

38
2 ejm



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PSICOLOGIA EN ODONTOPEDIATRIA
EN EL NIÑO NORMAL

T E S I S
Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a

ANGELA BRAVO ARROYO

ASESOR DE TESIS:
C.D. JOSE V. NAVA SANTILLAN



México, D.F.

1994

FALLA DE ORIGEN



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.

A MIS PADRES:

JULIO

CECILIA

A ELLOS, QUE SIEMPRE ESTUVIERON
PENDIENTES DE MI, Y ME APOYARON
EN TODO MOMENTO, PARA ALCANZAR-
LA META DESEADA.

G R A C I A S

A MIS HERMANOS:

JOSEFINA, RICARDO, MA. ELENA

ADRIAN, JULIO, MA. LUZ.

A JORGE:

**DE QUIEN HE RECIBIDO SIEMPRE
LO MEJOR PARA SUPERARME, POR
LA CONFIANZA, AMOR Y APOYO**

" G R A C I A S "

**A MI HIJO:
PARA QUE EN UN FUTURO
LE SIRVA DE EJEMPLO.**

GRACIAS

A mi Clínica Periférica.

"PADIERNA CONTRERAS"

A nuestro Jefe de Enseñanza:

C.D. Rafael Trejo Serrano

**A cada uno de los Doctores
y Personal que colaboran -
en ella**

"GRACIAS"

C.D. JOSE NAVA SANTILLAN

**QUE GRACIAS A SU APOYO Y
DESINTERESADA AYUDA SE -
LOGRO LA REALIZACION DE-
ESTA TESIS.**

INDICE

	PAGINA
INTRODUCCION	
CAPITULO I	
GENERALIDADES	3
DEFINICION DE ODONTOPEDIATRIA Y SUS FINES	3
CRECIMIENTO Y DESARROLLO	5
CRONOLOGIA	11
CAPITULO II	
NORMAS GENERALES PARA EL MANEJO DEL CONTROL Y LA AN- SIEDAD	14
A) COMUNICACION	14
B) DESENSIBILIZACION	15
C) REDUCCION DE LA ANSIEDAD MATERNA	16
D) TECNICAS DE CONDICIONES ADVERSAS	16
CAPITULO III	
EL MEDIO COMO FACTOR EN LA CONDUCTA DEL NIÑO	19
A) MIEDO Y CRECIMIENTO	19
B) TIPOS DE MIEDO	20
C) NATURALEZA DEL MIEDO	26
D) VALOR DEL MIEDO	27

CAPITULO IV	
PSICOLOGIA DEL NIÑO	34
A) PSICOLOGIA DEL DESARROLLO	35
B) COMPORTAMIENTO EMOCIONAL	37
C) DIFERENTES ETAPAS	43
CAPITULO V	
LOS PADRES EN EL CONSULTORIO DENTAL	53
A) EDUCACION DE LOS PADRES	53
B) COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES	55
1. Identidad	55
2. Ansiedad excesiva	59
3. Protección excesiva	59
4. Dominación	61
5. Rechazo	62
CAPITULO VI	
PACIENTES ESPECIALES	64
A) TECNICAS DE APLICACION PSICOLOGICA EN PAC. PROBLE MAS	64
B) NIÑOS IMPEDIDOS	69
CAPITULO VII	
RESPONSABILIDADES DEL ODONTOLOGO	73
1. Para consigo mismo	74
2. Para con su paciente	76
3. Hacia su comunidad	79

CAPITULO VIII

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL	83
1. Tec. de Reacondicionamiento	86
2. Momento y duración de la visita	87
3. Atención al paciente	88
4. Uso de palabras que inspiren miedo, halagos,- alabanzas, recompensas etc.,	89

CAPITULO IX

AMBIENTE EN EL CONSULTORIO DENTAL	92
A) AMBIENTE EN EL CONSULTORIO DENTAL	92
B) ASPECOS DEL CONSULTORIO DENTAL	92
CONCLUSIONES	97
BIBLIOGRAFIA	98

INTRODUCCION

Es importante para todos los odontólogos de práctica general y odontopediatras el manejo y cooperación de los pacientes en el consultorio dental.

En el caso de la Odontopediatria debido a la corta edad de -- nuestros pacientes debemos tener conciencia de que vemos a tratar con un ser inmaduro, que si bien no puede expresarse debidamente, si comprende lo que se le dice, por lo cual corresponde al cirujano dentista darle toda la confianza posible y conocer hasta qué punto puede manejarlo, sin que el niño se sienta atacado o con miedo al tratamiento.

Es necesaria la ayuda que los padres nos brinden y la información que le den a sus hijos, ya que de esto dependerá nuestro éxito o fracaso; en muchas ocasiones los padres no cuentan con la información adecuada para prevenir las enfermedades bucales, asistiendo al consultorio dental con los síntomas latentes como es el dolor, por consiguiente sus experiencias no han sido del todo agradables, aunado al temor infundido al niño por los amigos los cuales predisponen al menor a una experiencia dolorosa.

Es responsabilidad del odontopediatra conocer el desarrollo psicológico del niño desde el nacimiento hasta la edad de 12 años. Asimismo debemos hacer conscientes a los padres del manejo de una buena higiene oral y la preservación de los dientes primarios, de esta forma se logrará un estado de salud favorable para el niño, lo cual le

proporcionará seguridad emocional y estética ante la sociedad.

Por lo tanto el objetivo principal de este trabajo es considerar la importancia que tiene el manejo adecuado de los aspectos psicológicos de cada paciente en sus diferentes etapas, así como los patrones de conducta y el medio ambiente que los rige.

CAPITULO I.

GENERALIDADES

En este capítulo trataremos de desglosar de una manera general en primer término el concepto de odontopediatría y sus fines; así como el crecimiento y desarrollo del niño, ya que éste puede experimentar - estimulación, alegría o angustia dentro del vientre de la madre, de - ésta manera podremos conocer ¿Cómo y Por qué? llegó a ser como es; y finalmente la importancia que tiene la cronología de la dentición primaria en la Odontopediatría.

A. DEFINICION DE ODONTOPEDIATRIA Y SUS FINES.

La Odontopediatría se encarga del estudio del niño tanto física como psicológicamente, tratando de resolver los problemas dentales - que se presenten, utilizando las medidas preventivas necesarias para - un buen futuro de salud dental.

Dentro de los fines de la Odontopediatría se encuentra:

- 1) Instruir al niño al cuidado de su boca, inculcándole hábitos de limpieza.
- 2) Explicar la importancia que tiene el conservar los dientes primarios que proporcionan una función masticatoria eficiente, manteniendo así espacio apropiado para la erupción de - los futuros dientes permanentes, contribuyendo con ello al

desarrollo físico y mental del niño.

- 3) Prevenir y corregir cualquier hábito o condición que puede influir en una futura maloclusión o aparición de caries -- evitando hasta donde sea posible el dolor.
- 4) Crear en el niño un sentido de cooperación y responsabilidad hacia mejor cuidado de su boca.
- 5) Orientar a los padres sobre el tratamiento dental, obteniendo así su colaboración.
- 6) La conservación de las piezas permanentes.
- 7) Utilización de aparatos ortodónticos para la eliminación de malos hábitos.
- 8) Realizar las extracciones que impiden la erupción de los - dientes permanentes.
- 9) Colocación de mantenedores de espacio en extracciones prematuras.
- 10) Conocer la estructura anatómica de las piezas dentarias para poder establecer las técnicas adecuadas y los métodos - ideales para la preparación de cavidades y colocación de - las restauraciones adecuadas para cada caso en particular.

B. CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

Crecimiento:

Es el aumento de volumen que van realizando las estructuras, tejidos u órganos hasta llegar a tener una forma determinada.

Desarrollo:

Se refiere a la función de dicha estructura, la cual cada vez que va teniendo crecimiento la función aumenta hasta llegar a una situación preestablecida.

El crecimiento y desarrollo se divide en: Herencia y Medio Ambiente.

Herencia:

Son los cambios que sufre el organismo durante toda la vida.

Medio Ambiente:

Son los cambios que adquiere, esto puede ser de tipo congénito o adquirido.

Congénito:

Es cualquier cambio de la estructura en la vida intrauterina.

Adquirido:

Es el cambio que se adquiere después del nacimiento.

Fecundación:

Es la introducción del gameto masculino en el gameto femenino dando lugar a la célula diploide original a partir de la cual, se inicia el desarrollo.

Desde la fecundación hasta el nacimiento se divide en tres - - etapas.

1. Etapa de huevo: Es desde fecundación hasta el catorceavo - día.

2. Etapa Embrionaria: Que va desde el catorceavo día al cincuenta y seisavo día, que viene a ser la formación de tejidos u órganos

3. Etapa fetal: Que va desde el día cincuenta y seisavo hasta su nacimiento, viene a ser la maduración del organismo en general.

Dentro de cada mes de embarazo hay características específicas:

Primer mes.- Individuos cordados, se diferencian las tres capas embrionarias o germinativas.

El ectodermo.- Que da origen a:

- 1) Sistema Nervioso Central
- 2) Sistema Nervioso Periférico
- 3) Epitelio sensorial de ojo, oído y nariz
- 4) Piel, incluyendo pelo y uñas
- 5) Las Glándulas hipófisis, mamarias, sudoríparas y el esmalte de los dientes.

La hoja o capa interna se denomina endodermo que da origen a:

- 1) Revestimiento del tracto gastrointestinal
- 2) Aparato respiratorio
- 3) La vejiga

Finalmente entre éstas dos láminas se forma una tercera hoja germina -
tiva que es la Mesodérmica que da origen a:

- 1) Tejido muscular
- 2) Cartílago y hueso
- 3) Tejido subcutáneo de la piel
- 4) Sistema vascular (corazón, gonadas, bazo y glándulas suprarrenales)

Segundo mes.- Se observa la formación completa de la cabeza y al producto se le llama branquial.

La cabeza se divide en cinco arcos y una porción cefálica branquial.

Proceso cefálico.- Va a dar origen a la frente, cuero cabelludo, parte posterior de la cabeza, arcos superciliares, también a dar origen al proceso nasal medio y al lateral (porción cefálica), el medio de origen al tabique de la nariz a la parte media del labio superior, fulcrum y a la premaxila; el proceso nasal lateral da origen a las alas de la nariz y cartílago.

Primer arco branquial.- Va a dar origen a dos procesos; mandíbular y maxilar. El proceso maxilar va a dar origen a los huesos palatinos,

a la parte superior de las mejillas, partes laterales del labio superior parte interna del oído, y los huesos propios del oído. El proceso mandibular da origen a una parte de la mejilla en su porción inferior cuerpo de la lengua, músculos masticadores, músculo milohioideos y nervio trigemino.

Segundo arco branquial.- Da origen al hueso hioides, base de la lengua músculos faciales y nervio facial.

Tercer arco branquial.- Da origen al asta mayor del hueso hioides, parte superior de la faringe, una mínima parte de la base de la lengua.

Cuarto arco branquial.- Da origen a la faringe, cartílagotiroideos, cricoides y aritenoides y nervio neumogástrico.

Tercer mes de embarazo.- Se define el sexo, se forma el brote de los dientes primarios se empiezan a formar las cuerdas vocales.

Cuarto mes.- Ya se encuentran formados los pies y manos, la piel está rojiza y arrugada, tragan, se mueve y tiene productos de desecho.

Quinto mes.- Se observa la matriz del esmalte, las uñas y existe movimiento de pies y manos perceptibles por la madre.

Sexto mes.- Los párpados ya se abren, los ojos no son sensibles a la luz, aparecen papilas gustativas que las encontraremos en el paladar empiezan a formarse las cejas y pestañas.

Séptimo mes.- El encéfalo termina su desarrollo y el producto es capaz de acondicionarse, mantiene sus sistemas de temperatura.

Octavo mes.- Maduración o crecimiento.

Noveno mes.- Nacimiento.

DESARROLLO DEL DIENTE

Durante la quinta semana de desarrollo embrionario el ectodermo de la cavidad bucal desarrolla engrosamientos lineales en forma de herradura en el maxilar y mandíbula y desarrollo.

La prolongación labial externa se divide para formar la endidura o surco entre el labio y la prolongación alveolar en la mandíbula. La prolongación interna o lámina dental desarrolla una serie de engrosamientos en forma de yemas que se llaman "gérmenes dentales" y son cinco de cada lado de la mandíbula, más tarde a décima o doceava semana aparece la segunda serie de gérmenes del lado lingual de cada diente, siendo estos ocho gérmenes de cada lado. El germen dental se invagina desde abajo por medio de unas papilas del tejido conectivo y por ello da la forma de una campana, esta campana está unida a la lámina dental por medio de un cordón de células epiteliales.

La papila epitelial en forma de campana, ahora se denomina "órgano del esmalte", todo esto está envuelto en una capa de tejido conectivo llamado "Saco dental o saco pericoronario", cuando los cordones de unión entre la lámina dental y el órgano del esmalte se desa-

parecen, las células del epitelio del esmalte interno adyacente a la papila dental se agrandan y toman aspecto cilíndrico, desde este momento se les llama ameloblastos. De los cuales depende de la formación del esmalte.

En el momento que sean diferenciados los ameloblastos las células periféricas de la papila dental en contacto con los ameloblastos se disponen en forma irregular con capa de una célula, estos son los odontoblastos los cuales van a dar lugar a la formación de la dentina, tan pronto como comienza la formación de ésta, los ameloblastos empiezan a formar el esmalte capa por capa en la superficie de la dentina.

C. CRONOLOGIA DE LA ERUPCION

El cambio de la dentición o muda de los dientes es un proceso fisiológico lento, con el cual la naturaleza, resuelve entre otros, el problema dimensional en la continuidad del arco dental que se provoca al crecer el esqueleto.

El grupo de dientes que aparecen en primer término durante el proceso de evolución del organismo humano ha sido denominado "dientes temporales".

Los músculos masticadores del niño van tomando más fuerza, consecuentemente el impacto masticador es mayor. En esta época el aparato digestivo infantil va siendo gradualmente de más capacidad funcional y lógicamente los alimentos requieren mejor trituración. Por motivo del trabajo masticatorio existe mayor desgaste en las áreas de trabajo los dientes de la primera dentición.

