

54
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

**EL ODONTOPEDIATRA
Y
EL NIÑO**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTA

NORA ANGELICA CASTILLO CASTILLO

México, D.F. 1992.



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	<i>Página</i>
INTRODUCCION	2
CAPITULO I	
* QUE ES LA ODONTOPEDIATRIA	4
CAPITULO II	
* CONDUCTA DEL NIÑO	11
CAPITULO III	
* MANEJO DE LA CONDUCTA	22
CAPITULO IV	
* MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL	28
CAPITULO V	
* MANEJO DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS	40
CAPITULO VI	
* INFLUENCIA MATERNA	47
CAPITULO VII	
* FACTORES QUE ESTAN BAJO CONTROL DEL ODONTOLOGO	52
CAPITULO VIII	
* INFLUENCIA DEL MEDIO AMBIENTE SOBRE LA CONDUCTA DEL NIÑO	62
CAPITULO IX	
* TECNICAS DE CONTROL DEL PACIENTE	65
CAPITULO X	
* ACEPTACION DEL TRATAMIENTO DENTAL	69
RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS	72
BIBLIOGRAFIA	74

INTRODUCCION

México es un país de jóvenes en el cual la niñez es la base, y como toda base es el soporte de lo posterior, así como, cuando hablamos de los dientes de los niños debemos pensar en que los llamamos de LECHE, deberán ser muy cuidados, puesto que son la base para los permanentes. Es por esto que buscando la luz hacia estos cuidados se ha preparado éste trabajo, y considerando que, dentro del programa que conforma a la odontología, se encuentra la psicología infantil. Por lo que, en este trabajo se ha considerado como punto principal la psicología en relación con la práctica odontológica para niños, ya que es una de las bases para lograr un buen resultado en el tratamiento odontológico.

Esto radica en la capacidad del odontólogo para entender, comunicar, manejar correctamente las conductas y situaciones de los pacientes infantiles y de sus padres dentro del consultorio odontológico y durante el tratamiento.

El tratamiento de los niños generalmente involucra la relación Odontólogo-paciente-familia, pues el niño es el centro de atención tanto de la familia como del odontólogo y su equipo.

Durante la práctica odontológica en niños, el odontólogo debe comprender la conducta del niño y de sus padres para poder alcanzar la cooperación por ambos, por lo que se hace mención del tipo de comportamiento del niño en sus diferentes edades y de las diversas actitudes hacia el tratamiento dental, también se incluyen clasificaciones que facilitan la comprensión y manejo del mismo.

Referente a los padres se presentan clasificaciones de acuerdo a sus actitudes, influencias y grados de cooperación en relación a los tratamientos odontológicos. También se proporcionan algunas indicaciones para los padres, que el odontólogo debe recomendarles antes de que lleven a su hijo a las visitas odontológicas, pues de esta manera los padres harán conciencia de que el odontólogo sabe mejor como manejar emocional y físicamente al niño dentro del consultorio.

El odontólogo debe hacer comprender al niño la necesidad de mantener en buen estado de salud su aparato masticatorio y que el toma un papel importante para llevar a cabo esa finalidad, pero en caso de que el niño se resista al tratamiento, el odontólogo puede apoyarse en alguna de las técnicas de control del paciente que se incluyen en uno de los capítulos de este trabajo.

El que un niño acepte o rechace el tratamiento dental depende de la manera en que ha sido condicionado emocionalmente hacia la odontología ya sea por buenas o malas experiencias en otros tratamientos odontológicos ó de la guía paterna.

Debido a que el niño es el hombre del mañana, es importante que tanto los odontólogos como los padres de familia consideren que brindar una atención adecuada a tiempo y bajo un manejo emocional correcto durante la niñez, se podrán prevenir diversas patologías dentales que son tan comunes en los adultos y que en la mayoría de los casos se deben a las malas influencias ó experiencias que producen temor al tratamiento odontológico recibidas en la niñez; por este motivo el objetivo de esta tesis es hacer incapié en la importancia que tiene el conocimiento del desarrollo psicológico del niño, de las influencias que recibe y del trato que el odontólogo debe darle para lograr una excelente relación ODONTOPEDIATRA - NIÑO.

CAPITULO I

QUE ES LA ODONTOPEDIATRIA

A) DEFINICION

La odontología infantil es la rama o especialidad de la odontología general que estudia al niño tanto física como psicológicamente y trata de resolver sus problemas dentales actuales aplicando las medidas preventivas necesarias para conducirlo a un futuro de salud.

B) DIFERENTES NOMENCLATURA.

Existen diferentes términos para llamar esta especialidad:

- 1.- Odontopediatría.
- 2.- Odontología Infantil.
- 3.- Odontología para el niño.
- 4.- Odontología Pediátrica.
- 5.- Paidodoncia.
- 6.- Pediatría Bucal.

C) OBJETIVOS DEL PROGRAMA PARA LA FORMACION DEL ODONTOPEDIATRA.

- * Psicología Infantil.

El estudiante debe aprender a describir las normas que rigen el desarrollo

mental infantil y los perfiles de comportamiento característicos de los distintos grupos de edades, así como los factores ambientales generales y locales que influyen en las reacciones del niño frente al tratamiento dental. De esta manera se planificará un tratamiento teniendo en cuenta las condiciones psicofísicas del paciente.

*** Instrumentos, equipo y exploración.**

El estudiante debe aprender a describir la manera de utilización del equipo e instrumentos que se emplean en odontopediatría, el procedimiento de exploración y el registro de datos, así como los procedimientos de radiología oral, medidas para reducir al mínimo la exposición de los niños a las radiaciones e interpretar las radiografías de los dientes y del alveolo en la dentición primaria, la dentición mixta y la dentición permanente joven.

*** Morfología y desarrollo normales.**

El estudiante debe aprender a describir el desarrollo somático del niño como referencia de su desarrollo dental, las características del desarrollo dentario, los momentos y teorías de la erupción y exfoliación de los dientes de leche, la morfología de estos dientes y los factores dentoalveolares que intervienen en el desarrollo oclusal normal.

*** Anomalías dentales y trastornos de la mineralización.**

El estudiante debe aprender a describir las anomalías anatómicas,

cronológicas y numéricas en ambas denticiones, así como su etiología, frecuencia y tratamiento; también debe aprender a tratar las desviaciones de la erupción y exfoliación normales de los dientes, como la ectopia y la infraoclusión, etiología y tratamiento de los trastornos de la mineralización.

*** Prevención.**

El estudiante debe aprender a describir y llevar a la práctica medidas aisladas o coordinadas respecto a la dieta, la higiene oral y el aumento de las resistencias frente a las enfermedades dentales de los niños.

Aprenderá también a clasificar medidas profilácticas básicas, a seleccionar pacientes de alto riesgo y a diseñar programas para estos pacientes.

*** Caries.**

El estudiante debe aprender a describir la evolución y epidemiología de la caries en el niño, los factores etiológicos y diagnóstico de ésta.

*** Control del dolor.**

El estudiante debe aprender a seleccionar los anestésicos adecuados a cada paciente y cada tratamiento, a realizar técnicas de bloqueo mandibular y anestesia terminal. Debe conocer las indicaciones y contraindicaciones del tratamiento dental bajo anestesia general y sedación con óxido nitroso. Finalmente, debe saber prescribir los medicamentos correspondientes.

*** Odontología Operatoria.**

El estudiante debe aprender los principios de la odontología operatoria en

la dentición primaria, la dentición mixta y la dentición permanente joven. Lo cual necesita conocimientos de preparación de cavidades, tratamiento de éstas, aislamiento, y coronas de acero inoxidable prefabricadas.

** Tratamiento pulpar.*

El estudiante debe aprender a diagnosticar distintas enfermedades pulpares de los dientes de leche y los dientes permanentes y a conocer las reacciones de los tejidos para poder tratar estas enfermedades.

** Ortodoncia preventiva.*

El estudiante debe aprender a diagnosticar las anomalías del desarrollo de la oclusión y a tomar decisiones respecto a la consulta con un especialista en ortodoncia. También debe conocer los efectos de la pérdida prematura de los dientes primarios y estar preparado para compensarlos.

** Patología oral.*

El estudiante debe aprender a conocer las enfermedades infecciosas específicas propias de la infancia en lo referente a su etiología y a sus manifestaciones clínicas, incluyendo sus síntomas orales. También debe conocer las manifestaciones orales de las enfermedades esqueléticas y las enfermedades hematológicas más comunes y a conocer la mayoría de los tumores orales comunes durante la infancia.

** Cirugía oral.*

El estudiante debe aprender a extraer dientes de leche y permanentes, y a

realizar extirpaciones de frenillos vestibulares y linguales.

*** Asistencia dental de los niños minusválidos.**

El estudiante debe conocer el carácter de los problemas dentales de los niños minusválidos afectados sobre todo de retraso mental, trastornos motores, crisis convulsivas, cardiopatías, alergias y defectos sensoriales. Debe estar capacitado para prestar asistencia en los casos no complicados y conocer especialmente los medios terapéuticos disponibles para este tipo de pacientes.

*** Lesiones traumáticas.**

El estudiante debe aprender a diagnosticar, prestar asistencia de urgencia y supervisar las lesiones traumáticas de los dientes de leche y de los dientes permanentes jóvenes.

D) OBJETIVOS DE LA ODONTOLOGIA PEDIATRICA.

***Calidad.**

Es de gran importancia el realizar la odontología para niños con la misma calidad y atención que se ofrece a los adultos.

***Comodidad.**

Una consideración importante es la comodidad del niño y debe asegurarse que la tenga durante el tratamiento. También el odontólogo y el personal odontológico necesitan tanto comodidad física como emocional.

***Motivación.**

Este es un aspecto vital de la odontología para niños, ya que las primeras etapas de la vida ofrecen la oportunidad de influir sobre actitudes para toda la vida con respecto de la atención odontológica. Si se establecen actitudes positivas en los niños y en sus padres servirán para preservar la salud bucal en años posteriores.

***Satisfacción.**

Se pretende que el niño se sienta satisfecho consigo mismo y el personal odontológico. Los elogios y las críticas influyen mucho sobre los niños y los sentimientos positivos generados a temprana edad influirán sobre futuras actitudes odontológicas. Por otra parte, no se habrá de pasar por alto a los padres, ya que deben quedar satisfechos de que su hijo fué bien tratado emocional y clínicamente. Esto es importante, pues de esta manera se daran más oportunidades para mejorar la salud bucal del niño.

E) FINES DE LA ODONTOPIEDIATRIA

- 1.- Inculcar al niño hábitos de limpieza que mantengan su boca en buenas condiciones de higiene y en estado saludable.
- 2.- Preservar los dientes primarios para:
 - Proporcionar una buena función masticatoria para una mejor digestión y asimilación de los alimentos.
 - Mantener el espacio apropiado para los futuros dientes contribuyendo a una oclusión normal.

