden desconocer lo que se

acepta como atención odontológica en el medio cultural del otro.

Las pautas dietéticas pueden diferir notablemente entre los grupos étnicos y las recomendaciones de higiene bucal deben ser adaptadas a las circunstancias individuales.

En algunos grupos étnicos, a los niños se les trata benignamente en los primeros años. A menudo se les concede demasiado en el aspecto dietético. Esto puede dar por resultado más caries dentales y puede ser difícil corregir el problema, ya que se requiere modificar las pautas aceptadas de atención odontológica en ese grupo cultural.

El niño que toma el biberón durante un período muy prolongado suele producir caries precoces. Pero esta pauta social aceptable para esa familia puede ser difícil de modificar.

En resumen, muchos factores pueden crear un clima de desconfianza y, a menudo contradicen las normas sociales aceptadas. Hay grupos culturales que no conceden importancia a la atención dental del niño y prefieren visitar al odontólogo sólo por emergencias, lo cual torna bastante difícil proveerles atención integral.

**FACTORES SOCIOECONOMICOS:** En muchos sentidos, se compara con la situación educacional, con personas de grupos socioeconómicos elevados que buscan atención odontológica de alta calidad. Sin embargo, la experiencia demuestra que personas en posición financiera menos estable con frecuencia sacrificarán otras cosas para proporcionar a sus hijos la mejor atención médica y odontológica. Por lo tanto, los programas de atención odontológica deben ser adaptados para permitir la participación de todos los interesados en la salud dental de sus hijos.

**HISTORIA MEDICA Y ODONTOLOGICA PASADA:** La manera

en que esto afecta las actitudes varía con las experiencias de los padres. Los que tienen una historia médica u odontológica traumática pueden mostrar ansiedad y aprehensión. Pueden sentirse incómodos en el consultorio odontológico y no responder adecuadamente.

Otros no quieren que sus hijos experimenten las mismas ansiedades que ellos vivieron y son más receptivos a las recomendaciones que conducen a una buena salud bucal y a un niño relajado. También están los que piensan que sobrevivieron muy bien con extensas restauraciones dentales, enfermedad parodontal o prótesis y no se preocupan mucho por el futuro dentario de sus hijos.

Una experiencia paterna negativa con un odontólogo anterior, puede crear un clima de sospecha en la visita inicial. De tal modo, que es prudente establecer una mútua confianza si se pretende brindar odontología óptima.

A la inversa, el padre que tuvo experiencias pasadas positivas probablemente será más receptivo a las normas establecidas de la atención odontológica.

Existen actitudes extremas que ciertos padres toman con sus hijos. Entre los extremos de comportamiento de los padres podemos mencionar los siguientes:

**PROTECCION EXCESIVA:** Todo niño necesita amor y afecto. Sin embargo, a causa de ciertos factores emocionales, relacionados con experiencias o dificultades presentes, el impulso protector de los padres puede volverse excesivo e interferir en la educación normal del niño. Generalmente, el niño que está excesivamente protegido, no puede utilizar iniciativa propia o tomar decisiones por sí mismo.

Los padres prestan ayuda al niño en cada tarea, incluso la--

más mínima que trate de hacer. La madre ayuda al niño a vestirse a alimentarse, y toma parte activa en sus actividades sociales.

Juegos y trabajo se ven restringidos por miedo al daño físico, enfermedades o adquisición de costumbres indeseables de sus compañeros de juegos. Este exceso de protección maternal puede manifestarse por dominio extremo o indulgencia excesiva.

Los padres dominantes presentan niños muy tímidos, delicados, 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; por lo que 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 los rodea. A estos niños no se les pide que se enfrenten a las realidades morales, de manera que demandan gran atención, afecto y servicio; como se les hace creer que son superiores a los demás, se vuelven desconsiderados y egoístas. Son niños muy mimados, y aunque no incorregibles, son difíciles de manejar en el consultorio dental. En un gran porcentaje de los casos debe usarse algo de disciplina como medio para obtener su cooperación.

No es raro que los padres demasiado indulgentes insistan en que se les permita acompañar al niño a la sala de operaciones, y ya dentro de ésta cualquier intento disciplinario del dentista será interpretado como brutalidad.

El comportamiento de un niño educado en una casa en donde

viven los abuelos es generalmente el de un niño mimado. Esto se verifica especialmente si el padre o la madre están ausentes todo el día.

**RECHAZO:** Existen varios grados 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, por lo que desarrollan resentimientos, se vuelven poco cooperadores y retraídos.

Los niños no deseados o rechazados no sólo sufren falta de amor y afecto, sino que pueden ser tratados con desprecio y a veces con crueldad; por lo tanto no es extraño que estos niños desarrollen carencia de estimación propia y sentimientos de incapacidad que los lleven a ansiedades profundas. Puesto que el niño no tiene seguridad en su casa, se vuelve agresivo, vengativo, desobediente, nervioso y demasiado activo.

En el consultorio odontológico, este niño puede ser difícil de manejar y habrá de tratarse cualquier desobediencia manifestada por él, no con rechazo, sino esforzándose en ser amigable y comprensivo.

**ANSIEDAD EXCESIVA:** Esta actitud se caracteriza por preocupación excesiva, por parte de los padres.

No se le permite al niño que juegue o trabaje solo. Se exageran mucho las enfermedades de poca importancia y frecuentemente se le hace guardar cama sin necesidad.

Estos niños son generalmente huraños y temerosos. Se preocupan cada vez más por su salud, y les falta capacidad para tomar decisiones por sí mismos. 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 te-

mores. Pero si se alienta y asegura al niño, éste generalmente reaccionará de manera satisfactoria.

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

No aceptan al niño como es, sino que lo fuerzan a competir con otros niños mayores o más avanzados; son por lo general extremadamente críticos, estrictos y a veces incluso los rechazan.

Estas molestias y críticas constantes desarrollan en el niño resentimientos y evasión, sumisión e inquietud. Puede ser común el negativismo; 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 llegarán a ser buenos pacientes odontológicos.

**IDENTIDAD:** En ciertos casos, los padres tratan de revivir sus propias vidas en los hijos, quieren dar al niño todas las ventajas que les fueron negadas. Si el niño no reacciona favorablemente, los padres muestran abiertamente su decepción; y un niño observador siente esta desaprobación paterna y tiene sentimientos de culpa que se reflejan en timidez, inseguridad y retraimiento.

Llora con facilidad y trata de hacer poco por miedo al fracaso. Estos pacientes reaccionan en el consultorio dental de la misma manera que los niños de padres dominantes, y deberán ser manejados análogamente.