ERUPCION DE LA PRIMERA DENTICION

Incisivo central inferior	-----	6 a 7 meses
Incisivo lateral inferior	-----	8 meses
Canino inferior	-----	11 a 12 meses
Primer molar inferior	-----	10 a 11 meses
Segundo molar inferior	-----	11 a 12 meses

Incisivo central superior	-----	8 meses
Incisivo lateral superior	-----	10 meses
Canino superior	-----	20 meses
Primer molar superior	-----	16 meses
Segundo molar superior	-----	24 meses

CADUCACION DE LA PRIMERA DENTICION

Incisivo central inferior	-----	6 años
Incisivo lateral inferior	-----	7 años
Canino inferior	-----	9 años 6 meses
Primer molar inferior	-----	9 años
Segundo molar inferior	-----	10 u 11 años
Incisivo central superior	-----	9 años
Incisivo lateral superior	-----	6 años
Canino superior	-----	12 años
Primer molar superior	-----	9 años
Segundo molar superior	-----	11 ó 12 años

ERUPCION DE LOS DIENTES DE LA SEGUNDA DENTICION

Incisivo central inferior	-----	6 a 7 años
Incisivo lateral inferior	-----	7 a 8 años
Canino inferior	-----	9 a 10 años
Primer premolar inferior	-----	9 a 12 años
Segundo premolar inferior	-----	12 a 13 años

Primer molar inferior	-----	6 a 7 años
Segundo molar inferior	-----	13 a 15 años
Tercer molar inferior	-----	17 a 21 años
Incisivo central superior	-----	7 a 9 años
Incisivo lateral superior	-----	7 a 8 años
Canino superior	-----	11 a 12 años
Primer premolar superior	-----	9 a 11 años
Segundo premolar superior	-----	10 a 12 años
Primer molar superior	-----	6 a 7 años
Segundo molar superior	-----	12 a 14 años
Tercer molar superior	-----	17 a 21 años

CAPITULO II.

NORMAS GENERALES PARA EL MANEJO DEL CONTROL Y LA ANSIEDAD
EN ODONTOPIEDIATRIA

El objetivo de este trabajo es delinear el control del dolor y la ansiedad en los niños que en algunos casos es difícil.

Macbryde y Blacklow, definen el dolor como una sensación de -
sabrable referida hacia el cuerpo, la cual representa el sufrimiento
inducido por la percepción psíquica o real de una amenaza o injuria.
En la práctica odontológica el dolor puede ser aliviado retirando el -
sufrimiento con destreza manual. Con frecuencia sucede que la amenaza
o el sufrimiento no ha sido bien tratado.

La literatura presenta una gran variedad de técnicas para el -
manejo conductual del niño en el tratamiento dental, tales como; téc -
nicas de comunicación, hipnotismo, audioanalgesia, acupuntura, entre -
otras; sin embargo estas técnicas no son muy utilizadas por el odontó -
logo, ya que son poco conocidas. Asimismo, existen otras técnicas que
a diferencia de las mencionadas anteriormente, destacan por su frecuen -
te uso. Entre estas se encuentran las siguientes:

- a) Comunicación
- b) Desensibilización
- c) Reducción de la ansiedad materna
- d) Técnicas de condiciones adversas

a) Comunicación

El éxito del tratamiento dental se basa en ganarse al niño por
medio de la comunicación.

El cambio de voz, el tono, la modulación y la gesticulación facial son consideradas por los odontopediatras como una técnica apropiada para tratar niños, el niño es más sensitivo a la ansiedad del odontólogo probablemente más que la del odontólogo al niño, el titubeo será visto por el niño rápidamente Moss en 1971, reconoce los tres elementos principales que intervienen en el proceso de comunicación humana; 1) El trasmisor 2) El medio 3) El receptor. El Odontólogo es el trasmisor, el consultorio el medio y el paciente es el receptor del mensaje; que en el consultorio se traduce, en actitudes del odontopediatra.

Por consiguiente el consultorio como elemento principal del proceso de comunicación debe ser atrayente, familiar y adecuado para la atención de los niños. El Odontopediatra deberá mostrar cálido y amable con el paciente, asimismo el vocabulario que emplee deberá evitar palabras que puedan atemorizar al paciente, por ejemplo: dolor, sangre, aguja.

b) Desensibilización

Es una técnica terapéutica en la que se inhibe el estímulo de ansiedad teniendo una respuesta de ansiedad menor.

Wolpe propone relajamiento como inhibidor de la ansiedad, el cual puede lograrse en estímulos a través de imágenes.

La desensibilización preventiva es aconsejable para el paciente que acude a su primera cita, en estos casos debe ser usada la técnica -

psicológica de Piaget, la cual consiste en referirse a los instrumentos dentales de manera graciosa, por ejemplo: "El señor viento" a la jeringa triple; "El avión", a la pieza de mano; "El patito" al abrebo-cas etcétera y para dar a conocer al paciente todos estos instrumentos usaremos la técnica de mostrar, decir y hacer. Que consiste primero en mostrarle el instrumento, después decir como se llama y por último enseñar la función del mismo.

En la primera cita únicamente el paciente será sometido a una revisión, a una profilaxis breve y a una simple radiografía.

c) Reducción de la ansiedad materna.

Muchos de los temores del niño son influidos por su familia. Shoben y Borlan creen que la diferencia entre los pacientes a los no temerosos al tratamiento dental radica en la familia y en las experiencias familiares a dicha actividad. La presencia de la madre durante el tratamiento dental generalmente provoca un comportamiento negativo en el niño; la madre le transmite sus temores y sólo en los casos de los niños menores de tres años es aconsejable que la madre entre para mejorar el comportamiento del paciente.

d) Técnicas de condiciones adversas.

En primer lugar tenemos la restricción física, que es el uso de las manos o cuerpo como armamentaria para apaciguar los movimientos en el momento en que se pierde el control del niño.

TECNICA DE MANO SOBRE BOCA

Esta técnica se realiza en niños no cooperativos. El odontopediatra ayuda al paciente para que pueda controlar su ansiedad.

El primer paso para controlar la histeria es asegurarse que el paciente está escuchando lo que se le dice y es recomendable reiterar los mensajes, haciendo ver el efecto de estos en el paciente. El odontólogo debe ya mostrar su capacidad para manejar la situación.

DETALLES DE LA TECNICA:

Cuando el paciente este inquieto, gritando o llorando se le colocará la mano en su boca para eliminar cualquier sonido, se le hablará al oído y se le indicará que se le tapa la boca para que pueda escuchar lo que se le va a decir, se le indicará que se contará hasta tres para que deje de gritar o llorar y se le retirará la mano, en caso contrario se le volverá a colocar la mano en la boca. En el momento que el niño deje de llorar o gritar se le retirará la mano de la boca y no se deberá recordar la experiencia pasada, se le dará apoyo a la conducta actual por medio de palabras alagadoras como por ejemplo; te estás portando muy bien, eres un niño listo, eres un campeón, etcétera. Una vez que el odontólogo gane la confianza del niño se pasa a utilizar la técnica de decir mostrar y hacer. En este momento el niño se muestra comunicativo y seguro de sí mismo, estará orgulloso de su conducta. Al término de la cita se le dice algo agradable, se le pide que acuda a la siguiente cita y que les diga a sus padres que es un buen paciente.

Esta técnica está contraindicada en pacientes que no son capaces de comprender, como son niños menores de tres años, niños con problemas auditivos y niños con alteraciones mentales.

CAPITULO III

EL MIEDO COMO FACTOR EN LA CONDUCTA DEL NIÑO.

Uno de los principales problemas a que se enfrenta el odontólogo en el consultorio, es el miedo a las experiencias odontológicas, ya que es una de las razones de mayor importancia por la cual algunas personas -- descuidan su salud dental.

El miedo es una reacción que se va adquiriendo a través del tiempo, cuando el niño nace no siente temor por nada, al ir aumentando su capacidad mental, empieza a reconocer los estímulos que provocan el miedo, ya sea del medio ambiente o transmitiendo por los padres.

Los padres pueden encauzar a sus hijos en una dirección instructiva y constructiva de los temores, lo cual influye en la educación del niño, puesto que estos estímulos pueden ser orientados hacia el miedo protector, a través del cual se trata de evitar accidentes.