- 3.- Prevenir o corregir cualquier hábito que pueda influir en una futura maloclusión.
- 4.- Preservar los dientes de la segunda dentición.
- 5.- Por medio de medidas preventivas evitar caries futuras y otras condiciones indeseables.
- 6.- Crear en el niño un sentido de cooperación y responsabilidad con respecto a los cuidados de su boca para que él mismo cuide de ella.
- 7.- Instruir a los padres para obtener su completa colaboración.

CAPITULO II

CONDUCTA DEL NIÑO

La conducta en sentido general se define como cualquier cambio en la actuación del organismo. Se dice que estos cambios se toman de ciertos patrones que todos los niños presentan a través del proceso de crecimiento.

Este proceso de desarrollo esta regido por dos factores:

- * Madurez
- * Exposición del niño a un ambiente determinado.

La madurez es la expresión de como el crecimiento y el desarrollo han capacitado al niño para alcanzar diversas metas o conocimientos.

En la exposición a un ambiente determinado, el niño aprende a comportarse en concordancia con su madurez, ya que con cada nueva experiencia se desarrolla una nueva conducta.

Para obtener buenos resultados en el tratamiento dental de un niño durante la consulta, debe comprenderse su conducta, la de los padres que lo acompañan y la del equipo dental. Se recomienda hacer una evaluación apropiada de la conducta al niño y a los padres. Es importante conseguir la mayor información posible en la primera cita para poder determinar ciertas razones de su conducta; sin embargo, en ocasiones no es posible. Por ello el conocimiento de las etapas

del crecimiento general de los niños ayudará mucho a comprender al niño, así como a darse una idea de que conducta se puede esperar de él.

También existen diversos sistemas de evaluación y clasificación de la conducta de los niños en el ambiente odontológico, donde el objetivo principal es desarrollar una técnica para orientar la cooperación. Por lo que el odontólogo y su equipo deberán elegir y manejar eficazmente un sistema para obtener resultados satisfactorios.

A) PUNTOS CLAVE DE LAS PAUTAS DE CONDUCTA GENERAL DEL NIÑO EN LAS DIFERENTES EDADES.

1 año de edad.

Durante el primer año de vida el niño es esencialmente el centro de atención. Las experiencias del bebé son sustancialmente bucales y la experimentación se produce con todo cuanto sea introducido en la cavidad bucal. No se puede esperar una respuesta racional de un bebé al que se ha de ver en el consultorio odontológico; de hecho las reacciones variaran dramáticamente, por lo que la cooperación de los padres es muy valiosa.

A esta edad el niño aprende a andar, coge cuanto objeto este a su alcance, NO es su palabra favorita, no le gusta esperar, y generalmente puede entender más palabras de las que puede decir.

Pacientes de esta edad aún están demasiado pequeños, motivo por el cual los

lazos que lo unen a su madre son muy fuertes, debido a esto es conveniente sentar al niño con su madre en el sillón y deben ser atendidos lo más rápidamente posible ya que la comunicación es difícil y en ocasiones imposible.

2 años de edad.

Este periodo es de gran transición, el niño se mueve de la etapa de total dependencia hacia un grado de responsabilidad personal y control de sí.

En esta edad el niño presenta aumento del desarrollo, mejoría en el desarrollo del lenguaje, más estabilidad emocional, también se vuelve rígido e inflexible, muy dominante y exigente expresa emociones violentas y quiere todo tal como lo espera. El vocabulario varía muchísimo y a menudo la expresión y la voz son más importantes que las palabras. Es preferible mantener comentarios breves y simples.

A pacientes de esta edad deberá permitirseles tocar y manipular los objetos para captar su significado; es prudente no quitarle sus posesiones durante la sesión odontológica. Una buena comunicación con el niño se logra a través de sus sentidos.

El llanto no es raro durante el examen dental, pero esto no debe obstaculizar el establecimiento de una relación positiva. Es aconsejable no separar al niño del padre durante el curso de la visita.

3 años de edad.

Se considera época de semi-independencia, donde existe un grado sorprendente de control de sí mismo.

El niño mejora mucho su vocabulario, aumenta su capacidad de comprender y realizar órdenes verbales, también le gusta hacer amigos, le encantan las nuevas palabras, le gusta tanto dar como quitar, recibe particularmente bien los elogios.

A pacientes de esta edad se darán órdenes sencillas y técnicas y fluidas. Se les debe tener paciencia, alabar toda conducta positiva y dar afecto. También se puede lograr más fácilmente la separación de los padres.

4 años de edad.

Se dice que esta puede ser una edad compleja. El niño puede estar centrado en sí mismo y persiste en el intento de hacer su propia manera.

En esta edad el niño puede responder al llamarle por su nombre, es gran conversador y preguntador, le gusta discutir, se interesa en los detalles y quiere que se le muestren cosas; también pega, patea y rompe cosas en momentos de ira.

Con pacientes de esta edad, se necesita mucha firmeza para manejarlos, también puede hacerse uso de los razonamientos, ya que un manejo errado a esta edad puede tener efectos devastadores a largo plazo sobre las actitudes odontológicas.

5 años de edad.

Se considera buena edad pues el niño es confiado, estable, bien equilibrado y no es demasiado exigente. Los temores han disminuido usualmente y poseen la capacidad para evaluar la situación atemorizante. La madre es el centro del mundo y al niño le gusta estar cerca de ella.

A pacientes de esta edad se les trata con firmeza y se manejan la alabanza y los elogios.

6 años de edad.

Es una edad crítica en la vida del niño, por que es cuando generalmente comienza la escuela.

El niño esta cambiando, es época de rabietas, de considerable ansiedad, con frecuente temor al daño corporal, se encuentra en la cúspide de las tensiones con tendencia a desahogos violentos con golpes a los padres.

Pacientes de esta edad necesitan mucha comprensión, ser alagados en todo momento y durante el curso de la visita las explicaciones deberan ser lo más detalladas posible.

7 años de edad.

Edad donde el niño es caprichoso, exige mucho de sí mismo, cree que la

gente esta en su contra, que no se le quiera y que los padres son injustos.

Uno de sus deseos es la aprobación, ya que siempre trata de cooperar la mayor parte del tiempo, por lo tanto necesita comprensión.

El tratamiento a pacientes que atraviesan por esta edad se lleva a cabo dando confianza, oportunidad de participar y al mismo tiempo se le estimula para obtener buenos resultados.

8 a 12 años de edad.

El niño durante esta etapa prefiere la compañía de otros de edad similar, pues se interesa más en los amigos que en la familia, existiendo necesidad de identificación con otros adultos que no sean los padres.

Es la edad de la exploración intelectual, donde el niño es muy independiente y confiado en sí mismo, es amistoso, positivista e integro; se interesa por la higiene y el arreglo personal, se preocupa por la moral y los ideales, toma las cosas a pecho y se puede derrumbar por cosas que antes no le habrían preocupado, pero también puede ser rebelde contra la autoridad.

Para tratar a estos pacientes se debe tomar en cuenta su nivel intelectual, no criticarlos demasiado, comprenderlos, ser firmes y demostrar demasiada autoridad, permitiéndole al mismo tiempo responsabilizarse de su conducta.

B) CLASIFICACION DE LA CONDUCTA DE LOS NIÑOS EN CUANTO A SU COOPERACION.

Esta clasificación clínica agrupa a los niños en tres categorías:

- 1.- Cooperadores.*
- 2.- Con falta de capacidad para cooperar.*
- 3.- Potencialmente cooperadores.*

- Cooperadores.

La conducta cooperadora del paciente es la clave para realizar el tratamiento. Los niños cooperadores están razonablemente relajados, teniendo un mínimo de aprensión. Pueden estar entusiasmados, por lo que se puede tratar mediante un abordaje directo.

- Con falta de capacidad para cooperar.

Este grupo se compone de niños muy pequeños con los cuales no se puede establecer una comunicación y de los cuales no puede esperarse comprensión. A causa de su edad, no tienen la capacidad para cooperar.

También pertenecen a este grupo aquellos que tienen estados específicos que los debilitan o discapacitan; la gravedad de su estado impide la cooperación de la manera habitual.

- Potencialmente cooperadores.

Los niños que forman este grupo son niños con problemas de conducta; porque estos niños tienen la capacidad de actuar cooperando.

C) **ESCALA CALIFICADA CONDUCTUAL DE FRANKL.**

Esta escala divide a las conductas observadas en cuatro categorías, que van desde la definitivamente positiva a la definitivamente negativa.

Existen tres razones por las cuales la escala logró popularidad: es funcional, es cuantificable y es de fiar.

Además de que la escala ha sido instrumento de investigación, sirve también como forma abreviada para el registro de la conducta del niño en el consultorio.

Para identificar aquellos niños de conducta:

- * Cooperadora, se marca +,*
- * Cooperadora positiva, se marca ++.*
- * No cooperadora, se marca -,*
- * No cooperadora negativa, se marca --.*

Dicho registro de la conducta presenta una modificación en el caso de los niños no cooperadores, ya que la información clínica queda incompleta, es decir, cuando se juzga a un niño como -, el odontólogo debe calificar y categorizar la reacción, anotando por ejemplo, niño - lloroso; y de esta manera se habrá hecho una mejor descripción del problema clínico.

Descripción de la escala:

Tipo 1: Definitivamente negativa.

El niño rechaza el tratamiento, grita fuertemente, está temeroso o tiene cualquier otra evidencia de negativismo extremado.

Tipo 2: Negativo.

El niño difícilmente acepta el tratamiento, no coopera, tiene algunas evidencias de actitudes negativas pero no pronunciadas.

Tipo 3: Positivo.

El niño acepta el tratamiento; a veces es cauteloso, muestra voluntad para acatar al odontólogo a veces con reservas, pero sigue las indicaciones del odontólogo cooperando.

Tipo 4: Definitivamente positiva.

El niño presenta buena relación y armonía con el odontólogo, y muestra interés en los procedimientos odontológicos.

D) CLASIFICACION DE LA CONDUCTA DE LOS NIÑOS DE WRIGHT.

WRIGHT postuló que la mayoría de los clínicos categorizan las conductas de los niños en grupos definibles como los siguientes:

I.- Cooperativos.

Niños vistos en su mayoría en los consultorios odontológicos y niños que también fueron tratados mediante un correcto enfoque del diga-muestre-haga.

II.- Falta de capacidad de cooperación.

Incluye niños muy pequeños con quienes no se puede establecer comunicación ni se puede esperar su comprensión y aquellos con deficiencias.

III.-Conducta potencialmente no cooperativa.

a) Conducta descontrolada.

Niños pequeños de tres a seis años en su primera visita odontológica, presentando rabietas con revuelo de brazos y piernas, con sugerencia de ansiedad aguda o temor.

b) Conducta desafiante.

Utilizan la resistencia pasiva; se ve más a menudo en los niños mayores que se acercan a la adolescencia. Generalmente reaccionan igual en el hogar.

c) Conducta tímida.