## **CAPITULO V**

### **LOS HABITOS BUCALES COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA**

### LOS HABITOS BUCALES COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA

Los hábitos bucales se consideran producto de la conducta,-- por lo cual se sabe que su causa es de tipo psicológico y, dependiendo de dichas causas será la cualidad y afecto de dicho hábito.

Los niños pueden adquirir una serie de hábitos que pueden-- ser temporales, o permanentemente perjudiciales para sus dientes, tejidos blandos y de sostén; entre estos hábitos pueden mencionarse la costumbre de succionar el pulgar y otros dedos, de interponer la lengua entre las arcadas o bien el frenillo labial entre los centrales; morderse los carrillos, el labio, las uñas (onicofagia) y la respiración bucal.

Muchos hábitos son el resultado directo de la imitación de - actos de otras personas y compañeros. En este sentido, los miembros de la familia deben tomar en cuenta este factor y esforzarse por ocultar tales rasgos. Si no se evitan, los hábitos perniciosos pueden producir una mala oclusión o deformidad facial.

Muchas veces los padres suelen emprender por sí mismos la tarea de romper el hábito, valiéndose de la fuerza o los castigos, métodos que--

sólo hacen que el hábito se afirme. El niño lo realiza entonces con mayor frecuencia, pero en vez de hacerlo ostensiblemente, se esconde en algún rincón. Ello engendra sentimientos de culpa que se agregan a su problemático desarrollo emocional.

#### TIPOS DE HABITOS.

- L- **HABITOS BUCALES COMPULSIVOS:** Un hábito bucal se considera compulsivo cuando adquiere una fijación en el niño, al grado de que éste acude a la práctica de ese hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada. Tienen a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregir ese hábito; debe aclararse que estos hábitos compulsivos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada.

El hábito se convierte en escudo contra la sociedad que rodea al niño, es su válvula de seguridad cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de soportar. Aunque la etiología específica de los hábitos bucales compulsivos es difícil de precisar, algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación pueden ocurrir con demasiada rapidez o bien el niño recibió poco alimento en cada oportunidad; también puede originarse en una excesiva tensión en el momento de la alimentación sin olvidar los problemas que se originan con el sistema de alimentación por medio del biberón (lo anterior, en el caso de succión del pulgar).

Aunque estos problemas de personalidad entran en el campo de trabajo de quienes tratan los aspectos psicológicos de la salud, los padres piden la intervención del odontólogo en casos en los que se encuentra que un hábito bucal anormal está causando distorsiones en el hueso alveolar y en la posición de la pieza dentaria. Algunos ortodoncistas afirman que antes de practicar cualquier intervención es necesario examinar cuidadosamente la duración, frecuencia, desarrollo osteogénico, herencia genética y estado general

Puede afirmarse que la eliminación de un hábito como succionar el pulgar, puede hacerlo conscientemente el niño mismo, guiado por el odontólogo y sus padres; ello, siempre y cuando esté psicológicamente preparado para eliminar el hábito.

Los niños a menudo cambian hábitos bucales primarios como succionar el pulgar u otros dedos, por hábitos secundarios como hurgarse la nariz o tirarse del pelo; frecuentemente se puede eliminar el hábito bucal primario haciendo imposible la gestación del hábito secundario.

## PROYECCION LINGUAL

La interposición de la lengua ha sido observada en niños con "mordida abierta" e incisivos superiores en protrusión; sin embargo, no se ha establecido en forma concluyente si la interposición produce la "mordida abierta" o si esta permite al niño interponer su lengua en el espacio entre los incisivos superiores e inferiores.

Al diagnosticar una "mordida abierta" anterior, el dentista - aprecia el hábito de succión del pulgar y deja pasar inadvertida una interposición lingual o una lengua hipertrófica; esto último puede tener la misma importancia en la formación de una "mordida abierta" o una protrusión de los dientes anteriores.

Debe adiestrarse al niño para que coloque su lengua en la - posición correcta durante el acto de deglución hasta que alcanza una edad suficiente para cooperar; también se puede recurrir a la técnica de ejercicios miofuncionales, como los empleados para limitar los efectos de succión del pulgar, - llevando los incisivos a una alineación adecuada.

A un niño con más edad preocupado por su aspecto se le enseña a colocar la punta de la lengua en la papila incisiva y a tragar con la lengua en esta posición.



PROYECCION LINGUAL

## SUCCION DEL PULGAR

El reflejo de succión se ha observado incluso antes de nacer. Esta temprana organización nerviosa del niño le permite alimentarse de su madre y agarrarse a ella, como lo demuestran los reflejos de succión y de asimiento.

El pulgar mantenido en la boca se vuelve el sustituto de la madre, ahora no disponible con su alimento tibio. Satisface la necesidad de tener algo en su boca, así como la necesidad de agarrarse a algo, y algunos consideran esto como uno de los primeros síntomas de desarrollo de independencia o separación de la madre.

Cumley cree que la succión prolongada del pulgar después de los cuatro años suele ser un síntoma de que el niño sufre carencia emocional y usa el pulgar como consuelo y compensación. En alguna instancia puede usar el hábito como un medio de venganza contra los padres.

La succión del pulgar es con frecuencia la única manifestación de la inseguridad del niño o de su mala adaptación. El niño que puede tener miedo a la obscuridad, a la separación de los padres o a los animales o insectos.

La succión del dedo es una función normal hasta cierta edad y no debe ser una preocupación para los padres, siempre y cuando la razón indique ese hábito no es necesario o recompensante. No se ha establecido a que edad debe cesar el hábito y a cual ya se puede considerar como pernicioso para el bienestar del niño. El niño de buen ajuste emocional irá eliminando en forma gradual el hábito hasta disminuir la necesidad de prolongarlo.

Durante el desarrollo de la oclusión normal, tienden a ser--

transitorios los cambios de la dentición causados por la succión del pulgar antes de los cuatro años; sin embargo, a partir de esta edad ya tiene importancia la influencia del hábito sobre la posición de los dientes anteriores, la configuración del arco dentario y la forma del paladar y hueso alveolar. El hábito acentuará — la relación del esqueleto deformado en patrones de la clase II. El hecho de que un niño haya desarrollado una maloclusión de segunda clase, y casualmente también succione su pulgar, no justifica que esto último por sí solo produzca la cita da maloclusión, deben considerarse cuidadosamente los factores hereditarios.

Algunos de los métodos utilizados con éxito por los odontólogos, y que no consisten en la aplicación de instrumentos en la boca del niño son: recubrir el pulgar o un dedo del niño con sustancias comercialmente disponibles a este efecto, de sabor desagradable como el stopzit, rodear con tela adhesiva el dedo afectado, o adherir un guante a la muñeca de la mano afectada; todos estos métodos tienen algo en común, se basan en la aceptación del niño para romper el hábito.