El niño puede presentarse en el consultorio con gran temor, debido a que ya ha tenido una experiencia desagradable anteriormente, ya sea con otro odontólogo o con el personal de un hospital que use vestimentas semejantes.

Esto le hará sentir y ver la similitud entre ambos y el hecho mismo bastará para que tenga un tremendo miedo de visitar al odontólogo.

Así como los padres dirigen el miedo hacia lo positivo también pueden hacerlo a la inversa y crear en el niño un temor mal entendido, por

ejemplo, cuando un niño se porta mal o desobedece, amenazarlo con llevarlo al odontólogo para que lo inyecte, con lo cual se formará en él, la idea de que el odontólogo es un instrumento de castigo y tormento, al cual hay que temer.

A. REACCIONES DE LAS EXPERIENCIAS ODONTOLÓGICAS.

Existen varias reacciones importantes a las experiencias odontológicas entre los niños, tales como:

- | | |
|----------------|----------------------------------|
| 1) Temor | 5) Llanto |
| 2) Ansiedad | 6) Reacciones a la primera vista |
| 3) Resistencia | 7) Reacciones a la inyección |
| 4) Timidez | 8) Reacciones a la exodoncia |

El odontopediatra que trata con niños se da cuenta rápidamente de que el niño no siempre demuestra una reacción definida o única, sino - que puede darse una combinación de varias reacciones, este hecho hace - más complejo el problema dado que el odontólogo debe diagnosticar la -- reacción con rapidez.

Temor.- Es una de las emociones más frecuentes en la infancia su efecto sobre el bienestar físico y mental del niño puede ser extremadamente dañoso.

Watson estima que el temor es "cultivado en el hogar" tal como son los estallidos de amor o rabietas. A los tres años la vida emocional del niño ha quedado establecida, los padres han determinado ya, si el niño

se convertirá en una persona feliz, íntegra de buen carácter o en una persona llorosa y quejosa, cuya vida estará regida por el temor.

Los niños parecen tener ciertos temores naturales, tales como los asociados con la inseguridad o la amenaza de inseguridad, en el manejo del niño temeroso en el consultorio, el odontólogo debe procurar determinar el grado de temor y los factores que pueden ser responsables de éste.

La mayor parte de los niños llegan al consultorio necesitando de algún tipo de tratamiento inmediato o atención preventiva; por lo tanto, es recomendable aplazar el tratamiento de un niño miedoso con la esperanza de que supere el temor al tratamiento dental y se torne más cooperativo.

El odontólogo deberá platicar con el paciente para enterarse de la causa de su temor.

El niño relatará que escuche algo sobre las experiencias odontológicas que lo asustaron. En este caso el odontólogo deberá borrar esa idea mediante explicaciones y demostraciones.

Ansiedad.- El acudir al odontólogo provoca un cierto grado de - - aprensión o ansiedad en casi todos los niños.

Esto es más común en el niño preescolar, pues además del temor hacia el posible dolor, teme a lo desconocido y sobre todo el hecho de separarse de su madre.

Los niños responden a cualquier situación de stress, incluyendo los procesos deseados emocionales y mentales, éstos pueden ser estimulados por sucesos externos del medio ambiente o por conflictos internos del individuo.

La conducta externa es la única respuesta que el odontólogo puede observar.

No es la ansiedad en sí la que determina el tipo de paciente odontológico, sino la manera de asumir sus miedos.

La mayoría de los niños que acuden al odontólogo demostrarán una conducta de acuerdo con su edad y nivel de madurez emocional.

Algunos responden con una conducta no cooperadora, esto puede deberse a que son muy pequeños y emocionalmente inmaduros para comprender la necesidad del tratamiento.

Resistencia.- Es una manifestación de inseguridad o ansiedad y hecho el niño se revela contra el miedo.

Cuando no desea adaptarse a una situación puede hacer rabieta o golpearse la cabeza.

Cuando se rehusa a desarrollarse se dice que es un estado de regresión, en este caso el niño puede no intentar hablar no desea dejar sus hábitos de juegos infantiles, moja la cama. etc.

La retracción es otra manifestación de ansiedad, en este caso el

niño rehusa los juegos colectivos y pláticas con desconocidos.

El odontólogo tiene problemas para comunicarse con este tipo de pacientes, ya que el niño se siente agredido con facilidad y llora constantemente.

Si bien no entra en la responsabilidad del odontólogo tratar los estados psicológicos antes mencionados, será útil que pueda reconocerlos y comprender que la reacción del niño en el consultorio está condicionada por la experiencia previas, la educación en el hogar y el medio ambiente que lo rodea.

Timidez.- Es otra reacción que se presenta en ocasiones en pacientes de primera vez. Cuando el niño tiene muy poca vida social.

Se debe permitir que el paciente tímido sea acompañado al consultorio por otro paciente bien adaptado. El tímido necesita ganar confianza en sí mismo y en el odontólogo.

Por otra parte la timidez puede reflejar una tensión resultante de que los padres esperan demasiado del niño o aún lo protegen en exceso.

Llanto.- Frecuentemente los niños lloran mientras están en el sillón dental.

Elsbach a descrito cuatro tipos de llanto de los niños.

El llanto obstinado, el llanto de temor, el llanto por daño y el llanto compensatorio.

Los odontólogos deberán aprender a diferenciar entre estos distintos patrones de llanto a fin de responder apropiadamente al niño en forma individual.

El niño que tiene "un berrinche" para impedir el tratamiento odontológico muestra un llanto obstinado. Este llanto es fuerte, de tono agudo, caracterizado como el de una sirena.

El llanto por temor está acompañado por lágrimas y sollozos convulsivos.

El llanto por daño puede ser fuerte, frecuentemente va acompañado de un pequeño lloriqueo, es fácilmente identificado debido a que el niño dirá voluntariamente que le "duele".

Cuando se reconoce que el niño tiene dolor, hay que detener el procedimiento y lograr que el paciente se controle.

El llanto compensatorio es un sumido monótono que el niño emite para amortiguar el ruido de la fresa.

A pesar de ser desagradable para el odontólogo este no debe evitarlo pues es un escape a la ansiedad experimentada por el niño.

Reacciones a la primera visita.- Se recomienda que la primera visita odontológica de un niño sea no más tarde de los tres o cuatro años.

El grado de cooperación de los niños preescolares es alto en la primera vista, a menos que presenten un problema dental agudo.

En la primera visita generalmente sólo se realiza un examen, evaluación radiográfica, y posiblemente profilaxis.

Esto es aceptado por la mayoría de los niños. Una conducta no cooperadora puede presentarse al separar al niño de su madre o al tomar las radiografías.

Al separar al niño de su madre puede llegar a existir un temor de abandono común en los menores de cuatro años cuando la madre presenta un grado elevado de ansiedad el niño será abiertamente ansioso o tendrá una conducta no cooperadora.

Si el niño sabe que tiene problema dental que requiere tratamiento puede haber falta de cooperación si no sabe de su problema, pero si piensa que sólo se le va a realizar un examen y una limpieza de su boca se mostrará más cooperador.

Reacciones a la inyección.- La mayoría de los odontólogos están al tanto de que la inyección de anestésicos locales produce la incidencia más alta de conducta interruptiva en los niños.

Durante la fase de la inyección es cuando se presenta más frecuentemente una conducta no cooperadora para el tratamiento restaurador, esto se debe a que durante la fase de inyección con otras se presenta un estado más alto de ansiedad en comparación con otras fases.