El niño puede esconderse detrás del padre, pero suele presentar poca resistencia a la separación. A menudo reprime las lágrimas, es sumamente ansioso, no siempre escucha o entiende las instrucciones.

d) Conducta cooperativa tensa.

El niño acepta el tratamiento como se le hace; su voz puede mostrar algún temblor al hablar; su cuerpo puede temblar y transpirar en forma visible, como las palmas de sus manos o la frente y controlan sus emociones.

e) Conducta llorosa.

El niño permite que el odontólogo proceda, pero llora todo el tiempo, frecuentemente se queja de dolor y constantemente emite sonidos.

CAPITULO III

MANEJO DE LA CONDUCTA

A) OBJETIVOS DEL MANEJO DE LA CONDUCTA.

- 1.- Establecer una buena comunicación con el niño y los padres.
- 2.- Ganar la confianza del niño y los padres y su aceptación del tratamiento dental.
- 3.- Explicar al niño y a los padres los aspectos positivos del cuidado dental preventivo.
- 4.- Proporcionar un ambiente relajado y cómodo en el consultorio durante el trabajo con el niño.

B) COMUNICACION EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA.

El primer objetivo para el manejo exitoso de la conducta del niño es el de establecer comunicación. Generalmente se concuerda en que al entablar una conversación con un niño, el odontólogo no solo conocerá más de su paciente sino que también puede lograr que el niño se relaje.

La comunicación es un proceso multisensorial complejo. Incluye un emisor, un medio y un receptor. El odontólogo o miembros del equipo dental son los

emisores, la palabra hablada es frecuentemente el medio y el paciente es el receptor. El mensaje debe ser comprendido en el mismo sentido tanto por el emisor como por el receptor.

En la comunicación verbal, el foco está en **QUE** decir o en **COMO** decirlo. Sin embargo, también pueden emitirse o recibirse mensajes no verbales de los pacientes. El contacto físico puede ser una forma de comunicación no verbal; por ejemplo, el simple acto del odontólogo de poner una mano sobre el hombro del niño mientras está sentado a su lado, transmite una sensación de calidez y de amistad. La mirada también es importante. El niño que rehuye la mirada con frecuencia no está plenamente preparado para cooperar. La aprensión puede ser comunicada sin decir una palabra.

Al dirigirse a un niño, el odontólogo debe procurar hacerlo estando al nivel de sus ojos y no desde un nivel más alto; estar sentado y hablar al mismo nivel que el niño, permite una comunicación más amistosa y menos autoritaria.

Otro aspecto importante en el tratamiento de los niños es **ESCUCHAR**. Al tratar con niños de más edad, escuchar puede ser más importante que con los más pequeños. Con esto se estimula al paciente a expresar sus sensaciones y el odontólogo hace lo mismo, como procesos necesarios en la comunicación.

Ya que 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 en su comportamiento, se presentan las siguientes bases que ayudan a establecer la comunicación con el niño:

1.- Ignorar las demostraciones iniciales de no cooperación.

2.- Esperar con técnicas simples que puedan realizarse indistintamente al tipo de conducta demostrada; luego proseguir hacia otras más difíciles.

3.- Evitar factores que susciten temor, tales como:

a) Dejar que el niño vea instrumentos agudos y fuertes luces.

b) Usar vocabulario que sugiera inquietud como picar, cortar, rasgar, coser, aguja, alfiler, etc.

c) Permitirle al niño formular preguntas referentes al tamaño y límite de que se controla más adelante.

4.- Evitar la presencia de ~~instrumentos~~ ~~agudos~~ ~~y~~ ~~fuertes~~ ~~luces~~ ~~que~~ ~~susciten~~ ~~temor~~.

a) Evitar que el niño vea instrumentos agudos y fuertes luces.

b) Evitar el uso de vocabulario que sugiera inquietud.

c) Evitar que el niño formule preguntas referentes al tamaño y límite.

5.- Evitar el uso de vocabulario que sugiera inquietud como picar, cortar, rasgar, coser, aguja, alfiler, etc.

~~Instrumentos agudos y fuertes luces~~

- 1.- Ignorar las demostraciones iniciales de no cooperación.
- 2.- Empezar con técnicas simples que puedan realizarse indiferentemente al tipo de conducta demostrada; luego proseguir hacia otras más difíciles.
- 3.- Evitar factores que susciten temor, tales como:
 - a) Dejar que el niño vea instrumentos agudos y huela fuertes olores.
 - b) Usar vocabulario que despierte inquietud como pinchar, dolor, sangre, corte, aguja, extraer, etc.
 - c) Permitirle al niño demasiadas preguntas dificulta la técnica y lleva a que se desarrolle más ansiedad.
- 4.- Seguir la fórmula diga-muestre-haga, llevándola a cabo de la siguiente manera:
 - a) DIGA lo que le va a hacer al niño en un lenguaje que él entienda.
 - b) MUESTRE al niño exactamente como va a llevar a cabo la técnica.
 - c) HAGA la técnica tal como la ha explicado y demostrado.
- 5.- Usar un vocabulario que el niño entienda, como por ejemplo palabras substitutivas que se pueden utilizar en la comunicación con los niños pequeños.

Términos dentales

Términos substitutivos

Anestesia -----

Jugo para adormecer el diente.

Banda para matrices -----

Anillo para diente.

Bomba de succión -----	Aspiradora.
Corona de acero inoxidable -----	Sombrero para el diente.
Dique de hule -----	Impermeable del diente.
Explorador -----	Contador de dientes.
Equipo de rayos X -----	Cámara fotográfica para dientes.
Grapa para dique de hule -----	Argolla para el diente.
Material de impresión -----	Plastilina
Modelos para el diagnóstico -----	Esculturas de dientes.
Pasta profiláctica -----	Pasta de dientes.
Turbina de alta velocidad -----	Silbato.

C) ENFOQUE PSICOLOGICO DEL MANEJO DE LA CONDUCTA.

Para poder evaluar correctamente el estadio de crecimiento de la conducta del niño y el grado de comprensión de los padres y apreciación del tratamiento dental, así como la propia habilidad para interactuar con estas fuerzas, se requieren conocimientos y capacidades psicológicas.

Para comprender, evaluar y tratar la conducta del paciente, tanto él como sus padres tienen que estar implicados. Se debe explicar a los padres el diagnóstico y el plan de tratamiento de acuerdo a las necesidades del niño. Se hará de tal manera que permita a los padres seguir la situación concerniente a su hijo, pero NO se debe involucrar a los padres en el tratamiento, ya que algunos padres creen que su hijo se comportará mejor si están presentes durante el tratamiento, pues el niño puede tener miedo a lo desconocido y espera que sus padres lo aparten de la amenaza; y como los padres no pueden hacerlo a veces intervienen para reprimir a su propio hijo, creando una situación embarazosa y psicológicamente falsa, tanto para el niño como para los padres. Esto debe evitarse lo más posible.

Se aconseja separar al niño de sus padres en la zona de recepción; en caso de haber problemas al separar al niño del padre o de la madre, permita que lo acompañen a la sala operatoria y luego sepárelos del niño.

Se debe comprender que las emociones y la personalidad de un niño, se establecen por la interacción con la gente importante en su vida temprana, como sus padres, hermanos, amigos y otros parientes cercanos. Para el niño pequeño que no ha tenido que tratar con figuras de autoridad fuera de su casa, la situación dental puede ser difícil. Si se le conduce convenientemente esta nueva experiencia puede ser significativa. Si la experiencia es amenazadora, puede pervertir o bloquear su capacidad para aprender de ella. Por estas razones el manejo de la conducta del tratamiento dental en los niños es parte esencial del cuidado dental.

La utilización de una técnica multisensorial para educar al niño es el mejor enfoque, ya que aprende mucho mejor cuando se le permiten utilizar todos

sus sentidos, vista, sonido, tacto, olor y gusto, que cuando solo se le dice lo que debe de hacer y lo que sucede. Ofrecerle estas oportunidades en la nueva situación dental puede ser el comienzo de una relación interpersonal sana que no solo le beneficiará respecto a experiencias dentales futuras, sino que le puede ayudar a aceptar otras nuevas experiencias.

Al final de la cita alabe siempre al niño por su cooperación. Se aconseja evitar los intentos negativos, no engañar al niño diciéndole por ejemplo: si eres bueno tendrás un juguete.

Si el niño ha de volver, hay que encontrar la manera de motivarlo para que vuelva voluntariamente.

D) ENFOQUE FISICO DEL MANEJO DE LA CONDUCTA.

Este enfoque debe practicarse en estrecha relación con el enfoque psicológico. La manipulación física del paciente nunca debe hacerse en forma represiva, al contrario sus objetivos deberán ser:

- 1.- Ganarse la atención del niño.*
- 2.- Enseñarle la conducta apropiada que se espera de él.*
- 3.- Darle más seguridad a través del contacto corporal y controlar sus movimientos.*
- 4.- Protegerlo de lesiones.*
- 5.- Hacer más fácil la técnica dental, tanto para el niño como para el odontólogo.*

CAPITULO IV

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

A) ACTITUD DEL NIÑO HACIA LA ODONTOLOGIA.

La actitud es una disposición, inclinación, o tendencia a actuar hacia elementos internos o externos de acuerdo con la familiarización del individuo. Esta actitud depende tanto de la interpretación del sujeto de una situación dada, como de su reacción emocional hacia ella. Las actitudes de los niños hacia la odontología son en gran medida formadas por el significado emocional del suceso y variaran de acuerdo con la etapa de su desarrollo emocional.

Sobre la visita odontológica, la mayoría de los niños han desarrollado ciertos gustos y disgustos como los siguientes:

GUSTOS

- Una sala de espera interesante incluyendo libros de cuentos, revistas y una pecera.
- Música funcional.
- Ser llamados por el nombre.
- Que el odontólogo hable mientras trabaja.
- Las explicaciones de los procedimientos odontológicos por el odontólogo.

DISGUSTOS

- Que se les haga esperar.
- Una sala de espera no atractiva.
- El olor del consultorio.
- Los rollos de algodón.
- El fresado.
- La luz operatoria en los ojos.
- Las mentiras sobre un procedimiento doloroso.
- Que se burlen de él.
- Ser reprimidos por el

- Mirar en un espejo mientras el odontólogo trabaja.
- Tener una señal para que el odontólogo deje de fresar.
- Que se le diga que ha sido un buen paciente.
- Un regalo posoperatorio.
- odontólogo.
- Que se les hagan preguntas cuando la boca esta llena.
- Ser comparado con otros niños.
- Informes desagradables a los padres.

B) REACCIONES A LA EXPERIENCIA ODONTOLÓGICA

El dentista debe reconocer que esta vinculado emocionalmente a sus pacientes y para manejarlos con éxito debe estar consciente de los factores psicológicos y sociológicos que han formado sus actitudes y modelos de comportamiento hacia la odontología.

El manejo adecuado de los niños en el consultorio dental es responsabilidad del dentista, pero también el preparar a los niños hacia los servicios dentales es responsabilidad de los padres.