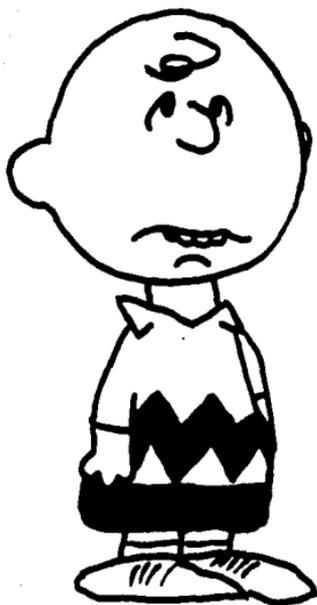


SUCCION DEL PULGAR

## QUEILOFAGIA

La succión o mordida del labio, puede llevar a los mismos desplazamientos que la succión digital. El hábito generalmente se presenta en la edad escolar, cuando es posible apelar al buen juicio y la cooperación del niño.

El odontólogo puede sugerir un plan de tratamiento a base de ejercicios labiales, tales como la extensión del labio superior sobre los incisivos superiores y aplicar con fuerza el labio inferior sobre el superior. Otro tipo de ejercicios consiste en tocar instrumentos musicales de viento, los cuales ayudan a ejercitar y enderezar los músculos labiales y a ejercer presión en la dirección acertada sobre los dientes anteriores superiores.



QUEILOFAGIA

## PROYECCION DEL FRENILLO LABIAL

Un hábito observado raras veces es el del empuje del frenillo. Si los incisivos centrales superiores están espaciados a cierta distancia, el niño puede trabar su frenillo labial entre estos dientes y dejarlo en esa posición varias horas.

Este hábito puede iniciarse como parte de un juego ocioso, pero puede convertirse en hábito que desplace las piezas dentales, ya que las mantiene separadas; este efecto es similar al producido en ciertos casos por un frenillo anormal.

## BRUXISMO

Otro hábito observado en niños es el bruxismo o frotamiento de los dientes entre sí. Este hábito generalmente es nocturno y se registra durante el sueño, aunque puede observarse también durante el día; el frotamiento puede ser tan fuerte como para escuchar los sonidos de las rozaduras a distancia. De esta manera, el niño puede producir atricción considerable de los dientes, e incluso quejarse de molestias matutinas en las articulaciones temporomandibulares.

La causa del bruxismo es desconocida, tal vez tenga una base emocional ya que ocurre en niños muy nerviosos e irritables que presentan otros hábitos.

- II.- **HABITOS BUCALES NO COMPULSIVOS:** Los hábitos bucales que no tienen un origen compulsivo-emocional, no suelen ser perjudiciales para el individuo; indica una liberación o escape para la tensión que de otro modo se acumularía hasta producir manifestaciones de ansiedad. En este tipo de hábitos puede recaer cualquier individuo, tanto adultos como niños.

Un hombre con buen ajuste emocional trata de resolver un problema por difícil que este sea, tando rascándose la cabeza como pensando en él; el estudiante puede escuchar a un conferencista aburrido mientras borronéa en una hoja de su cuaderno; o bien el mismo conferencista puede distraer su atención con una llave, o quitándose y poniéndose los anteojos sin razón aparente.

Todos estos hábitos inofensivos, son liberadores normales de tensión, necesarios como amortiguadores para el individuo que ha de alcanzar la madurez emocional. Los padres no deben prestarles demasiada importancia. Existen otros que pueden resultar muy perturbadores y fuentes de ansiedad para los padres que contemplan su persistencia en el niño; por ejemplo, el hábito de succionarse el pulgar, los padres pueden sentirse desconcertados cuando su hijo en edad escolar se chupa el pulgar o algún otro dedo con toda avidez, mientras los demás niños no lo hacen.

En este caso los padres están más preocupados por sus sentimientos que por el bienestar del niño. El tratamiento paterno de estos problemas parece seguir una norma definida. Primero el padre trata de eliminar el hábito avergonzando al niño. Si esto falla, pueden intentar el castigo, sólo para descubrir que tampoco da resultado alguno. Finalmente la succión del pulgar y la defectuosa oclusión que involucra tejidos blandos, motiva el que se acuda al odontólogo en busca de consejos y orientación.

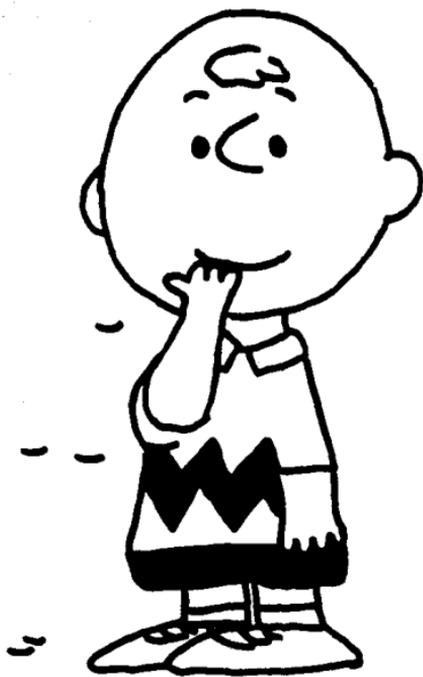
## ONICOFAGIA

Un hábito normal desarrollado después de la edad de la suc  
ción, es el morderse las uñas. Frecuentemente el niño pasa de la etapa de suc  
ción del pulgar al hábito de morderse las uñas; este no es un hábito pernicioso-  
y no produce maloclusiones, puesto que las fuerzas y tensiones aplicadas al mor  
derse las uñas son similares a las del proceso de masticación.

Sin embargo, este tipo de hábito puede ser nocivo para la sa  
lud del niño, ya que estos en su gran mayoría tienen las uñas sucias y demasia-  
do largas; este hábito ocasiona también una marcada atrición de los dientes an  
teriores inferiores. Morderse las uñas alivia normalmente la tensión, aunque no -  
sea aceptado socialmente.

## APERTURA DE PASADORES PARA EL CABELLO

Otro hábito nocivo, que es común entre las mujeres adoles-  
centes, es abrir pasadores para el cabello con los incisivos centrales. En jóvenes-  
que practican este hábito, se observan incisivos acerrados y piezas parcialmente -  
privadas de esmalte labial. A esta edad, generalmente, sólo se precisa llamar la-  
atención sobre los efectos nocivos de éste.



ONICOFAGIA



APERTURA DE PASADORES  
PARA EL CABELLO .

## RESPIRACION BUCAL

Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en---  
tres categorías:

- a) Por obstrucción.
- b) Por hábito.
- c) Por anatomía.

a) Los que respiran por la boca por obstrucción son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal del aire a través del conducto nasal; provocado por los siguientes factores.