Se cree que con el aumento de la edad y el nivel de madurez de los niños se obtendrá un mejoramiento en su conducta, encaminada hacia el

autocontrol y el dominio de la situación.

Reacciones a la Exodoncia.- Se ha reconocido que la extracción de una pieza dental, en un niño es uno de los procedimientos que provocan más ansiedad.

Las reacciones que presentan los niños durante la extracción y posteriormente a ella varía, pueden presentar regresión en su conducta, llanto, evitar hablar después de la extracción y es casi imposible que presenten una conducta aceptable.

Es recomendable otorgarles un período de espera, lo cual les da tiempo para prepararse psicológicamente para la extracción, por esto se deberá comunicar al niño de la extracción varias citas antes de realizarla.

B. NATURALEZA DEL MIEDO.

La responsabilidad de los padres en la preparación psicológica del niño para el tratamiento dental reside en el problema emocional del miedo. El miedo es una de las primeras emociones que experimentamos después del nacimiento, a medida que el niño crece y aumenta su capacidad mental forma conciencia de los estímulos que producen miedo identificándolos individualmente.

El niño trata de ajustarse a estas experiencias por medio de la huida; si se siente incapaz de hacer frente a la situación y le es físicamente imposible huir se intensificará su miedo.

El miedo y la ira son respuestas primitivas que se desarrollan para proteger al individuo contra daños y destrucción propia.

En muchos aspectos el niño se comporta de manera primitiva al tratar de luchar con la situación o huir de ella.

Cuando no puede llevar a cabo ésta, aumenta su miedo entonces la comunicación del dentista con el niño puede ser muy difícil incluso con niños de más edad, en la que el miedo es tan pronunciado y no se puede razonar claramente generalmente al aumentar la edad mental del niño las respuestas son más controladas a través de funciones psíquicas.

C. VALOR DEL MIEDO.

Dirigido y controlado adecuadamente el miedo puede ser más valioso puesto que los estímulos que lo producen puede dañar al niño.

El miedo es un mecanismo protector de preservación.

Cuando el niño no teme a los castigos o desaprobaciones de sus padres, su comportamiento puede volverse una amenaza ante la sociedad y crear problemas en el futuro.

Debemos formar en el niño un sentido de seguridad y confianza enseñándole que el consultorio dental no tiene por que inspirar miedo, debemos de hablar con los padres diciéndoles que no deben tomar la odontología como amenaza o castigo, ya que de ser así el niño tendría miedo al tratamiento y al odontólogo.

Por otro lado, si el niño aprecia al odontólogo a perder su aprobación puede motivarlo para aceptar la disciplina del consultorio.

D. TIPOS DE MIEDO.

Existen dos tipos de miedo: temores objetivos y temores subjetivos.

Temores Objetivos.- Son producidos por estimulación física directa de los órganos sensoriales, no son de origen paterno.

Son reacciones a estímulos que se sienten, ven, oyen, huelen, saborean; y son de naturaleza desagradable, como aquellos que se presentan cuando existe un trato deficiente el odontólogo provocando un dolor innecesario y miedo al tratamiento dental.

Es difícil lograr que un niño que ha pasado por esta experiencia - acuda al odontólogo por voluntad propia.

El odontólogo debe comprender su estado emocional y proceder con - lentitud para volver a establecer la confianza del niño hacia la odontología.

Los miedos objetivos pueden ser de naturaleza asociativa, por ejemplo el olor característico de ciertas drogas o compuestos químicos asociados con situaciones desagradables pueden causar temores injustificados.

También el miedo hace descender el umbral del dolor, de manera que - cualquier dolor producido durante el tratamiento resulta aumentado y -

lleva a presiones todavía mayores.

Temores Subjetivos.- Están basadas en sentido y actitudes que han sugerido al niño por personas que le rodean, sin que el temor los haya experimentado personalmente.

Un niño al escuchar narrar por sus padres o amigos las experiencias desagradables en el consultorio dental, las aceptará muy pronto como reales y tratará de evitarlos.

Esto se debe a que un niño de corta edad y sin experiencia es muy sensible a la sugestión.

La imagen mental que produce miedo permanente en la mente del niño y con la imaginación de la infancia, se agrada y se vuelve impotente.

Por lo tanto es imperioso que los padres platiquen con los niños antes de acudir al consultorio dental, sobre los aparatos que encontrará en él, sobre los instrumentos con los que va a trabajar el profesional dentro de su boca para que el niño se sienta más tranquilo al llegar a su cita con el odontólogo.

El miedo por sugestión es aquel que el niño siente por imitación ya sea de sus padres, de sus hermanos mayores, de sus amigos, por la televisión, revistas, dependiendo del grado de temor y de la potencia de los estímulos, así como la sugestionabilidad del niño.

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

Generalmente los padres transmiten a sus hijos sus temores a dife - rentes sucesos sutilmente ya sea por expresiones faciales o apretones sin que ninguno de los dos se de cuenta.

Por ejemplo, una madre que teme ir al consultorio dental y que va presa de gran tensión emocional, transmite inconcientemente ese miedo a su hijo.

Por tanto mientras más tiempo estén presentes en la mente los temores subjetivos se irán incrementando cada día más.

En consecuencia, estos temores pueden ser más intensos y no guardan proporción con el miedo objetivo que hubiera producido la experiencia en sí.

Cuando existe miedo subjetivo al dolor éste es difícil de superar ya que no está basado en experiencias reales y personales.

Mientras que el miedo objetivo al dolor provocado por una inyección es superado fácilmente siempre que se haya experimentado anteriormente.

El niño sabe que la intensidad y duración del dolor puede ser soportado y que esta situación ha ocurrido sin producir daño alguno.

Existe otro tipo de temores que son los imaginativos que se intensifican a medida que se desarrolla la capacidad imaginativa del niño.

Por lo tanto aumenta con la edad y el desarrollo mental hasta cierta edad en que la razón prueba que no tienen fundamento.

El niño puede no siempre sentir miedo hacia algo, muchas veces puede valerse de este pretexto y estar fingiendo, para evitar situaciones que no le son agradables, como la visita al odontólogo, pero son los padres y el profesionista quienes deben de juzgar, cuando tiene realmente miedo y cuando están fingiendo.

El niño enfermo, retrasado mental no tendrá una respuesta vivaz como el niño sano, tanto mental como físicamente.

E. MIEDO Y CRECIMIENTO.

La edad va determinando las respuestas de un niño, al miedo.

El factor edad hace que el miedo a determinadas cosas disminuya o hasta desaparezca y en otros casos aumente.

La edad es determinante debido a la incapacidad de raciocinio en el niño, que va madurando y entiende ya que los medios adquiridos pueden irse descartando uno a uno.

Las cosas con las cuales sentía temor un niño de dos años, probablemente ya no le causen miedo a los seis. Por lo tanto el padre y el odontólogo deben estar concientes de estas variaciones de la edad e interpretar todas las reacciones o estímulos considerando la etapa emocional, mental y cronológica del niño.

La edad adecuada para llevar a un niño al consultorio dental deberá ser de dos a tres años.

Será de suma importancia, que el odontólogo estudia los estímulos - de importancia dental ya que producen miedo desde esta edad hasta la - adolescencia.

El niño de dos o tres años siente temor por todo aquello que afecte sus órganos sensoriales como los movimientos bruscos, la luz brillante de la lámpara, un sabor desagradable o el ruido fuerte y persistente - de la fresa.

El odontólogo debe tratar con máximo cuidado estas situaciones anunciándoselas con anticipación al niño para no provocar su miedo. Se debe subir y bajar lentamente la unidad, no proyectar la luz sobre los - ojos y darle a conocer los instrumentos que se van a utilizar.