El éxito de la práctica odontológica depende también de la capacidad para lograr la cooperación del niño, e identificar algunas de sus reacciones fundamentales a la experiencia odontológica como las siguientes: Temor, Ansiedad, Timidez, Resistencia, Llanto y Respuestas fisiológicas.

TEMOR.

El temor es una de las emociones que se experimentan con mayor frecuencia en la infancia. Su efecto tanto físico como mental puede ocasionar mucho daño.

El temor representa para el dentista el principal problema de manejo y es una de las razones por las que la gente descuida el tratamiento dental.

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

** TEMORES OBJETIVOS.-* Son producidos por estimulación física directa de los órganos sensoriales y generalmente no son de origen paterno. Estos temores, son reacciones a estímulos que se sienten, ven, oyen, huelen ó saborean y son de naturaleza desagradable. Un niño que ha tenido contacto con un dentista y ha sido manejado deficientemente y se le ha provocado dolor innecesario, por consiguiente desarrollará temor a tratamientos dentales futuros. Es muy difícil lograr que un niño que ha sido dañado de ésta manera acuda al dentista por voluntad propia. Cuando el niño regrese al consultorio dental, el odontólogo debe comprender su estado emocional y proceder con lentitud para devolver la confianza al niño hacia el tratamiento dental.

** TEMORES SUBJETIVOS.-* Están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridos al niño por personas que lo rodean sin que el niño los haya experimentado personalmente. Un niño de corta edad es muy sensible a la sugestión, por lo tanto, al escuchar de alguna situación desagradable o que produjo dolor sufrida por sus padres u otras personas, pronto desarrollará temor a esa experiencia sin haber pasado por ella. La influencia de los padres es de vital importancia en la actitud del niño hacia la odontología.

Ningún padre, por lo tanto, deberá decir a su hijo que va a experimentar dolores intensos. Pero tampoco debe mentir sobre las molestias de la odontología. Debe emplearse honestidad sin exageraciones emocionales.

Los temores subjetivos también pueden experimentarse por imitación. Un niño que observa miedo en otros puede adquirir temores hacia el mismo objeto o hecho tan genuinos como el que esta observando en otros. Por ejemplo, los niños frecuentemente se identifican con los padres y si el padre esta triste, el niño se siente igual; si el padre muestra miedo el niño esta temeroso.

Los temores por imitación pueden transmitirse sutilmente donde el padre puede hacer muestra de ello y el niño adquirirlo sin que alguno de los dos lo note. Estos temores ocurren regularmente y por lo tanto son difíciles de eliminar.

ANSIEDAD.

La ansiedad es un estado emocional que se origina en fuentes internas, tales como fantasías y expectativas no reales.

La ansiedad esta muy relacionada con el temor; es imposible separar totalmente el temor de la ansiedad, ya que aquel nunca se expresa sin un cierto matiz de ansiedad.

La visita odontológica provoca cierto grado de ansiedad, en casi todos los niños. Esto se presenta principalmente en el niño preescolar, quien puede experimentar no solo temor de posible dolor o daño y miedo a lo desconocido, sino también un temor de separación de la madre. El odontopediatra debe recordar que la ansiedad, es una respuesta normal y realmente necesaria en muchas situaciones, a fin de mantener la seguridad del paciente.

La confianza y la seguridad por parte del odontólogo y el personal odontológico reducirán la ansiedad.

TIMIDEZ.

La timidez es otra reacción que se observa, particularmente en pacientes de primera vez.

Una recomendación es permitir que el niño tímido sea acompañado al consultorio por otro niño paciente bien adaptado, ya que el niño tímido necesita ganar confianza en sí mismo y en el odontólogo.

La timidez puede reflejar una tensión reflejante de que los padres esperan demasiado del niño o aún lo protegen con exceso.

RESISTENCIA.

La resistencia es una manifestación de ansiedad o inseguridad y el niño se revela contra el miedo. El organismo humano lucha por canalizar su ansiedad y su angustia en otras direcciones, y puede manifestarlas hacia afuera en forma de agresión o hacia adentro en forma de aislamientos de todo contacto humano o incluso regresión, es decir, retorno a un estado más infantil. Esto lo puede hacer el niño golpeándose contra las paredes, gritando salvajemente en medio de una rabieta. Las reacciones regresivas son aquellas en las cuales el niño sufre un retroceso en su madurez, comportándose de una forma más infantil de lo normal, por ejemplo: comenzando por chuparse el dedo aunque hubiera abandonado ese hábito hace ya tiempo. Este tipo de reacciones son importantes señales de alarma que deben considerarse para tratar de descubrir que es lo que atemoriza al niño.

LLANTO.

El niño generalmente llora mientras esta en el sillón dental, sin embargo, no todo llanto tiene el mismo mensaje.

Se dice que existen cuatro tipos de llanto en los niños: el llanto obstinado, el llanto de temor , el llanto por daño y el llanto compensatorio.

* **LLANTO OBSTINADO.**- Este llanto es fuerte, de tono agudo y se caracteriza como una sirena; el niño que tiene un berrinche para impedir el tratamiento odontológico presenta este tipo de llanto.

* **LLANTO POR TEMOR.**- Este llanto se acompaña comunmente por un torrente de lágrimas y sollozos convulsivos, como buscando aire. El niño que emite este tipo de llanto ha sido abrumado por la situación y no puede ser manejado con las mismas técnicas que se usarían con otros niños. El odontólogo debe inspirar confianza en el niño atemorizado, para que el niño pueda enfrentar la situación.

* **LLANTO POR DAÑO.**- Este llanto puede ser fuerte, sin embargo, frecuentemente va acompañado por un pequeño lloriqueo. La primera indicación de que el niño esta incómodo puede ser una sola lágrima. El llanto por daño puede ser fácilmente identificado debido a que el niño dirá voluntariamente o cuando es interrogado que se le esta provocando dolor.

* **LLANTO COMPENSATORIO.**- Este llanto se describe como "no realmente un llanto", sino como un zumbido monótono que el niño emite para amortiguar el ruido de la fresa. Esto se trata de una estrategia exitosa de enfrentamiento y por ende, el odontólogo no debe intentar detenerla.

RESPUESTAS FISIOLÓGICAS.

Para evaluar de una manera más objetiva las reacciones de los niños a las experiencias odontológicas, se han considerado sus respuestas fisiológicas, tales

como la transpiración y el ritmo cardíaco, ya que son dos actividades fisiológicas que aumentan cuando un individuo se hace aprensivo.

C) DIFERENTES TIPOS DE NIÑOS EN RELACION CON LOS AFECTOS O DESCUIDOS QUE RECIBEN DE SUS PADRES.

*** Niños cooperadores, Normales o Adaptativos.**

Son niños que permanecen física y emocionalmente relajados y cooperan durante el desarrollo del tratamiento dental.

*** Niños tenso cooperadores.**

Son niños que están tensos, pero que sin embargo cooperan. La conducta tensa cooperativa a menudo pasa desapercibida, puesto que el niño permite que sea realizado el tratamiento.

*** Niños abiertamente aprensivos.**

Son niños que se esconden detrás de su madre en la sala de recepción, usan técnicas obstaculizantes y evitan hablar o mirar al odontólogo. Estos niños eventualmente aceptan el tratamiento odontológico.

*** Niños temerosos.**

Son niños que requieren considerable apoyo a fin de vencer su temor a la situación odontológica. No han tenido el menor contacto con personas fuera del ambiente hogareño, son incapaces de alternar o convivir con personas extrañas.

*** Niño terco o desafiante.**

Es aquel que se siente capaz de retar al odontólogo en un momento dado, ya que suele comportarse de una manera retadora o de mucha autosuficiencia.

*** Niño hiperactivo.**

Son niños que están agudamente agitados y adoptan una estrategia defensiva de lucha, tal como gritar o patear. Generalmente estos niños no soportan estar largo tiempo en el sillón dental.

*** Niños sobreprotegidos.**

Niños que generalmente son berrinchudos y fanfarrones, no aceptan sugerencias de otras personas que no sean sus padres.

*** Niños que reciben afecto exagerado.**

Son niños que demuestran estar inadecuadamente preparados para valerse por sí mismos, ya que en la mayoría de los casos, la madre es quien decide por ellos, logrando con esto que el niño sea incapaz de conducirse por sí solo.

*** Niños carentes de afecto.**

Son niños que sufren por la indiferencia y desapego que les demuestran sus padres; lo cual trae como consecuencia que el niño se vuelva inseguro e incapaz de enfrentarse a cualquier circunstancia.

*** Hijo único.**

Niño que recibe excesivas manifestaciones de cariño, ansiedad y protección. Generalmente los niños que se encuentran en esta situación pueden ser caprichosos, tímidos, miedosos o retraídos.

*** Niños con padres autoritarios.**

Son niños que se vuelven asustadizos y presentan tensión física o emocional, por lo que son incapaces de convenir con los demás.

*** Niño incorregible.**

Niño que tiende a lloriquear, patear y golpear lo que está a su alcance; por otra parte inventa infinidad de situaciones terribles para que no lo lleven al dentista.

*** Niño miedoso.**

Niño que puede sufrir realmente miedo por el tratamiento dental, o bien, se encuentra amenazado constantemente con algunas frases, por ejemplo: si no te portas bien te van a inyectar.

*** Niño enfermizo.**

Niños que debido a diversos problemas de salud, han estado relacionados con el medio hospitalario, por lo tanto, en su mayoría son cooperadores ante el tratamiento dental.

D) NIÑOS REACIOS

Se dice que en el análisis de niños con problemas de conducta, es menor el número de niños con alteraciones emocionales que el de los introvertidos, y éstos son menos que los atemorizados. La cantidad de niños atemorizados es inferior a quienes no desean obedecer a las figuras de autoridad.

Los estudiantes de odontología y los clínicos con muy poca experiencia en la odontología pediátrica y los padres de los niños no cooperadores creen casi siempre que los niños se comportan mal en el consultorio dental debido al temor

a la consulta dental. A la inversa los clínicos con más edad y experiencia no favorecen tanto la teoría del miedo, aseveran que el comportamiento inapropiado no se relaciona con la cita. Argumentan que estos niños no superan bien cualquier clase de stress, quienes, tan solo no desean trabajar con cualquier adulto que les exija algo. La autoridad es a lo que temen no a la cita odontológica.

Es preciso manejar de modo muy especial al niño con miedo terrible y genuino a la consulta; su manejo ha de ser siempre que sea posible, un esfuerzo de cooperación entre el dentista y los padres. Es normal un miedo ligero o moderado a los instrumentos dentales, en particular, a la aguja. En los niños normales mayores de 3 años de edad que cuentan con un dentista competente quien se toma el tiempo para educarlos con el sistema de: decir, mostrar y hacer. Como técnica primaria es posible eliminar estos temores o ubicarlos en una situación tratable.