- 1.- Hipertrofia de los turbinatos, causada por alergia; infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubren los conductos nasales; rinitis atrófica, condiciones climáticas frías y cálidas o aire contaminado.
- 2.- Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal.
- 3.- Adenoides agrandados

Como existe dificultad para inhalar aire a través de los conductos nasales, el niño, por necesidad, se ve forzado a respirar continuamente -- por la boca.

b) Por hábito, cuando el niño respira por la boca aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obligaba a hacerlo. Esto puede ser especialmente evidente cuando el niño duerme o está en posición reclinada. Si esta situación persiste, el-

odontólogo puede intervenir, construyendo un protector bucal (escudo bucal) que bloquee el paso del aire por la boca y obligue a inhalar y exhalar el aire a través de los orificios nasales, no sin antes asegurarse de que el conducto nasofaríngeo está lo suficientemente abierto.

c) El respirador bucal por razones anatómicas, es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrarla por completo, a menos que realice enormes esfuerzos.

Se debe distinguir a cual de estas categorías corresponde el niño.

## **CAPITULO VI**

### **RELACION NIÑO-PADRES-DENTISTA.**

## RELACION NIÑO-PADRES-DENTISTA

La relaciones entre padres e hijos se encuentran entre las principales relaciones interpersonales, por ser las más íntimas, y por lo tanto, las más potentes para determinar el comportamiento emocional del niño. Cuando se consideran el número y la variedad de factores emocionales que se manifiestan en actitudes de los padres, tales como afecto, indiferencia, hostilidad, rivalidad, dependencia, dominación, sumisión, es impresionante la gran variedad de factores que pueden modificar la personalidad individual del niño. Si las actitudes de los padres son defectuosas, el comportamiento del niño puede alterarse, hasta el punto de convertirlo en paciente dental insatisfactorio. Por otro lado, si los padres muestran actitudes saludables hacia sus hijos, los niños serán bien educados, se comportarán bien y por lo general, serán buenos pacientes.

Las actitudes de los padres por lo tanto, pueden determinar que un niño sea amigable u hostil, cooperador o rebelde. En la mayoría de los casos la conducta en el consultorio odontológico es excelente indicador de las actitudes que tienen sus padres hacia él.

El niño en crecimiento y desarrollo aprende a través de ejem

plos, y si los padres no le proporcionan estos modelos necesarios, puede adquirir otros menos convenientes por otro lado. Pero si los padres son emocionalmente maduros y viven una vida coordinada y feliz, el niño llegará a ser emocionalmente maduro.

Todo niño tiene necesidades fundamentales de amor, protección, aceptación, estimación propia, independencia, autoridad, limitaciones, consuelo y apoyo. Estas necesidades deberán satisfacerse para que cada niño llegue a la madurez como individuo.

La disciplina, por otro lado, indica al niño hasta donde puede llegar; impone límites a los confines de su libertad, pero dentro de estos será completamente libre. El niño indisciplinado no tiene esa libertad de acción porque no sabe en que punto sus actos pueden crearle problemas.

Cuando no existen restricciones al comportamiento de los niños, a menudo se producen sentimientos de culpabilidad, se vuelven hoscos, temerosos y ansiosos. El primer contacto del niño con la autoridad son los padres y la manera en que es manejado determinará su comportamiento en general hacia la autoridad.

Cuando los padres satisfacen exageradamente las necesidades emocionales, el niño tiende a crecer con conflictos de esta índole, y creará problemas a sus padres así como a las personas con quienes entra en contacto. Si el niño llega al consultorio dental con padres aturcidos y desaliñados, que se quejan de que su hijo no quiere cooperar a pesar de que han sido padres ideales, se puede ver que gran parte de la dificultad se debe a la atmósfera emocional que existe en su casa.

Para que un niño crezca y se comporte de una manera normal, el medio que lo rodea deberá estar dentro de los límites de la normalidad.

En cualquier situación, el modelo de comportamiento de un niño está regido por su herencia física y mental, y a medida que se desarrolla, por el acondicionamiento que recibe al entrar en contacto con el medio. El comportamiento consecuencia del medio puede alterarse; se puede controlar y desarrollar de manera que el niño crezca y llegue a tener una personalidad bien encajada, adecuada para la sociedad en que se encuentra. Uno de los ajustes que tienen que hacer todos los niños es desarrollar un modelo de comportamiento que sea aceptable socialmente y que satisfaga sus necesidades emocionales y físicas. Los cuidados dentales pueden ser una de sus necesidades físicas. El que los niños acepten el tratamiento dental de buen grado o lo rechacen totalmente, dependerá de la manera en que han sido condicionados.

El condicionamiento emocional de los niños hacia la odontología, al igual que hacia las otras experiencias que forman la niñez, se forma primordialmente en casa y bajo guía paterna.

Si el dentista va a realizar trabajos dentales satisfactorios en sus pacientes infantiles, debe contar con su total cooperación. Tan solo podrá obtener esta cooperación si comprende el tipo emocional de los niños y de sus padres. Si no comprende esto, le resultará difícil manejar niños. El dentista tiene que reconocer que está vinculado emocionalmente a sus pacientes, y para manejarlos con éxito debe estar consciente de los factores psicológicos y sociológicos que han formado sus modelos de comportamiento hacia la odontología.

Esta claro que condicionar a los niños hacia el dentista y ser vicios dentales es responsabilidad de los padres. Deberán aceptar esta obligación como un deber paternal. Si los niños llegan al consultorio por primera vez con exceso de miedo y espíritu no cooperativo, se puede suponer que la falla está en el condicionamiento paternal. Aunque es responsabilidad de los padres inculcar en sus hijos actitudes convenientes hacia la odontología, el dentista puede ayudar asegurándose de que los padres estén totalmente informados y educados sobre los

fundamentos mas necesarios de psicología infantil.

El dentista deberá aceptar esta obligación como parte sistemática de su práctica. Si se quiere tener buenos pacientes infantiles, primero se tiene que educar a los padres. El dentista que no lo haga, no está usando todos los medios disponibles para el manejo del niño.

Antes de que el dentista esté en posición de aconsejar a los padres sobre la preparación psicológica adecuada de sus hijos, debe comprender— la naturaleza del miedo y estar consciente de como las actitudes de los padres— pueden modificar tipos de comportamiento. Debe estar enterado de la formación de personalidad y como se desarrollan ansiedades. Debe tener también diplomacia y tacto para transmitir esta información a los padres de manera profesional y adecuada. Si el dentista puede aconsejarles clara e inteligentemente, en la mayoría de los casos será aceptado de buena gana y a veces incluso con avidez. Si el dentista va a ser un miembro respetado de la profesión ocupada de la salud, es necesario que sea competente para discutir problemas relacionados con su campo.