El niño de los cuatro años de edad es muy apegado a su madre y familiares por lo que su temor hacia lo desconocido es muy marcado.

Con este tipo de pacientes la madre deberá entrar en la primera visita hasta que el odontólogo gane la confianza del niño y disminuya - sus temores.

De los cuatro a los seis años hay disminución de los temores debido a que el niño adquiere la posibilidad de valorar las situaciones generadoras de estímulos de miedo por su capacidad y experiencia valora - verdaderamente las situaciones y pierde muchos temores pasajeros.

De los cinco años a los seis años temen a las tensiones corporales muchas veces al abatimiento total por una pequeña lesión.

A los siete años tiene capacidad para resolver sus temores, apareciendo en ocasiones como un cobarde o un valiente el apoyo familiar es importante para comprender y superar sus temores, a esta edad el odontólogo puede razonar con él y explicarle lo que esta realizando.

En caso de dolor se le puede instruir para que muestre su incomodidad levantando la mano o con algún gesto.

De los ocho a los catorce años de edad, ha aprendido a tolerar situaciones desagradables y tiene deseos de ser obediente, maneja bien sus frustraciones, se ajusta fácilmente a todo y no tiene grandes problemas.

Sin embargo presenta objeción a que la gente tome a la ligera sus sufrimientos, no les gusta que lo obliguen, que lo mimen o se le hagan injusticias ya sean los amigos o el odontólogo en el consultorio.

Los adolescentes, empiezan a preocuparse por su aspecto personal, están dispuestos a cooperar para satisfacer su ego.

CAPITULO IV

PSICOLOGIA DEL NIÑO.

Se requiere que el odontólogo tenga conocimientos básicos de psicología, para poder comprender mejor los problemas de comportamiento de cada niño y que sepa organizar su consultorio en una forma racional y ordenada, para que su trabajo rinda un mayor provecho en beneficio de sus pacientes y del suyo propio.

A pesar del conocimiento limitado de la psicología del niño los odontólogos logran en general llevarse bien con los niños y son capaces de trabajar con el mismo grado de eficiencia que con los adultos.

El verdadero niño problema en el consultorio dental es la excepción, sin embargo al odontólogo le resultaría más fácil aceptar a cada niño, si supiera que los problemas de conducta o estados de ansiedad, pueden ser diagnosticados con facilidad y resueltos por lo que es necesario el estudio e investigación continua en el campo de la psicología infantil en relación con la odontología.

Pocos padres comprenden la desventaja del odontólogo presentando a un niño asustado, ansioso o de hecho opuesto al examen inicial y demás procedimientos.

El odontólogo en raras ocasiones tiene la ventaja de conocer el desarrollo psicológico del pequeño y la preparación que los padres efectuaron para la primera visita o la posibilidad de una experiencia an-

terior lamentable.

Sin embargo, los padres esperan que el odontólogo domine por completo la situación y preste el servicio de salida a sus hijos cualquiera que sea su reacción.

A. PSICOLOGIA DEL DESARROLLO.

El estudio del desarrollo de los niños nos conducirá a formular ideas estimulantes y tentadoras en varios campos de la psicología humana.

La psicología del desarrollo representa un método para comprender a los niños a través de la descripción y la explicación de los cambios psicológicos que experimentan los mismos, en el transcurso del tiempo -- que se basa principalmente en los conocimientos de los dominios de aprendizaje la percepción, motivación, la personalidad y la psicología social.

El desarrollo psicológico abarca una serie de condiciones que se manifiestan al exterior como un patrón de conducta, éste es condicionado a una serie de cambios dados por la herencia y por factores del medio ambiente, los cuales afectan al individuo.

El odontólogo deberá conocer los límites de aprendizaje a determinados periodos de la vida del niño, para poder llevar a cabo, un tratamiento adecuado, dependiendo de la edad del niño y de los cambios que surjan a medida que este crece.

El odontólogo en base a sus experiencias se da cuenta de que un niño normal, pasa por un crecimiento mental además del físico.

Comprendiendo que adquiere constantemente hábitos, dejándolos y modificándolos. Esta es una de las razones por la cual el niño difiere en su comportamiento dentro del consultorio entre una visita y otra.

Cada niño tiene un ritmo y un estilo de crecimiento diferente, no existen dos niños ni siquiera hermanos que sigan el mismo esquema.

En ocasiones la edad psicológica del niño, no corresponde a su edad cronológica, esto es importante para diagnosticar problemas de conducta y para la planificación de tratamientos.

El cambio cuantitativo es una modificación en la cantidad de frecuencias y las dice con mayor frecuencia.

El cambio cualitativo es un cambio de calidad, más que de cantidad es la diferencia que va entre el balbuceo y el decir "quiero cepillarme los dientes".

Se dice que se ha producido un cambio psicológico cuantitativo cuando pueden apreciarse nuevas formas de conducta, indicadoras a menudo, de nuevas capacidades y aptitudes.

El dominio del lenguaje y su uso como instrumento, forma parte del proceso de aprendizaje, para dirigir uno mismo su propia conducta.

El niño obtiene grandes repertorios de conducta social a través de la imitación, esto forma parte del proceso de aprendizaje por observación.

La mayoría de los procesos psicológicos como son percepción y aprender a pensar, están influenciados por acciones emocionales frente a la gente.

El niño experimenta estimulación, alegría, angustia, enojo y otros sentimientos, lo que puede influir en su comportamiento.

B. COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EMOCIONALMENTE.

El niño sociable

Este tipo de niño está libre de problemas emocionales el que se da a los demás.

Ya desde los dos años y hasta el comienzo de la pubertad, tiene deseos de relacionarse con quienes está en contacto.

La interacción se produce fácilmente; conversa pronto y muestra un alto nivel de curiosidad con respecto al odontólogo el tratamiento dental y su realización.

Es fácil de tratar y responder a sus preguntas, éstas son pertinentes y no están motivadas por el temor o angustia.

A este niño se le pueden mostrar los instrumentos y su función todo esto para reforzar la relación que se intenta establecer con él. El examen oral se convierte en una aventura grata.

No es raro que quiera observar la boca de su odontólogo para ver como es.

Como cada nueva tarea es para él una especie de aventura y una experiencia en su aprendizaje, se le puede delegar parte de la responsabilidad por su cuidado

Hasta el caso de pasar por un procedimiento ligeramente doloroso este niño está dispuesto a comportarse como un joven colaborador.

El niño muy activo

Su presencia en la sala de espera no necesita ser anunciada.

Su conducta en el consultorio es exploradora, investigadora, siempre expresándose en tono alto y tocándolo todo.

Es el niño de quien la madre, declara "no puedo hacer nada con él".

Muy a menudo se resiste a entrar en el consultorio y en especial a cualquier trabajo en su boca. Cuando esto sucede se observa que es el niño quien dispone, no la madre.

Esto nos explica porque el niño es tan activo y al parecer no cooperador. Una mejor apreciación psicológica nos dirá que se trata de un

niño a quien los padres no pusieron límites definidos y experimentan una intensa angustia. Al ver las teorías de la personalidad apreciamos que parte de la manera de evitar esa angustia es definir límites. El niño que carece de estos no sabe en donde debe detenerse y que es lo que tiene permitido hacer.

Sin límites se angustia y puede manifestarse una exagerada actividad. La mayor parte de esa hiperactividad puede aliviarse si se le fijan límites adecuados.

Casi todos estos niños, cuando se les recibe plateándoles una frustración mínima y ciertos límites, recurren a todos los medios de que se valen en casa y con sus padres.