E) ASPECTOS QUE SE DEBEN CONSIDERAR EN LA ORIENTACION DE LA CONDUCTA DEL NIÑO.

- 1.- El manejo exitoso del niño depende del cariño, firmeza y capacidad del odontólogo para pasar por alto las demostraciones iniciales de no cooperación.
- 2.- El odontólogo deberá ser lo más amistoso posible tratando de dar a entender la importancia que tiene el tratamiento del niño para su bienestar.
- 3.- Si el niño muestra un mal hábito deberá ser rechazado o vencido desde el comienzo.

4.- El odontólogo debe elogiar todos los buenos hábitos y debe esperar el momento apropiado para felicitar al niño.

5.- Si el niño no coopera y no reconoce que el trabajo que se le hace es importante, el dentista no debe de perder el enfoque positivo principalmente en el control de la voz.

F) COMUNICACIÓN CON EL NIÑO.

Uno de los objetivos primordiales en el manejo del niño es establecer una comunicación, para hacerle sentir que el odontólogo está interesado en ayudarlo, explicándole la importancia de la visita odontológica; de esta manera la comunicación ayudará a que el niño acepte el tratamiento y se sienta seguro tanto física como emocionalmente.

Además, el odontólogo tendrá que considerar los siguientes puntos para mantener una buena comunicación con el niño.

- 1.- Tomar en cuenta lo menos posible el miedo del niño.
- 2.- Comenzar a trabajar con los tratamientos más sencillos y posteriormente continuar con los complicados.
- 3.- Explicarle al niño lo que se le va a hacer de manera que pueda entenderlo.
- 4.- Tratar de evitar los factores que causen miedo al niño, por ejemplo:
 - Tener cerca instrumentos filosos
 - Utilizar un vocabulario que provoque miedo
 - Olores desagradables.

4.- El odontólogo debe elogiar todos los buenos hábitos y debe esperar el momento apropiado para felicitar al niño.

5.- Si el niño no coopera y no reconoce que el trabajo que se le hace es importante, el dentista no debe de perder el enfoque positivo principalmente en el control de la voz.

F) COMUNICACIÓN CON EL NIÑO.

Uno de los objetivos primordiales en el manejo del niño es establecer una comunicación, para hacerle sentir que el odontólogo está interesado en ayudarlo, explicándole la importancia de la visita odontológica; de esta manera la comunicación ayudará a que el niño acepte el tratamiento y se sienta seguro tanto física como emocionalmente.

Además, el odontólogo tendrá que considerar los siguientes puntos para mantener una buena comunicación con el niño.

- 1.- Tomar en cuenta lo menos posible el miedo del niño.
- 2.- Comenzar a trabajar con los tratamientos más sencillos y posteriormente continuar con los complicados.
- 3.- Explicarle al niño lo que se le va a hacer de manera que pueda entenderlo.
- 4.- Tratar de evitar los factores que causen miedo al niño, por ejemplo:
 - Tener cerca instrumentos filosos
 - Utilizar un vocabulario que provoque miedo
 - Olores desagradables.

- **Escuchar el ruido de la turbina, sin explicar previamente su funcionamiento.**

CAPITULO V

MANEJO DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS

La conducta de los niños es moldeada por los padres por medio del aliento y desaliento de conductas determinadas, por medio de sus técnicas disciplinarias y por la libertad que permiten.

Los niños en sus primeros años aprenden especialmente de sus padres, lo que supuestamente deben o pueden hacer y las conductas que les están prohibidas. Debido a esto, los padres pueden desempeñar un papel importante en el tratamiento odontopediátrico, ya que la odontología es simplemente otra faceta de la vida con la cual los pequeños deben enfrentarse. Aunque es responsabilidad del equipo odontológico modelar la conducta del niño en el consultorio odontológico, el apoyo y la comprensión de los padres son necesarios para dicho fin.

A) CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA PATERNA.

Generalmente sin la cooperación de los padres es poco lo que se puede hacer con los niños, desde el punto de vista de mantener las sesiones programadas, reforzar las pautas de comportamiento positivo y supervisar los cuidados en el hogar; la falta de logro de la cooperación paterna resultará finalmente en una incapacidad para alcanzar los objetivos deseados con el niño. Por lo tanto, es importante basarse en un sistema de clasificación para evaluar la capacidad de cooperación del padre y posteriormente hacer un programa que aliente a una cooperación positiva.

*** Cooperativos.**

Son los padres que demuestran un alto nivel de conciencia odontológica. Con frecuencia estos padres aprecian los servicios prestados desde el punto de vista clínico y de conducta, existiendo un alto grado de confianza inicial y sólo es necesario reforzar esa confianza para establecer una relación duradera con el padre.

La mayoría de los padres de este grupo quieren realmente lo mejor para su hijo y aceptan prontamente el consejo profesional.

*** Potencialmente Cooperativos.**

Son los padres que pueden ser agresivos y, a veces, exigentes pero si se trazan los lineamientos del tratamiento y se marcan los objetivos a corto y largo plazo, entonces se suele establecer la confianza.

Los padres que pertenecen a este grupo pueden tener una gran conciencia odontológica y necesitan solo un refuerzo positivo, de que su hijo será propiamente tratado. Por otra parte, algunos pueden tener un conocimiento extremadamente limitado de la odontología y requerirán minuciosas y pacientes explicaciones.

*** Capacidad cooperativa limitada.**

Son los padres con los cuales es extremadamente difícil la comunicación ya que pueden alojar muchas hostilidades hacia la odontología. Frecuentemente esto es el resultado de experiencias negativas previas, algunas tan severas como para destruir permanentemente la confianza.

Otro factor contribuyente puede ser el desinterés total o la fuerte convicción de que la odontología en los niños no es importante. A veces, pese a los más serios esfuerzos, estos padres sencillamente no responderán a razones aparentemente lógicas para la salud dental. En estas circunstancias, aún se puede hacer un intento por establecer la comunicación, pero se puede esperar un fracaso periódicamente.

B) ACTITUDES INCONVENIENTES DE LOS PADRES.

*** Padres sobreprotectores.**

Las actitudes de los padres sobreprotectores a menudo impiden el progreso natural del niño hacia su independencia.

Un ejemplo puede ser cuando un padre insiste en permanecer con el niño, en cualquier situación. Esta actitud puede surgir de factores como: - que el padre o la madre fué criado en un hogar donde faltaba calor y amor, - desajustes en la familia, -por ciertas perturbaciones psíquicas del padre o la madre.

*** Padres manejadores.**

El comportamiento manipulador de estos padres se manifiesta por actitudes demasiado exigentes. Inicialmente, las demandas pueden centrarse en la hora de la consulta pero pueden extenderse hasta pretender dirigir el diagnóstico o el tratamiento. Como las exigencias ó manejos pueden ser contrarios a las normas de atención en el consultorio o a los mejores intereses de la salud bucal del niño, el odontólogo debe regular la situación y manejar a los padres.

*** Padres hostiles.**

Son los padres que cuestionan la necesidad de tratamiento. Por lo general, no se trata de curiosidad porque las preguntas las hacen de modo receloso. La razón de la hostilidad puede ser el resultado de :

- Malas experiencias personales con la odontología.
- Negativismo general hacia los profesionales de la salud.
- Sentimientos de inseguridad.
- Errores de concepto en cuanto a la odontología.

El odontólogo debe tener paciencia con estos padres, porque puede ser que simplemente no entiendan el tratamiento que se propone.

*** Padres negligentes.**

Estos padres generalmente se descubren por que no cumplen con las citas, faltan a las consultas de seguimiento y no controlan la higiene ni los hábitos de acuerdo con lo programado. Algunos de estos padres pueden no apreciar los beneficios de la buena atención odontológica, a pesar de que llevan a sus hijos al odontólogo. Otros que reconocen la importancia de la odontología para sus hijos pueden no ser cuidadosos o estar muy ocupados con sus actividades cotidianas como para ocuparse de la odontología con la debida atención. Es necesario aconsejarlos para convencerlos y hacer que reconozcan la importancia de la odontología para sus hijos.

C) GUÍA A LOS PADRES SOBRE EL TRATAMIENTO DENTAL.

Se puede lograr que los padres comprendan que una vez en el consultorio el

odontólogo sabe mejor como preparar emocionalmente al niño para el tratamiento necesario. Los padres deberán tener confianza total en el odontólogo y confiar a su hijo a su cuidado.

Si se informa a los padres de ciertas reglas a seguir antes de traer al niño al consultorio, será de gran ayuda para ellos y para su hijo. La guía a los padres sobre el tratamiento dental deberá empezar de preferencia antes de que el niño tenga edad suficiente para ser impresionado adversamente por influencias externas.

1a. Regla.

Pida a los padres que no expresen 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. También los padres deben ocultar sentimientos de ansiedad, especialmente en expresiones faciales cuando llevan a su hijo al dentista.

2a. Regla.

Instruya a los padres para que nunca utilicen la odontología como amenaza o castigo; ya que en la mente del niño se asocia castigo con dolor y cosas desagradables.

3a. Regla.

Pedir a los padres que familiaricen a su hijo con la odontología llevándolo al dentista para que se acostumbre al consultorio y empiece a conocerlo. El odontólogo deberá cooperar plenamente, saludando al niño con amabilidad y llevándolo a recorrer el consultorio, explicando y haciendo demostraciones con

el equipo; al final del recorrido, un pequeño regalo hará que el niño sienta que acaba de hacer un amigo.

4a. Regla.

Explique a los padres que si muestran valor en asuntos odontológicos esto ayudará a dar valor a sus hijos; pues existe una correlación entre los temores de los niños y los de sus padres.

5a. Regla.

Aconseje a los padres sobre el ambiente en casa y la importancia de actitudes moderadas por parte de la familia para llegar a formar niños bien centrados. Un niño bien centrado es generalmente un paciente dental bueno.

6a. Regla.

Recalque el valor de obtener servicios dentales regulares, no tan solo para preservar la dentadura, sino para formar buenos pacientes dentales. Desde el punto de vista psicológico, el peor momento para traer a un niño al consultorio es cuando sufre un dolor de dientes.

7a. Regla.

Pida a los padres que no sobornen a sus hijos para asistir a la consulta dental. Este método significa para el niño que pueden enfrentarse a algún peligro.

8a. Regla.

Instruya a los padres para que nunca traten de vencer el miedo al tratamiento de su hijo por medio de burlas, o ridiculizando los servicios dentales.

9a. Regla.

Los padres deberán estar informados de la necesidad que existe de combatir todas las informaciones perjudiciales sobre odontología que pueden llegar de fuera.

10a. Regla.

El padre no debe prometer al niño lo que va a hacer ó no el odontólogo. El dentista no debe ser colocado en una situación comprometida, donde se limite lo que puede hacer para el niño. Tampoco deberá prometer que el odontólogo no le hará daño, ya que las mentiras solo llevan a la decepción y desconfianza.

11a. Regla.