Los padres siempre quieren dar a sus hijos todas las ventajas que ofrece la vida, aún cuando ellos no las hayan tenido en la niñez e influirán— en éstos para que miren al dentista favorablemente en vez de con miedo irracional.

La responsabilidad de los padres en la preparación psicológica del niño para tratamientos dentales reside principalmente en el problema emocional del miedo; el cual representa para el dentista el principal problema de manejo, y es una de las razones por las que la gente descuida el tratamiento dental.

Contrariamente a lo que en general se cree el miedo dirigi-

do y controlado adecuadamente puede ser muy valioso. Puesto que los estímulos que lo producen pueden realmente dañar al niño, el miedo es un mecanismo protector de preservación. La naturaleza misma de esta emoción puede utilizarse para mantener al niño alejado de situaciones peligrosas ya sea de tipo social o físico. Si no se le enseña al niño temor al fuego por ejemplo, las probabilidades que tiene de quemarse son mucho mayores. Por lo tanto, 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. De esta manera, servirá de mecanismo protector contra peligros reales y evitará comportamientos antisociales.

Debe enseñársele al niño que el consultorio dental no tiene— porque inspirar miedo. Los padres jamás deberán tomar la odontología como amenaza. Llevar al niño al dentista no deberá implicar nunca castigo, ya que emplearlo así crea indudablemente el miedo al odontólogo. Por otro lado, si el niño aprecia al dentista, el miedo a perder su aprobación puede motivarlo para aceptar la disciplina del consultorio.

Es muy raro encontrar una madre que lleve a su hijo al consultorio dental sin aprehensiones ni desconfianza sobre cual 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 miedo. Para los padres, será de gran consuelo saber que no serán necesarias medidas extremadas de disciplina y que el niño participará gustoso en la nueva experiencia. La madre se tornará más entusiasta sobre el bienestar dental del niño, y tenderá cada 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.

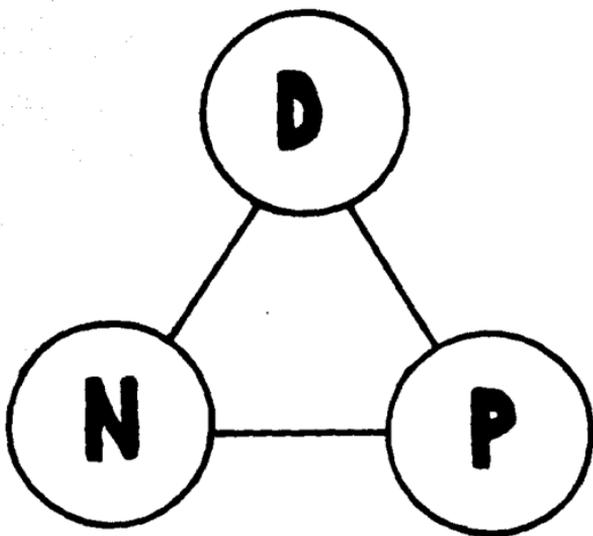
Si se informa a los padres de ciertas reglas sencillas a seguir antes de traer al niño al dentista por primera vez, será de gran ayuda para

ellos y para su hijo. La guía a los padres sobre el tratamiento deberá empezar de preferencia antes de que el niño tenga la edad suficiente para ser impresionado adversamente por influencias externas.

#### RECOMENDACIONES:

- 1.- Los padres no deben expresar sus miedos personales frente al niño. La causa primaria del miedo en los niños es oír a sus padres quejarse de sus experiencias personales con el dentista.
- 2.- No deberán utilizar la odontología como amenaza de castigo.
- 3.- Pueden familiarizar a su hijo con la odontología, llevándolo con el dentista para que se acostumbre al consultorio y empiece a conocerlo.
- 4.- Los padres que muestran valor en asuntos odontológicos ayudarán a dar valor a sus hijos.
- 5.- Desde el punto de vista psicológico, el peor momento para traer a un niño al consultorio es cuando sufre un dolor dental, por lo que se deben realizar servicios odontológicos regulares no tan sólo para preservar la dentadura sino para formar buenos pacientes dentales.
- 6.- El padre no debe decir al niño lo que va a hacer o no el odontólogo. El dentista no debe ser colocado en una situación comprometida. Tampoco deberán prometer los padres al niño que el odontólogo no les va a hacer daño, ya que las mentiras sólo llevan a decepción y desconfianza.
- 7.- 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.**



RELACION NIÑO-PADRES-DENTISTA  
Y SUS POSIBLES CONJUGACIONES

## **CAPITULO VII**

**TECNICAS MAS UTILIZADAS EN EL MANEJO DEL NIÑO  
DE ACUERDO A SU CONDUCTA.**

## DECIR-MOSTRAR-HACER - (DMH)

Los puntos esenciales de esta técnica son decir (D) al niño algo sobre el tratamiento por efectuar, mostrarle (M) por lo menos en parte como se llevará a cabo, y entonces hacerlo (H). Se usa la técnica de manera sistemática en la introducción del niño a la profilaxia, que siempre se elige como el primer procedimiento operatorio. En consecuencia, se dice al paciente que se le cepillarán los dientes; se le muestra el cepillo "especial" y como gira en la pieza de mano, y después se le limpian los dientes. Es necesario agregar "elogio" a la secuencia DMH, porque es preciso reforzar de inmediato el buen comportamiento durante cualquier tratamiento subsecuente.

Se lleva a cabo con facilidad la transición del cepillo a la fresa, que puede presentarse como "un limpiador especial" que asea "las pequeñas esquinas que el cepillo no puede alcanzar".

En cuanto a la administración de la anestesia local. La mayoría de los odontólogos considera que no se debe mostrar la aguja, pues causa aprehensión a todos los niños. Por tanto, se le dice al paciente que se "pondrá a dormir" su diente, se enseña el anestésico tópico en una gasa, y la inyección se

realiza sin mayor demostración.

Para cualquier tratamiento empleado, es importante garantizar una continuidad uniforme a lo largo de las etapas DMH. Las explicaciones no deben prolongarse ni dilatarse, pues tenderían a confundir al niño y tal vez harían surgir ansiedad; deben hacerse de manera sencilla y casual. Del mismo modo, la demostración se hará brevemente y de manera simple, para que el tratamiento verdadero continúe sin mayor atraso.

Esta técnica se usa invariablemente en todos los niños, sea cual fuere su edad. Siempre y cuando sean receptivos.