Puede tener ataques de rabia, gritos, llanto o entregarse a cualquier ataque pueril.

La conducta negativa y desahogada de estos niños jamás debe hallar aprobación en el consultorio. Como recurso expeditivo para evitar que estas respuestas sean aprobadas, es imperioso que los padres no estén con él.

Parte de su actuación tiene por objeto provocar reacciones en los padres. Si estos están presentes hará lo imposible por llamar la atención.

Muy rara vez el odontólogo podrá actuar como educador de los padres pero con frecuencia podrá conversar con ellos acerca del comportamiento

del menor y su conducta comentándoles algunos medios para controlarlo.

En ocasiones se encuentra que el niño actúa así no por su temor al consultorio sino el de sus padres.

El niño angustiado y retraído

Representa un problema serio, es el mismo niño al que se le considera como callado y complaciente, que nunca da trabajo.

Es casi como si irradiara miedo y preocupaciones, quizá esto tenga sus bases en experiencias anteriores.

Es también el niño que con casi toda seguridad va a sufrir un alto grado de stress a lo largo del tratamiento.

Derivando frecuentemente del tipo de disciplina paterna. Como este niño modifica su comportamiento con amenazas, son el principal método de disciplina.

Para este niño la vida es una sucesión interminable de temores.

La escuela puede llegar a ser para él la misma pesadilla que su vida en el hogar.

Nosotros como odontólogos debemos conversar cada paso que se vaya a realizar, es decir él tiene que saber exactamente en que consiste el tratamiento a realizar y por qué se ha decidido hacer tal o cual cosa. Ya que en este tipo de pacientes no es suficiente, la simpatía y com -

prensión pues son muchos sus temores y preocupaciones.

Nuestro éxito dependerá de llegar a reconocer en el transcurso de la conversación los sentimientos que él experimente.

Muchas veces los problemas de este niño temeroso y angustiado están fuera del alcance efectivo de la capacidad del odontólogo algunas veces se podrá obtener el tratamiento necesario de un psicólogo o psiquiatra, estos problemas, por ejemplo, podrían ser la consecuencia de una práctica religiosa estricta en su hogar; el niño no puede vivir a la altura de lo que se espera de él y desarrolla intensos sentimientos de culpa.

Aunque existen otras formas de conducta que provocan estado de stress en el menor.

Cuando estas situaciones llegar a interferir demasiado en el tratamiento odontológico, lo indicado es sugerir una investigación más exclusiva de los problemas emocionales del paciente.

Hay otros tipos de conductas infantiles observadas en los niños. Algunos son completamente negativos y parecen desafiar todo intento por establecer contacto. Pueden responder negativamente a todas las preguntas, pero como esta conducta refleja una maniobra defensiva, se puede tratar de jugar a que el NO significa SI.

El odontólogo no debe olvidar que los motivadores básicos del negativismo del niño pueden ser la angustia y el temor.

Existen otras combinaciones de conducta que van desde las patológicas a las rutinarias en la que un poco de ingenio para su solución.

Podemos encontrar otras clasificaciones como son:

Niños que reciben afecto para valerse por si mismos, ya que es la madre la que decide por ellos. dentro del consultorio muestran falta de valor.

Niño con padres autoritarios, esto se presenta cuando los padres le exigen sin tomar en cuenta la edad del niño. Este se vuelve asustadizo, demostrando gran tensión física o emocional provocando que se aleje del medio que lo rodea sintiéndose incapaz de pactar con los demás.

Niños que carecen de afecto, sufren por la indiferencia y despegue que muestran sus padres, ocasionando que sufra de inseguridad para enfren - tarse a cualquier experiencia.

Paciente que es hijo único, aquí los padres vierten todas sus manifestaciones de cariño, ansiedad y protección.

En algunos casos el niño se puede volver caprichoso tímido miedoso o retraído.

Niño incorregible, tiende a lloriquear, patear, golpear lo que esté a su alcance o inventa situaciones alarmantes para no asistir al consultorio.

Niño desafiante, se siente capaz de retar al odontólogo en un momento dado, mostrando mucha autoeficiencia.

C. CONDUCTA DEL NIÑO A DIFERENTES EDADES.

El odontólogo comprenderá la conducta del niño, sólo con una comprensión y conocimiento activo de la conducta infantil, ya que podrá comprender su propia conducta y sus propias reacciones ante los problemas del consultorio dental.

Al estudiar la conducta del niño, se observará que el control y la orientación del niño se desvían del esquema fijo.

Es difícil para el odontólogo decirle a otro como debe proceder su conducta.

Es importante que el odontopediatra comprenda que si pierde el control de la situación no será un reflejo de sí mismo, puede no haber tenido suficiente para diagnosticar la etiología de la conducta normal.

El fracaso significa que el odontólogo debe reconsiderar el problema y emplear un enfoque distinto.

La conducta de un individuo está dada por tres factores principales que son:

1. Herencia
2. Medio Ambiente
3. Aprendizaje

La herencia se define como la totalidad de factores biológicamente transmitidos, que influyen en la estructura total del individuo.

Medio ambiente es aquel en el que se desenvuelve el individuo.

Y estos dos estarán ayudados por el aprendizaje.

Yarrow afirmó que existen datos suficientes para sugerir que aún - antes del nacimiento operan mecanismos simples de aprendizaje.

Está establecido que el aprendizaje asociativo simple, progresa - desde el instante del nacimiento.

A través del aprendizaje la criatura se sensibiliza a experiencias específicas y se condiciona los fenómenos del medio.

Dos años

Se conoce también como etapa de infancia, abarca desde el nacimiento hasta la edad de dos años.

A los dos años los niños difieren mucho en 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 entre las doce y mil palabras, si el niño tiene un vocabulario limitado, la comunicación será difícil. Por esta razón se puede terminar con éxito el tra-

bajo en algunos niños, mientras que en otros la cooperación es limitada.

Se dice que el niño de dos años está en etapa precooperativa.

Prefiere jugar sólo, tiene definido el sentido de propiedad defendiendo sus juguetes inclusive en forma agresiva.

Es demasiado pequeño para llegar a él con palabras solamente por lo que debe tocar y manejar objetos para captar plenamente su sentido.

El odontólogo debe permitir que el niño sostenga el espejo, huela la pasta dentrífica, recorra el consultorio que suba y baje el sillón con el objeto de que se sienta en confianza, al hacerlo tendrá una mejor idea de lo que el odontólogo intenta hacer.

A este niño lo suele intrigar el agua y el lavado. Se lleva bien con los miembros de su familia, sin embargo el padre es en muchos casos el favorito.

Puesto que a esta edad el niño es tímido ante la gente extraña y los lugares nuevos, le resultará difícil separarse de sus padres debido a esto es conveniente sentar al niño con su mamá en el sillón.

Este tipo de pacientes no son muy frecuentes en el consultorio su presencia se debe únicamente para corregir o aliviar problemas de emergencia como caídas, traumatismos o bien cuando tiene problemas de caries rampante.

Tres años

El niño de tres años ya es capaz de sentarse en el sillón por sí sólo.

El odontólogo suele poder comunicarse y razonar con más facilidad tiene un gran deseo de conversar y disfrutará contando historias al odontólogo.

Por todas estas razones se puede conversar con el niño de tres años, se pueden hacer tratos con él, se le pueden dar explicaciones de cosas que no sean de su completo agrado y convencerlo de que le son benéficos, como el ir al consultorio dental sin temor ni llanto.

La madre se colocará en un lugar que le permitirá ser observada por el niño, ya que esto le inspirará mayor confianza.