Varios días antes de la cita se le comunicará al niño de manera natural que ha sido invitado a visitar al dentista; pero nunca se deberá forzar la visita mostrando al niño exceso de simpatía, miedo o desconfianza.

12a. Regla.

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 se les indique.

CAPITULO VI

INFLUENCIA MATERNA

El ambiente hogareño es un factor importante en el desarrollo de los patrones de conducta y de la personalidad de un niño. El padre y la madre juegan papeles importantes en el desarrollo psicológico de sus hijos; pero se enfatiza sobre el papel de la madre. Esto se debe a que las madres tienen generalmente, más contacto con sus hijos que los padres, pues se cree que las relaciones madre-niño son más íntimas que las de padre-niño.

Las influencias maternas sobre el desarrollo mental, físico y emocional de los niños comienzan antes del nacimiento. El patrón de la relación madre-niño durante la niñez temprana ejerce una profunda influencia sobre el desarrollo de la personalidad del niño, y afecta la manera en la que responderá a una nueva situación.

A) EFECTO DE LAS ACTITUDES MATEERNAS.

* Sobreprotección.

La sobreprotección es una exageración de amor y afecto que tienen las madres hacia sus hijos, y puede ser potencialmente nociva para el desarrollo normal de un niño.

Existen diversas causas que estimulan la sobreprotección materna, por ejemplo:

- Abortos previos.
- Larga espera en la concepción.
- Un periodo de esterilidad.
- La muerte de un hermano.
- Impotencia de tener más hijos.
- Enfermedad o impedimento en el niño.
- Ausencia paterna por muerte o divorcio.

La madre sobreprotectora da al niño cuidados excesivos en la alimentación, higiene y vestidos; y está constantemente involucrada en las actividades sociales del niño, impidiéndole correr los riesgos ordinarios del juego; por otra parte demuestra gran aprensión respecto a los problemas médicos y odontológicos de rutina.

La conducta de la madre sobreprotectora puede ser dominante o indulgente. Los niños de madres sobreprotectoras dominantes presentan extrema timidez, ansiedad y una conducta sumisa. Estos niños comúnmente son pacientes odontológicos cooperadores, pero difíciles para establecer comunicación.

Los niños de madres sobreprotectoras indulgentes son agresivos y exigentes, esperan una atención y servicio constante. Las negativas a sus deseos pueden producir berrinches o ataque físico. Estos niños comúnmente no se mostrarán ansiosos en el consultorio dental, sin embargo, pueden esperar o exigir la atención del odontólogo.

*** Sobreindulgencia.**

Los padres sobreindulgentes dan al niño todo lo que quiere, en cuanto a aspectos materiales posibles como juguetes, ropas, golosinas, etc., y

generalmente aplican pocas restricciones sobre la conducta de su hijo.

Los niños de madres sobreindulgentes son niños agresivos, exigentes y malcriados, por lo que estos niños esperan actuar de la misma manera en el consultorio odontológico, pero en el momento que no puedan comenzarán a hacer berrinches de igual forma que controlan las situaciones en su hogar.

*** Carencia afectiva.**

La carencia afectiva varía desde una leve despreocupación a la indiferencia, o al descuido. Puede comenzar durante el embarazo o desarrollarse más tarde, en la niñez.

Los niños que experimentan la carencia de afecto materno, generalmente son de buen comportamiento, aparentan ser bien adaptados, tienden a ser inseguros, lloran fácilmente, son tímidos y no pueden o no quieren cooperar.

Estos niños pueden responder a un sustituto, tal como el odontólogo, quién les dará el apoyo emocional y el afecto necesario.

*** Rechazo.**

El rechazo materno surge bajo cualquier circunstancia en la cual el niño no es querido.

El niño puede ser rechazado debido a diferentes causas por ejemplo, un matrimonio inestable, inmadurez de la madre, el nacimiento del niño que interfiere con la carrera de la madre u otras ambiciones.

En este caso la conducta de la madre se caracteriza por el descuido del niño, frecuentes castigos, regaños y resistencia a gastar dinero o tiempo en él.

Estos niños pueden mostrar una ansiedad extrema y ser agresivos, hiperactivos y desobedientes.

Como pacientes odontológicos suelen ser difíciles y requieren una considerable modificación de la conducta por parte del odontólogo.

* **Autoritarismo.**

La madre autoritaria controla la conducta de su hijo e insiste en que se adapte a su serie de normas y emplea mucho esfuerzo para entrenarlo de acuerdo a esas pautas.

Las características del hijo de una madre autoritaria son la pérdida de tiempo y la conducta evasiva.

B) PRESENCIA DE LA MADRE EN EL CONSULTORIO DENTAL.

Generalmente los odontólogos prefieren tener a los padres fuera del consultorio mientras los niños están en tratamiento, debido a que la mayoría de éstos se comportan satisfactoriamente sin un padre presente. Realmente, a medida que los niños se hacen mayores y desarrollan una independencia emocional, ellos mismos prefieren que su madre o su padre se queden en la sala de recepción, ya que si un niño ha de mostrar una conducta no cooperadora, la presencia de la madre prestará a veces apoyo para este tipo de conducta, al mismo tiempo que puede limitar las técnicas de control de la misma por parte del odontólogo. Sin

embargo, la madre no deberá ser rutinariamente excluida del consultorio, pues existen ciertas ocasiones cuando su presencia es deseable y realmente estimula la conducta positiva por parte del niño.

Los niños pequeños son propensos a temores, incluyendo el temor a lo desconocido y al abandono. En este caso la presencia de la madre puede servir para minimizar los temores del niño pequeño, ofreciendo apoyo emocional durante esta experiencia.

De igual manera la presencia de la madre puede ser una influencia positiva sobre la conducta de los niños pequeños en su primera visita odontológica.

CAPITULO VII

FACTORES QUE ESTAN BAJO EL CONTROL DEL ODONTOLOGO

A) EL ODONTÓLOGO.

El odontólogo es la fuerza principal en el consultorio dental, ya que debe poner el ejemplo a todo el personal odontológico. Es importante que se mantenga objetivo y conserve su capacidad para evaluar a los niños.

El odontólogo tiene el compromiso de ser cortés y tratar siempre al niño como si fuera el único paciente que ve en el día. Al hablar con los niños el odontólogo deberá ponerse a su mismo nivel en posición y conversación, en palabras e ideas, pues no tiene ningún valor usar palabras demasiado difíciles que el niño no pueda comprender.

El odontólogo nunca deberá perder su dominio y enfadarse. La ira, como el miedo, es una reacción emocional inmadura. La ira disminuye su capacidad de razonar claramente y de tener las reacciones adecuadas. Si el odontólogo pierde su control y eleva la voz, solo asustará más al niño y se le dificultará más aún su cooperación. Si el odontólogo no puede evitar enfadarse es mejor despedir al niño.

La vestimenta del odontólogo y su aspecto general crean una impresión significativa en el niño. Los uniformes no son una necesidad absoluta, pero si acostumbra usarlos son preferibles en colores alegres.

El odontólogo tiene la responsabilidad de establecer relaciones amistosas con los pediatras y médicos, debido a que frecuentemente los servicios de un pediatra o de un médico serán de gran ayuda al diagnosticar algunos problemas. Por ejemplo, si un niño parece estar enfermo y no se presentan síntomas bucales, debe recomendarse al niño a su pediatra para que le haga el diagnóstico y lo trate. Por otra parte, el pediatra a su vez, recomendará niños con problemas dentales al odontólogo.

B) PERSONAL ODONTOLÓGICO.

Es importante que el odontólogo seleccione la ayuda adecuada, ya sea un higienista, un ayudante o una secretaria.

En un consultorio de odontopediatría es indispensable la utilización de las ayudantes, porque:

- 1.- Disminuye el período de tiempo de la visita dental.*
- 2.- Disminuye el número innecesario de pasos y movimientos, lo que reduce el cansancio del dentista.*
- 3.- El dentista trabaja con más eficiencia y rapidez.*

Todos deben conocer sus deberes, tener conciencia de qué está sucediendo en el consultorio y comprender los objetivos perseguidos.

La vestimenta del personal debe ser alegre y atrayente para los pequeños.

C) ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR LA CONDUCTA COOPERADORA DEL NIÑO.

*** Obtención de datos y Observación.**

La obtención de datos implica recopilar información sobre el niño y sus padres en una entrevista formal o informal en el consultorio, o mediante un cuestionario escrito.

La observación involucra la percepción de las características de conducta de un niño, y comienza examinando la conducta del niño en la sala de recepción, incluyendo la interacción con el padre y deberá advertirse la actitud del niño cuando es separado de su padre y su conducta en el primer contacto con el odontólogo.

Esto permite al odontólogo modificar su relación con el niño, de acuerdo con la percepción de la personalidad individual del niño y de esta manera el odontólogo puede esforzarse en estimular al niño apático, apaciguar al niño ansioso y aliviar la inquietud del niño con dolor.

*** Estructuración.**

La estructuración se refiere al establecimiento de las líneas guías de conducta comunicadas por el odontólogo y el personal odontológico al niño. Por ejemplo:

- 1.- El odontólogo explica al niño en un lenguaje que pueda comprender el propósito del tratamiento odontológico .
- 2.- El odontólogo debe preparar al niño para cada fase del tratamiento.
- 3.- El odontólogo divide cada procedimiento en etapas, así durante el procedimiento operatorio las fases podrían incluir la colocación del dique de hule, la preparación de la cavidad, la remoción de caries, la colocación de la matriz, la condensación y el tallado, y así sucesivamente.

4.- El odontólogo debe preparar al niño para cada cambio de sensación, antes que la experimente. Este incluye la modificación de la posición del sillón, el posible dolor, la sensación como respuesta del anestésico local, la vibración de la pieza de mano de baja velocidad y el ruido de la pieza de mano de alta velocidad.

5.- El odontólogo debe informar al niño cuándo ha sido programada la próxima visita, y qué se le hará en ella.

*** Externalización.**

La externalización es un proceso por el que la atención del niño es enfocada fuera de las sensaciones asociadas con el tratamiento odontológico.

El procedimiento de la inyección local es un ejemplo del requerimiento constante de la externalización.

Durante este procedimiento, los niños tienden a enfocar toda su atención, percepción y sensación en el sitio de la inyección.

Existen dos métodos de externalización de la atención del paciente: el primero, involucra al niño en una actividad verbal; y el segundo, en una actividad odontológica.

El primer método es apropiado durante el procedimiento de la inyección y se lleva a cabo de la siguiente manera: antes de aplicar la inyección, el odontólogo puede decirle al niño que cuente lentamente hasta diez, y cuando termine de contar el procedimiento habrá terminado; es así como el odontólogo inicia la inyección y comienza a contar, y a medida que cuenta, le pide al niño

4.- El odontólogo debe preparar al niño para cada cambio de sensación, antes que la experimente. Este incluye la modificación de la posición del sillón, el posible dolor, la sensación como respuesta del anestésico local, la vibración de la pieza de mano de baja velocidad y el ruido de la pieza de mano de alta velocidad.