## REFUERZO

Se puede definir como el fortalecimiento de un patrón de comportamiento que aumenta la posibilidad de que en el futuro exhiba dicha conducta. Los psicólogos que se apegan a las teorías del aprendizaje social del desarrollo infantil creen que el comportamiento del niño es un reflejo de sus reacciones a las recompensas y los castigos de su medio, y que el amor y la aprobación obtenidos primero de sus padres y después de sus compañeros, son formas muy importantes de recompensa y por tanto un sólido factor de motivación para el cambio conductual.

En consecuencia, el dentista debe recompensar el buen comportamiento infantil en la situación dental mostrando aprobación, se trate del cepillado eficaz o de la cooperación adecuada en procedimientos operatorios. Se espera que dicha aprobación refuerce el comportamiento apropiado, aumentando de tal modo la probabilidad de que se repita en visitas subsecuentes, pues para el niño se convierte en patrón normal de conducta en tal situación.

Es preciso que el odontólogo muestre con frecuencia su aprobación durante el tratamiento, siempre que el paciente reaccione de manera posi

tiva a las instrucciones. Por lo regular, dicha aprobación se expresa verbalmente, pero las sonrisas y los movimientos con la cabeza también son convenientes.

La recompensa debe ligarse estrechamente con la acción, por ejemplo, si se pide al niño que abra grande la boca y reacciona bien, debe recibir un signo inmediato de complacencia. La aprobación dada sólo al terminar la cita no es eficaz, por ejemplo "ya terminamos, eres un buen niño". Lo peor, es ignorar la buena cooperación infantil durante el tratamiento; no sólo se desperdicia una excelente oportunidad para fortalecer tal conducta sino que puede actuar como una forma de castigo y disminuir la posibilidad de que se repita dicho comportamiento.

El premio es otra forma de recompensa; se justifica al finalizar la sesión siempre que se proporcione como una señal de aprobación del buen comportamiento. Los premios no deben emplearse para sobornar a los niños. Hay disponibles muchos tipos de premios convenientes, por ejemplo, folletos y calcomanías.

Es importante evitar reforzar el mal comportamiento. Si un niño actúa impidiendo el tratamiento y no se puede completar lo planeado, terminar abruptamente la sesión y devolver al niño con su madre para recibir consuelo, muy probablemente refuerce la conducta deficiente. Es preferible aparecer inmutable y pretender que se concluye el tratamiento, por ejemplo colocando un apósito provisional.

El dentista no debe ridiculizar al paciente por su mala conducta, o exhibir su coraje; sólo puede mostrarle que está decepcionado de él. Esta técnica igual que la DMH puede aplicarse a cualquier niño, siempre y cuando sea receptivo.

## DESENSIBILIZACION.

Es una de las técnicas usadas con más frecuencia por los psicólogos en el tratamiento de los temores. Clásicamente, el método abarca tres etapas:

- Primera:** Entrenamiento del paciente en relajación.
- Segunda:** Construcción de una jerarquía de estímulos que provoquen miedo relacionado con el temor principal del paciente.
- Tercera:** Presentar a la vez cada estímulo en la jerarquía al paciente relajado, comenzando con el que genere el menor temor y avanzando al siguiente sólo cuando el enfermo ya no le tema.

Es importante mencionar que se debe ayudar al paciente a relajarse antes de superar su miedo; tan solo repetir muchas veces la estimulación, aumenta más que disminuir el temor, si el niño no está relajado.

Para aplicar la técnica en su forma clásica, es necesaria una serie de citas preliminares para enseñar al paciente como relajarse; aunque-

en la odontología es posible aplicar los conceptos básicos del método sin las visitas preliminares. Es importante conocer la base del temor infantil, que puede ser un miedo general a los dentistas, los médicos, los hospitales o las clínicas, o un temor más específico a "la aguja", "la fresa", o a otro aspecto del tratamiento dental. Cuando se conoce esta información, es posible edificar una jerarquía de estimulación que cauce miedo a fin de superarlo con trabajo. Por ejemplo, si el paciente teme al ambiente odontológico en general, la desensibilización pudiera incluir la exposición sucesiva del niño a la siguiente estimulación:

- 1.- Salas de recepción y espera.
- 2.- Dentista y asistente.
- 3.- Cubículo dental.
- 4.- Sillón dental.
- 5.- Examen bucal.
- 6.- Profilaxia.

Si, por otro lado, el niño teme a "la fresa", los estímulos seleccionados pudieran ser:

- 1.- Limpiar los dientes con un cepillo para profilaxia sostenido a mano.
- 2.- Cepillado con una copa de hule para profilaxia en una pieza de mano de baja velocidad.
- 3.- Usar una fresa o una piedra de terminado, en una pieza de mano de baja velocidad, que gira en la boca pero no en contacto con los dientes.
- 4.- Aplicar la fresa o la piedra de terminado cuidadosamente a una restauración o superficie dental.
- 5.- Introducir una pieza de mano de alta velocidad como en los puntos 3 y 4 anteriores.

Es más difícil la desensibilización del temor a la "aguja"; - si el miedo persiste a pesar de la modificación conductal cuidadosa durante las citas preliminares, puede considerarse cierta forma de sedación.

En cada fase de una jerarquía, se alivian los temores infantiles mediante un modo atento, amistoso y apoyo del dentista y su personal, y se refuerza mucho la conducta positiva que muestre el niño. Se avanza a la siguiente etapa cuando el paciente aparece relajado. De este modo se supera con rapidez algunos miedos infantiles, permitiendo un rápido avance por la jerarquía.

### MODELADO.

Es otra técnica empleada en psicología en el tratamiento de los temores y la ansiedad; por ejemplo, ayudan a niños temerosos de los perros a superar su miedo observando a otros niños jugar alegremente con perros, siendo los primeros los modelos a imitar después por los niños temerosos.

Es posible aplicar esta técnica a una variedad de situaciones terapéuticas dentales pero tal vez se use con mayor frecuencia en la introducción de un niño ansioso al examen bucal en el sillón dental. Se pide al padre o, de preferencia a otro niño actuar como modelo, sometiéndolo a un examen y a la profilaxia; se espera que después el niño ansioso imite el comportamiento-cooperador del modelo. Es preciso usar refuerzos y el método llamado decir-mostrar-hacer, para complementar el procedimiento de modelado; junto con la desensibilización, es una técnica eficaz para el problema de efectuar un tratamiento simple en el niño temeroso.

### MANO SOBRE LA BOCA.

Esta técnica se considera por lo general como una medida bastante extrema en el manejo del niño desafiante o no cooperador.

La técnica abarca restringir con cuidado pero firmemente— al niño que protesta en el sillón dental colocando una mano "o toalla" sobre su boca a fin de dominar sus protestas y, hablándole en voz baja pero clara al oído, decirle que se quitará la mano tan pronto deje de llorar. Cuando el paciente reacciona de una manera favorable, se quita de inmediato la mano y se felicita al niño; si este comienza a protestar de nuevo se repite el procedimiento.

El método no puede ser popular con cualquier odontólogo— que se preocupe por los niños y cuyo objetivo sea inculcarles actitudes positivas además de efectuar el tratamiento. Su única justificación posible pudiera ser en el manejo del niño consentido que sabe como manipular con berrinches a sus padres sobre-complacientes, o con un niño retador que encuentra que el desafío -- silencioso pero firme siempre triunfa. Tales pacientes no tienen miedo; tan solo no desean cooperar y saben como evitar hacerlo. Por lo regular su conducta pronto se hace evidente en la primera cita y se confirma por la manera de su nega

ción al examen. Es posible anticipar protestas fuertes si se levanta a dicho paciente y se le coloca en el sillón o sobre el regazo de su madre.

El dentista debe ignorar las quejas mientras lo examina; en ocasiones esta simple exhibición de autoridad por el odontólogo tiene buen éxito en establecer cierta base para la cooperación futura.

Se debe tener en cuenta que ningún tratamiento es posible hasta que el niño aprenda que al dentista no le impresionan o acobardan los berrinches o los retos. Además, si el comportamiento infantil tiene como resultado el rápido regreso a una madre consoladora, se reforzará más tal conducta.

No se recomienda este método de modificación de la conducta en pacientes menores de dos años o niños especiales con condiciones de minusvalidez que impidan la comunicación; tampoco se debe emplear la técnica con niños temerosos, para quienes son convenientes la desensibilización y otros. En consecuencia, es fundamental una valoración acertada de las razones del comportamiento infantil no cooperador antes de usar la técnica de la mano sobre la boca.

## SEDACION.

Casi todos los niños introducidos a la odontología mediante los métodos descritos se vuelven relajados y cooperadores, y aceptan con facilidad casi todos los procedimientos operatorios. Por desgracia, una minoría persiste sin colaborar o se torna no cooperadora. El miedo es el motivo más usual de la falta de colaboración, muchas veces a un procedimiento específico como la inyección o "la fresa". Si el temor persiste a pesar de citas preliminares conducidas con cuidado puede ser útil alguna forma de sedación. En general puede decirse que la sedación es más eficaz con los niños genuinamente temerosos pero que comprenden la necesidad del tratamiento y desean ayuda.

Es preciso poner de relieve que por sedación se entiende un alivio de la ansiedad. Aunque la disminución de la ansiedad tiende a elevar el umbral del dolor en el paciente, la sedación no produce analgesia. Por tanto, normalmente se requiere emplear anestesia local, lo cual no representa una dificultad cuando el paciente está sedado. También es necesario resaltar que el paciente sedado esta consciente y en dominio de todos sus reflejos protectores normales.

Es posible administrar la sedación a través de las siguientes

vias:

- 1.- Bucal.
- 2.- Intramuscular.
- 3.- Intravenosa.
- 4.- Inhalatoria.

VIA BUCAL: Se emplean muchos medicamentos y combinaciones farmacológicas para sedar al niño ansioso, entre ellos algunos barbitúricos, hidrato de cloral, hidroxicina (Atarax), meprobamato (Ecuamil), Prometacina (Fenergan), y Diacepam (Valium). Aunque es simple y conveniente administrar un medicamento por la vía bucal, los efectos son menos previsible que cuando se usan otras, debido a muchos factores que afectan su absorción.

El diacepam tal vez sea el fármaco usado con mayor frecuencia, en una sola dosis 45 min. antes del tratamiento o, más comúnmente en tres dosis.

- a) Al irse a dormir. 5mg.
- b) Después del desayuno. 5mg.
- c) 1 hr. antes de la cita. 5mg.

Se sabe que es eficaz como auxiliar para que los pacientes—aprehensivos acepten el tratamiento dental.

Se pueden emplear también otros medicamentos como:

- ATARAX (Hidroxicina).

Dosis: 1 a 2 pastillas (50mg.) 45 min. antes de la cita o, la noche anterior o ambas.

En pacientes de 6 a 10 años.

- FENERGAN FORTE en jarabe (Prometacina) 25 mg./ cucharadita.

Dosis: 2 cucharaditas, 45 min. antes de la cita.

En pacientes de 6 a 10 años.

- VISTARIL (Pamoato de hidroxicina) 25 mg./ cucharadita.

Dosis: 1 a 2 cucharaditas, 45 min. antes de la cita o, la noche anterior o ambas.

En pacientes de 2 a 6 años.

El dentista debe ganarse la confianza y seguridad del niño antes de recetar un sedante; es preciso explicar que el fármaco es algo que le ayudará a sentirse más relajado, de tal manera que pueda efectuarse el tratamiento sin preocuparlo. Es importante que el niño no se sienta amenazado al imaginar que el sedante lo forzará a rendirse; en cambio, debe sentir que se usa para auxiliarlo. Por desgracia con niños muy pequeños no cooperadores no es posible emplear un sistema basado en la confianza y el entendimiento.

También es fundamental la cooperación de los padres o tutores pues es muy conveniente que administren el medicamento. Como el fármaco puede generar somnolencia, es preferible que el niño no acuda a la escuela antes de la cita dental.

VIA INTRAMUSCULAR: La ventaja de administrar un medicamento por esta vía y no por la bucal es que su acción es más rápida y su efecto más previsible. Sin embargo, un inconveniente es que el paciente nervioso, no cooperador, encuentra inevitablemente a la inyección intramuscular como un procedimiento desagradable.

Se usan varios tipos de medicamentos; pero en forma más usual la

MEPERIDINA en dosis de 1 a 2 mg./kg. de peso corporal. Esto generalmente representa unos 25 mg. (0.5 ml.) de meperidina.

Se puede aplicar la inyección en el cuadrante superolateral del glúteo, el aspecto anterior de la parte superior del muslo o la parte lateral del brazo.

En otros países se usa mucho este método, en particular para producir sedación profunda en niños muy pequeños que se resisten y generalmente no pueden sedarse de modo adecuado mediante sistemas bucales, intravenosos o inhalatorios.

VIA INTRAVENOSA: Las ventajas principales de la vía intravenosa sobre la bucal y la intramuscular son que los medicamentos inyectados tienen un efecto -- muy rápido y puede darse la dosis en incrementos para lograr el nivel deseado-- de sedación.