5.- El odontólogo debe informar al niño cuándo ha sido programada la próxima visita, y qué se le hará en ella.

*** Externalización.**

La externalización es un proceso por el que la atención del niño es enfocada fuera de las sensaciones asociadas con el tratamiento odontológico.

El procedimiento de la inyección local es un ejemplo del requerimiento constante de la externalización.

Durante este procedimiento, los niños tienden a enfocar toda su atención, percepción y sensación en el sitio de la inyección.

Existen dos métodos de externalización de la atención del paciente: el primero, involucra al niño en una actividad verbal; y el segundo, en una actividad odontológica.

El primer método es apropiado durante el procedimiento de la inyección y se lleva a cabo de la siguiente manera: antes de aplicar la inyección, el odontólogo puede decirle al niño que cuente lentamente hasta diez, y cuando termine de contar el procedimiento habrá terminado; es así como el odontólogo inicia la inyección y comienza a contar, y a medida que cuenta, le pide al niño

que cuente con él. Este simple procedimiento cumple varias finalidades, primero distrae al niño de la inyección, ya que no se concentrará en ella sino en contar, también lo involucra debido a que tiene que contar junto con el odontólogo y además le indicará exactamente cuándo estará completada esta fase de la terapia.

Otro enfoque es el de averiguar con anterioridad los intereses del niño, y a medida que se lleva a cabo la inyección, el odontólogo debe platicar con el niño sobre sus principales gustos e intereses y le hará preguntas que requieran respuestas de "sí" o "no".

Durante el transcurso de la visita, el odontólogo puede involucrar al niño en la plática sobre sus programas preferidos de la televisión, sus hobbies, deportes que practica, sus animales, etc. La plática puede ser solo por parte del odontólogo, puesto que el niño con los instrumentos dentales en su boca no podrá responder verbalmente, sin embargo, puede mostrar signos de participación como levantar su mano y mover algún dedo de la misma, abrir y cerrar sus ojos o inclinar su cabeza, entre otros.

D) ACTITUDES PARA ESTIMULAR LA CONDUCTA COOPERADORA DEL NIÑO.

*** Empatía y apoyo.**

La empatía es la capacidad de comprender y experimentar los sentimientos de otros sin perder la propia objetividad.

Los odontopediatras deben tener la sensibilidad y la capacidad de responder a los sentimientos de los niños.

El odontólogo puede brindar este tipo de apoyo a sus pacientes, si considera los siguientes puntos:

1.- Permitir a los niños que expresen sus sentimientos de temor o de enojo, y sus deseos.

2.-Comunicar a los niños que sus reacciones son comprendidas.

3.- Confortar a los niños cuando sea apropiado. Esto se puede hacer mediante una cuidadosa elección de palabras, el tono de la voz, y dándole una palmadita o abrazo.

4.- Estimular a los niños cuando muestren una conducta aceptable.

5.- Escuchar los comentarios de los niños cuando desean hablar.

** Autoridad flexible.*

La autoridad del odontólogo tendrá que ser moderada en un grado de flexibilidad con el objeto de cumplir con las necesidades del paciente o la situación particular.

Cuando una visita dental se deteriora porque el niño se está comportando mal o exhibiendo alguna otra conducta interruptiva, el odontólogo debe considerar si la conducta es por falta de madurez del niño, o si él mismo ha contribuido a la situación por su manera de acercarse al niño. Si la causa se debe a esta última, el odontólogo deberá asumir una actitud lo suficientemente flexible como para permitirle modificar sus acciones en las futuras visitas.

** Educación y entronamiento.*

Los odontopediatras en general, deberán establecer un programa que eduque tanto a los niños como a sus padres, con respecto a lo que constituye la buena salud dental.

Por ejemplo, este programa deberá incluir asesoramiento en cómo llevar a cabo una correcta higiene bucal y un buen régimen dietético, entre otros.

Por otra parte es importante que los padres sean incluidos en este proceso educativo, ya que son los que tienen mayor influencia en el hogar.

E) PRINCIPIOS DE MANEJO DE LA CONDUCTA QUE SE CONCENTRAN ALREDEDOR DE LA ACTITUD E INTEGRIDAD DEL EQUIPO ODONTOLÓGICO.

*** La actitud del equipo.**

Los factores de personalidad, como la calidez y el interés, pueden transmitirse sin necesidad de hablar y son críticos al tratar con niños.

Una sonrisa amable dice al niño que el adulto lo cuida. Al ser los niños informales, responden mejor a una actitud natural y amistosa, que puede transmitirse de inmediato al niño mediante el saludo casual. Puede hacerse que los niños se sientan cómodos llamándolos por su sobrenombre, que se habrá registrado en la historia obtenida de los padres. El conocimiento de las actividades extra escolares del niño, como los deportes que practica y otros hobbies, ayudan a iniciar futuras conversaciones demostrando una actitud amistosa y cariñosa al niño.

*** Organización.**

El proyecto del consultorio odontológico tiene muchas dimensiones. Cada consultorio odontológico debe tener su propio programa para contingencias, y todo el personal debe conocer con antelación qué se espera de ellos y qué deben

hacer. Tales programas son una característica clave en muchos consultorios odontopediátricos porque aumentan la eficiencia y contribuyen a las buenas relaciones niño-personal del equipo asistencial.

También se debe disponer de un plan tratamiento escrito, bien organizado y disponible para todo el equipo odontológico. Las demoras e indecisiones pueden crear aprensión en el niño.

*** Veracidad**

A diferencia de los adultos, la mayor parte de los niños ve las cosas como "blancas" o "negras". Para los niños, el equipo odontológico asistencial será veraz o no. Como la veracidad es extremadamente importante para generar confianza, es una regla fundamental para tratar con los niños.

*** Tolerancia**

Se refiere a la capacidad del odontólogo para enfrentar racionalmente la mala conducta, manteniendo la compostura.

*** Flexibilidad.**

Dado que los niños son niños y les falta madurez, el equipo asistencial deberá estar preparado para cambiar a veces sus planes; ya que un niño puede comenzar a inquietarse o retorcerse en el sillón después de media hora y el tratamiento propuesto deberá ser acertado.

Por eso el equipo asistencial debe ser flexible.

F) HABILIDAD Y RAPIDEZ DEL ODONTOLOGO.

El odontólogo deberá realizar el tratamiento con destreza, rapidez y mínimo de dolor.

Es conveniente tener un ayudante durante la atención de los niños, que pueda controlar determinadas situaciones mientras el operador trabaja.

Los instrumentos que han de utilizarse deberán estar a la mano para que no sea necesario dejar solo al niño en lo que se buscan y perder tiempo cuando ya ha empezado la operación.

El odontólogo deberá trabajar suave y cuidadosamente y no perder tiempo en movimientos innecesarios, ya que el niño puede soportar molestias si sabe que pronto terminarán.

G) PROGRAMACION Y DURACIÓN DE LA VISITA.

Es muy importante manejar una correcta elección para el momento en que el niño reciba su consulta, ya que un manejo equivocado de horarios puede influir en su conducta.

Deben elegirse las primeras horas de la mañana para los niños más pequeños. Un niño pequeño, puede aceptar más fácilmente el tratamiento si es temprano, pues entre más tarde, se sentirá más cansado y el odontólogo estará más capacitado para lidiar con las reacciones del niño durante la mañana.

Un niño puede negar totalmente su cooperación cuando viene a la visita en

la hora de su siesta, por lo que es conveniente, pedir con anterioridad al padre la hora de siesta del niño y no se le de cita a esa hora.

En cuanto a la duración de la visita, éstas tienen que ser cortas principalmente en niños muy pequeños, hasta que se familiaricen con la serie de procedimientos y adquiera confianza en sí mismo y en el odontólogo.

H) AMBIENTE DEL CONSULTORIO DENTAL.

Crear un medio que atraiga al niño, es uno de los métodos más fáciles para reducir los niveles de ansiedad.

Las necesidades ambientales del niño difieren de las del adulto, y es recomendable planificar un consultorio odontológico que aliente un sentimiento de comodidad y familiaridad en el niño.

Es conveniente establecer una área recreativa o de juego con decoraciones y accesorios que describan situaciones como el circo, el oeste, el espacio, etc., que dan un toque de fantasía al consultorio; una pecera es siempre una fuente de entretenimiento, y puede ser colocada en la sala de recepción o en la sala de tratamiento o en un lugar en que el niño pueda verla; una música apenas audible y relajante en la sala de recepción tiene efectos reconfortantes en los padres y en el niño. También deberá haber lecturas para adultos, además de las infantiles, tener sillas y mesas para niños donde puedan sentarse a leer.

Si un consultorio es limpio, colorido, tranquilo y con decoración infantil, ayudará mucho a reducir la aprensión.

CAPITULO VIII

INFLUENCIAS DEL MEDIO AMBIENTE SOBRE LA CONDUCTA DEL NIÑO

Se dice que el medio ambiente es el conjunto de factores externos e internos que pueden modificar la conducta y la personalidad del niño.

Un componente del medio ambiente es el medio social, el cual está constituido por la familia y sus relaciones, el mundo de la escuela y el mundo de los demás adultos.

A) INFLUENCIA FAMILIAR.

La influencia de los padres y los hermanos sobre la visión del niño respecto a la odontología es un factor importante para lograr el interés por parte del niño hacia un buen seguimiento de las instrucciones del odontólogo, así como también la realización y continuidad del tratamiento.

Esta influencia puede ser positiva o negativa. Si es positiva, el niño se sentirá alentado a responder favorablemente hacia el medio odontológico, pues la buena información y disposición por parte de los miembros de la familia aunado con la confianza que el niño reciba de la misma, fomentarán las buenas respuestas del niño en relación a la odontología en general.

Por otra parte, en caso de ser negativa, desalentará las actitudes

positivas que pudiera tener el niño, esto depende en gran parte de la unidad familiar, del interés de los padres por los hijos, de la confianza que exista entre los miembros de la familia y de las malas experiencias odontológicas vividas ya sea por los padres o los hermanos mayores que le sean transmitidas al niño.

B) INFLUENCIA ESCOLAR.

La influencia escolar es aquella que se capta dentro de un centro formativo, donde el niño recibe información de los maestros y los compañeros.

Los maestros influyen en los niños de una manera positiva en la mayoría de los casos, ya que ellos son personas a quienes los niños admiran y respetan, debido a que les transmiten confianza y conocimientos.

Los maestros deben crear en los niños confianza hacia la atención odontológica, comenzando por explicarles la importancia que tiene el cuidado de la salud bucal y los posibles problemas que pueden llegar a presentarse de no realizar una buena higiene oral y de no asistir al dentista regularmente.

C) INFLUENCIA DE LOS COMPAÑEROS Y AMIGOS.

La influencia de los compañeros de escuela y amiguitos, puede ser en algunos casos negativa, ya que estos pueden transmitir sus experiencias amargas y exageradas, y la mejor forma de eliminar dichos comentarios será con el apoyo de los padres buscando la respuesta adecuada a sus preguntas.

D) INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DIFUSIVOS

Actualmente se considera la televisión como el medio más importante de comunicación masiva, el cual ha sido manejado adecuadamente por representantes de marcas de productos dentales y que llegan a la niñez en buena ruta, sin embargo el odontólogo deberá reafirmar con los productos que sean convenientes y no con los comerciales.

CAPITULO IX

TECNICAS DE CONTROL DEL PACIENTE

Para lograr el control del paciente, el primer paso es saber si el niño teme excesivamente a la atención odontológica, y por qué. Esto se puede averiguar preguntando a los padres acerca de los sentimientos personales del niño hacia la odontología y observando sus actitudes.

Posteriormente se debe familiarizar al niño con la sala de tratamiento dental y con todo el equipo, explicándole como funciona cada pieza o instrumento y los sonidos que producen; y de esta manera se podrá obtener la confianza y cooperación del niño.

Durante la primera visita, deberán realizarse solo procedimientos cortos e indoloros, pues se considera que es buena técnica pasar de las operaciones más sencillas a las más complejas, a menos que sea necesario un tratamiento de urgencia.

Desafortunadamente, los niños llegan con frecuencia al consultorio dental para su primera visita sufriendo dolores y con necesidad de un tratamiento extenso. Generalmente, en este tipo de situaciones el paciente se encuentra tenso y alterado, y es probable que el odontopediatra tenga que empezar a trabajar con el niño llorando, gritando y pateando en el sillón dental. En ese momento el odontopediatra deberá hacer uso de alguna de las técnicas de control, para poder calmar y trabajar a su paciente.

A) CONTROL MEDIANTE LA VOZ.

El control de la voz es la modificación del timbre, tono e intensidad de la misma, en un intento por dominar la interacción entre el odontopediatra y el niño.

El control de la voz es una técnica básica para manejar a los preescolares. Es muy eficaz para interceptar conductas inapropiadas tan pronto empiezan a suceder y es más o menos exitosa una vez que los comportamientos inconvenientes alcanzan su máxima expresión.

B) DECIR, MOSTRAR Y HACER.

Este método es considerado como la parte educacional, para la preparación del paciente pediátrico dental.

La técnica consiste en explicar al niño antes de realizar cualquier maniobra con qué y cómo se llevará a cabo el procedimiento del tratamiento y por último simular lo que ocurrirá, exceptuando la inyección del anestésico local.

En esta técnica, la selección de las palabras es importante, ya que el éxito estriba en que el odontopediatra posea un vocabulario sustituto para los instrumentos, aparatos y procedimientos que el niño pueda entender.

Niños mayores de tres años de edad, con historia social y estado emocional normal pueden guiarse exitosamente por medio de ésta técnica.

C) MANO-SOBRE-LA BOCA.

El objetivo de la técnica mano-sobre-la boca, es conseguir la atención del niño y controlar sus berrinches y/o ataques de ira, para que pueda escuchar al odontólogo y poder establecer comunicación.

La técnica está indicada para niños normales mayores de 3 años momentáneamente histéricos o desafiantes; pero solo deberá usarse cuando todas las otras formas de comunicación hayan fallado, ya que desde el punto de vista psicológico, esta técnica puede ser provocativa para el niño.

La técnica mano-sobre-la boca se efectua de la siguiente manera:

- 1.- El odontopediatra coloca firmemente la mano sobre la boca del niño para taparle la nariz.*
- 2.- La asistente coge las manos y pies del niño para impedir que patalee o se retuerza.*
- 3.- El odontopediatra habla al niño en voz baja y tranquila y le da las instrucciones adecuadas de lo que espera de él.*
- 4.- En cuanto el niño acepte oír, el odontopediatra quitará la mano, y explica al niño lo que va a hacer e inmediatamente le dirá algunos elogios por su conducta.*
- 5.- Si el niño empieza a gritar de nuevo cuando el odontopediatra ha quitado la mano, debe volver a colocarla inmediatamente y reiterar su petición.*

D) RESTRICCIÓN FÍSICA.

La restricción física se lleva a cabo cuando el niño presenta movimientos inapropiados durante el tratamiento dental.

Un aspecto importante de la restricción física es la conservación de la apertura bucal del niño.

Esta técnica puede efectuarse mediante el uso de cinturones, cintas, sábanas o algunos aparatos especiales.

La técnica de restricción física se emplea durante la cita limitándose a niños inmanejables, los cuales son generalmente niños muy pequeños .

E) PREMEDICACION.

Si un niño no responde a los procedimientos de manejo, ya sean físicos o psicológicos, requerirá ser sometido a terapia mediante drogas para poder realizar el tratamiento odontológico.

Se indica la premedicación para los siguientes pacientes:

- 1.- Niños muy pequeños que carecen de capacidad emocional e intelectual para cooperar.*
- 2.- Niños muy aprensivos.*
- 3.- Niños físicamente impedidos como los pacientes con parálisis cerebral, debido a que no pueden controlar adecuadamente sus actividades musculares.*
- 4.- Niños mentalmente impedidos, como los pacientes con Síndrome de down, ya que carecen de capacidad para controlar sus emociones física e intelectualmente.*

CAPITULO X

ACEPTACION DEL TRATAMIENTO DENTAL

Se dice que la clave para tener una buena aceptación del tratamiento dental es el manejo adecuado del niño.

La mayoría de los niños responden positivamente al tratamiento odontológico. Cada niño debe hacer frente al tratamiento, como una persona inteligente capaz de lograr comunicación. La manera de comunicación deberá ser modificada por el odontólogo para adecuarla a las diversas etapas de evolución emocional e intelectual del niño.

La aceptación o el rechazo del paciente infantil respecto al tratamiento dental, irá acompañado de lo que cada paciente transfiera al odontólogo y vea en él figuras representativas de autoridad y ternura como la de los padres.

Por otra parte, el que los niños acepten o rechacen el tratamiento dental, dependerá de la manera en que han sido condicionados, ya que el condicionamiento emocional del niño hacia la odontología, al igual que hacia otras experiencias que conforman la niñez, se crea principalmente en el hogar bajo la guía paterna.

Difícilmente, los niños se escapan de las enfermedades dentales, de tal manera que la mayoría de las personas llegan a tener su primer contacto con la odontología durante la infancia.

Debido a que las primeras impresiones son las más duraderas, es muy importante que cualquier servicio prestado al niño sea de excelente calidad. Para lograr dicha finalidad el odontólogo y el personal asistente deberán ser competentes, con confianza en sí mismos e interesados por el bienestar de sus pacientes.

A) ESCALA DE ACEPTACION

Se ha creado una escala para valorar las reacciones del niño frente al ambiente odontológico y su capacidad de dominar el proceso de aprendizaje en la situación dental, apoyándose en la actividad verbal, la tensión muscular y la expresión ocular.

La escala es la siguiente:

Grado 3. Aceptación positiva:

Voluntad de conversar y hacer preguntas, demostración de interés, posición relajada en el sillón dental con los brazos apoyados en él, ojos brillantes, tranquilos o vivos y móviles.

Grado 2. Aceptación indiferente:

Conversaciones o preguntas demasiado rápidas, movimientos cautelosos o indecisos y falta de atención. La expresión ocular es indiferente, pero la posición en el sillón dental sigue siendo relajada.

Grado 1. Aceptación con desgana:

Falta de conversación, de respuesta (quizás una vaga protesta) y de interés. Posición poco relajada en el sillón dental; en cuanto a los ojos, el niño parpadea o frunce el ceño.

Grado 0. No aceptación:

Manifestación de protestas verbales o físicas y probable llanto.

Se considera como la causa más evidente de que se produzca un fracaso total en la aceptación del tratamiento dental, la utilización de procedimientos lentos y dolorosos.

Para conseguir el máximo grado de aceptación, el odontólogo deberá invertir tiempo suficiente al principio y permitirle al niño adaptarse gradualmente al tratamiento dental.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Como hemos visto en el desarrollo de ésta tesis, es de suma importancia la adecuada relación entre el Odontopediatra y el niño, y por lo cual desde mi personal punto de vista quiero dar las recomendaciones y sugerencias siguientes:

A) RECOMENDACIONES A LOS PADRES.

- * Es indispensable transmitirles a sus hijos.
- Confianza y seguridad en sí mismos.
- Comprensión y dedicación.
- Un buen grado de independencia.
- Educación y orientación hacia la odontología.

B) SUGERENCIAS A LOS PADRES.

- * Deben darle a sus hijos:
- Calor de hogar.
- Un adecuado ambiente familiar.
- Amor y cariño sin excesos.
- Tiempo y lugar para atender sus cosas importantes.

C) RECOMENDACIONES A LOS ODONTOPEDIATRAS.

- * Deben transmitirle al niño:
- Confianza.
- Seguridad.
- Amistad.
- Medio ambiente.
- Conocimiento de su medio.

- * *Deben darle al niño:*
 - *El tiempo que sea necesario.*
 - *La paciencia de un santo.*
 - *El léxico intelectual al nivel de él.*

- * *Deben darle a los padres:*
 - *Indicaciones.*
 - *Tiempo para recabar información acerca del niño.*

- * *Deben darse a sí mismos:*
 - *Utilizar los productos que profesionalmente sean los requeridos y no los recomendados comercialmente.*
 - *La oportunidad de ser mejores cada día siendo éticos y profesionales.*
 - *Como la tecnología es dinámica, asistir a seminarios y actualizarse.*

En ésta mi tesis, he tratado de enmarcar la importancia de la relación "Odontopediatra" - Niño" y de motivar a abrir el apetito en preocuparse por mejorarla día a día.

"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"

NORA ANGELICA CASTILLO CASTILLO

BIBLIOGRAFIA

- DE LACTANTE A PREESCOLAR
Dra. Carmen Serra Robledo
Editorial Orbe, Habana, Cuba-1977
- EL NIÑO EN LA ODONTOLOGIA
Samuel Leyt
Editorial Mundi, SAIC y F - 1986
- MANEJO DE LA CONDUCTA ODONTOLOGICA DEL NIÑO
Louis W. Ripa
Editorial Mundi - 1984
- MANUAL DE PSICOLOGIA PARA ODONTOLOGOS
Erik Martínez Ross
Editorial Ciencia y Cultura De México - 1989
- MANUAL DE ODONTOPEDIATRIA CLINICA
Kenneth D. Snawder, D.M.D.
Editorial Labor, S.A. - 1984
- ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLECENTE
McDonald Ralph E.
Editorial Mundi - 1985
- ODONTOLOGIA PEDIATRICA
Finn Sidney
Editorial Interamericana - 1982
- ODONTOLOGIA PEDIATRICA
J.R. Pinkham
Editorial Interamericana - 1991
- ODONTOPEDIATRIA-ENFOQUE SISTEMATICO
Bent O. Magnusson
Goran Koch - Sven Poulsen
Editorial Salvat - 1985