El diazepam se ha convertido en el mejor medicamento para la sedación intravenosa en pacientes ansiosos. Este fármaco provoca sedación eficaz, relajación muscular y amnesia, pero tiene los inconvenientes de que se elimina lentamente del cuerpo, y su inyección en la vena muchas veces produce dolor. El midazolam, de reciente introducción, tiene propiedades sedantes, relajantes y amnésicas similares a las del diazepam, pero se elimina del cuerpo con mayor rapidez y no causa dolor cuando se inyecta.

Los pacientes elegidos para la inyección intravenosa deben -- cooperar a pesar de su ansiedad, porque tienen que estar preparados para aceptar una inyección intravenosa. Por lo regular su cooperación se basa en la confianza y seguridad en el dentista, y en su deseo por recibir el tratamiento. Aunque la técnica de sedación intravenosa es más exitosa con adultos que con niños, es posible atender con buen éxito a algunos niños de esta manera.

La administración intravenosa de un medicamento requiere el dominio de la técnica. Se inyecta diazepam o midazolam en una vena del dorso de la mano. La dosis requerida para producir sedación satisfactoria es de unos-- 0.1 mg./kg. de peso corporal; la inyección debe ser lenta, durante un lapso de 1- a 2 min., durante el cual se habla al niño de modo relajante y reforzado. La se dación es más profunda inmediatamente después de la inyección y durante los-- siguientes 10 min.; durante este intervalo se administra la inyección de anestesia local y se empieza el tratamiento. A partir del momento de la inyección intrave nosa existe amnesia completa o parcial; por tanto, el paciente puede recordar-- la inyección intravenosa pero no la intrabucal, aunque puede haber encontrado-- desagradable esta última. La profundidad de la sedación se torna progresivamen- te más ligera y el paciente aparece por lo regular normal después de casi 1 hr. No obstante; el medicamento puede seguir teniendo un efecto durante varias ho- ras; debe pedirse al enfermo que descanse casi una hora, antes de dejar el cubí- culo, y se deben dar instrucciones a los padres para que el paciente permanezca supervisado en casa el resto del día.

La principales desventajas de este sistema son la necesidad - de un período de recuperación posoperatoria y la subsecuente restricción de acti vidades.

Antes de inducir sedación a través de las vías intravenosas o inhalatoria, es importante garantizar la presencia de un asistente dental adecua- damente entrenado y capaz de vigilar el estado del paciente y de ayudar al den- tista en caso de urgencia.

**VIA INHALATORIA:** Se puede utilizar como una introducción a la anestesia local en los pacientes tímidos o ansiosos.

Colocando al niño una mascarilla nasal, conectada a un cilindro que contenga óxido.

nitroso, y administrando una concentración de 0.5 lts./min. y si se desea profundizar el grado de sedación, después de 1 ó 2 min. se pueden administrar otros -- 0.5 lts./min. hasta llegar a un total de 1.5 lts./min. Todo esto al tiempo que se explica al niño que puede sentir un ligero cosquilleo en los dedos de los pies y las manos o en otras partes, además de que puede sentir el cuerpo muy ligero o muy pesado.

Posteriormente se aplica la anestesia local, de acuerdo con la pieza que se va a tratar.

Finalmente se reducen los niveles de óxido nitroso a 0 y se administra oxígeno al 100% durante por lo menos 2 min.

Debido a que el óxido nitroso es muy volátil, es conveniente tener una ventilación adecuada en el consultorio.

El buen éxito con la sedación a base de óxido nitroso depende de establecer una estrecha comunicación con el paciente y de lograr su cooperación. Una ventaja importante de la sedación por inhalación sobre el diazepam intravenoso es que la persona se recupera pronto y puede dársele de alta unos 5 minutos después de terminar la sesión, sin limitantes sobre las actividades que pudiera desempeñar durante el resto del día; así mismo la mayoría de los niños — prefiere la mascarilla nasal a una inyección intravenosa.

## **CAPTULO VIII**

## **CONCLUSIONES Y BIBLIOGRAFIA**

## CONCLUSIONES

La modificación de la conducta no es un método de una sola vía que pueda ser impuesto con éxito en un individuo incapaz o poco dispuesto.-- Por su naturaleza intrínseca, la modificación de la conducta sólo tiene éxito cuando el paciente infantil es receptivo y coopera con el clínico. Si los efectos ambientales que siguen a una conducta del paciente no lo refuerzan o lo refuerzan menos que alguna otra alternativa, su conducta no cambiará. De igual manera, si la represión que sigue a su conducta es menos desagradable para él que alguna otra alternativa, su conducta tampoco cambiará.

El clínico que trata niños debe siempre tener en mente que-- el proceso conducta-influencia es siempre recíproco. El odontólogo intenta cambiar la conducta del paciente a través de la modificación de las consecuencias,-- pero al mismo tiempo, el dentista es, a su vez moldeado por la respuesta del niño.

El odontólogo debe perfeccionarse en la observación y análisis de la conducta infantil. El desarrollo de esas capacidades aumenta con la experiencia, la habilidad para evaluar los aspectos no verbales de la comunicación, un conocimiento de los miedos y ansiedades de los niños por la situación odontológica

ca y un conocimiento de los aspectos sociales, culturales y personales de la conducta infantil. El odontólogo que puede integrar la información obtenida de la conducta observada del niño con la información personal, social e histórica adquirida de los padres, puede predecir de la manera más exacta determinada conducta y elegir después el mejor método para manejarla durante la experiencia clínica. En general, los odontólogos además de demostrar un interés personal sincero en el niño, deben ser más eficientes en la orientación y refuerzo de la conducta, ya que la guía correcta de la conducta infantil en el consultorio odontológico es fundamental para una atención completa.

A mi juicio queda perfectamente establecida la necesidad de incorporar la Psicología Clínica, en la práctica adecuada a la Odontopediatría; - las nociones que se tengan de esta disciplina no bastan, y debe buscarse el obtener más conocimientos básicos, los cuales nos capacitarán en este reforzamiento que tiende a facilitar el tratamiento de algunas de las actitudes que adoptan los niños con problemas de manejo de comportamiento y de conducta en el consultorio dental. También con mayores conocimientos sabremos cuando debemos canalizar correctamente nuestros pacientes hacia otras especialidades de la medicina.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Sidney B. Finn.  
Odontología Pediátrica.  
Editorial Interamericana.
- 2.- Raymond Braham.  
Odontología Pediátrica.  
Editorial Médica Panamericana.
- 3.- Ralph E. McDonald.  
Odontología para el niño y el adolescente.  
Editorial Mundi.
- 4.- R.J. Andlaw.  
W. P. Rock.  
Manual de Odontopediatría.  
Editorial Panamericana.
- 5.- Thomas K. Barber.  
Odontología Pediátrica.  
Editorial Manual Moderno.
- 6.- Kenneth D. Snawder.  
Manual de Odontopediatría Clínica.  
Editorial Labor.