Si por alguna causa notamos inseguridad o miedo en el niño llevaremos nuestra técnicas de acercamiento sin apresuramientos y con mucha calma, tratando de hablarle de una manera suave y con cariño, sin alteraciones o gritos ya que con esto entorpecería nuestra labor.

Cuatro años

Este tipo de niños por lo común escucharán con interés las explicaciones y normalmente responderán bien las indicaciones verbales cosa que le era muy difícil o incomprensible anteriormente.

Ahora coopera con sus padres.

Los niños de esta edad suelen tener mentes vivaces y ser grandes conversadores, aunque tienen a exagerar en su conversación.

Su actividad mental es desenfrenada cuanta historias fantásticas de su propia invención, tiene arranques de fabulación, se extralimita sobre todo en el habla, fanfarronea, es chismoso, en algunas ocasiones puede tornarse desafiante y puede recurrir a empleo de malas palabras.

Es la edad de los "porqué"? y de los "como"? , por lo tanto los maestros y los padres, así como los profesionistas que tengan necesidad de tratar con niños, deben de disponer de una gran cantidad de información para poder responder a las preguntas de ellos.

Sin embargo, la criatura de cuatro años que haya vivido en una vida familiar feliz con un grado normal de educación y disciplina será un paciente odontológico muy cooperador.

Cinco años.

Si el niño de cinco años ha sido bien preparado por sus padres no tendrá temor a experiencias nuevas, como el acudir al jardín de niños, al consultorio del pediatra o el odontólogo.

Los niños de este grupo están muy orgullosos de sus posesiones, sus ropas y su aspecto, lo cual nos es útil para entablar comunicación con ellos.

Es capaz de concentrar su atención en las actividades que realiza - sin distraerse tan fácilmente como antes.

Le agrada asumir pequeñas responsabilidades y privilegios a los que puede hacer frente perfectamente.

Seis años.

También conocida como etapa preescolar.

Es la edad del cambio, pues se verifican algunas variaciones tanto somáticas como psicológicas, esta es una edad de transición.

Desaparecen los dientes deciduos y aparece el primer molar permanente. El niño es más susceptible a las enfermedades que en los últimos años.

Es la edad de los extremos de conducta, su inmadurez se refleja en la incapacidad de decidir.

Todo lo dócil que era a los cinco años, obedecía una orden de la madre, sin problemas, ahora responde con la actitud desafiante de "No quiero".

En estos casos no debe de recurrirse a la amenaza ni al castigo pues resultaría contraproducente.

Tiene un gran interés por las historietas, le agrada leerlas o que otras personas se las lean. Lloro constantemente por cosas insignificantes.

Le encanta oír música y hasta puede escuchar su melodía favorita.

Por lo tanto debemos poner demasiada atención para no crear estados de angustia en el niño.

Siete años.

Los siete años es una edad sumamente importante en la vida efectiva del niño, pues lo que antes le había pasado desapercibido ahora toma gran importancia y es el hecho de saberse querido, el niño a esta edad es más introvertido. Es más calmado y concentrado en sus tareas.

La relación con la madre varía, empieza a verla desde un punto de vista, acepta cierto grado de separación y desea relacionarse con otras personas.

Adquiere el sentido de hacer que se respeten sus sentimientos y cuando esto ocurre, él se torna agradable.

Adquiere a comportarse mejor fuera de casa, se avergüenza si lo ven llorar, su llanto es menos infantil, sin embargo aprende a recobrar la calma y deja de llorar.

Se aprecian nuevos indicios de capacidad crítica y razonamientos se toma tiempo para pensar, le interesan las conclusiones y desarrollos lógicos.

Utiliza el lenguaje con mayor libertad, para hacer comentarios sobre cosas de interés.

A esta edad están ocupados en sus actividades y pensamientos, por lo tanto tienen un mayor dominio de su vida.

Ocho años.

A esta edad el niño vuelve a ser explosivo al igual que los cuatro años, solamente que ahora es más maduro tanto emocional como psíquica y físicamente y es en esta edad cuando empieza a cambiar sútilmente.

Entre sus entretenimientos favoritos está el escuchar las conversaciones de los adultos para copiar muchas posturas, muecas y expresiones faciales, buscan indicaciones que les permitan entrar en el ambiente social, que si antes pasó inadvertido ahora les interesa mucho.

Es importante que los padres cuiden todos sus actos ya que son observados e imitados por el niño. Y cuando los repitan, los padres no podrán llamarles la atención, pues ellos son los que dieron el ejemplo.

Les desagrada de sobremanera que se les den órdenes fuertes y directas y prefieren que se les hagan sugerencias o indicaciones.

Ya no son tan dóciles ni tan complicados.

Demuestran ser más extrovertidos, están dispuestos a afrontar por sí solos cualquier situación, demostrando valor, creen saberlo todo, son más controlables, e incluso responden a miradas de la madre.

Es muy sensible y se siente herido fácilmente, aunque no le demuestre llorando y tiene menos arranques de cólera.

Nueve años.

Le gusta adquirir responsabilidades, que sus padres depositen con fianza en él.

Posee una gran capacidad de desarrollo para aquello que tiene en mente tiene gran creatividad e iniciativa.

En esta edad adquiere un estatus individual por lo que necesita la comprensión de los adultos, así como saber que tiene la atención de sus padres y de la familia en general.

La relación con la madre es diferente, no quiere ser el bebé sobreprotegido que ella hace de él, le molestan los mimos.

Por el contrario el padre se extralimita y en ocasiones lo trata como un verdadero hombre.

Sólo llora cuando se lastima seriamente o estando furioso.

Sus temores son mínimos, él mismo dice "no me asusto fácilmente".

Sin embargo le aquejan numerosas preocupaciones, sufre verdaderamente trastornos por los pequeños errores que comete, necesita confianza o elogios para estar seguro de sí mismos y de sus actos.

De los Diez años a los Doce años.

También conocido como niño prepuberal.

Los niños de esta edad rara vez nos van a presentar problemas, puesto que son niños que se están transformando en personas con experiencia, por lo tanto no temen al dolor.

Pocas son en realidad las cosas que los conmueven, son pacientes pasivos, y capaces de entender las explicaciones y ordenes que se les imparten, siendo muy cooperadores.

Es importante tener en cuenta que a este tipo de pacientes se les tratará con mucha delicadeza, debiendo siempre guardar nuestra posición, como profesionistas, esto es dándonos nuestro lugar ya que este niño tiende a volverse un poco falto de respeto.

CAPITULO V

LOS PADRES EN EL CONSULTORIO DENTAL

A. EDUCACION DE LOS PADRES.

La educación que los padres presten a sus hijos tiene un efecto definitivo en la conducta de éstos durante toda su vida; ya sea en casa como fuera de ella.

Los padres deberán de comprender que una vez que el niño esté en el consultorio dental, es el odontólogo quien sabe mejor que nadie la manera de prepararlo para el tratamiento.

Los padres tendrán que confiar totalmente a sus hijos al odontólogo para su cuidado.

Cuando el niño es llevado a la sala de tratamiento, los padres no reflejarán sus emociones para no inquietar al infante, a menos que el odontólogo lo requiera.

El comportamiento de los niños en edad escolar es variable, en algunas ocasiones en ausencia de los padres su cooperación es mayor, reflejando un mal manejo por parte de éstos.

Sin embargo hay casos en que la presencia de los padres, influye en el buen comportamiento del niño.

En caso de invitar a los padres de un niño mayor a la sala de tratamiento, debemos aconsejarles que nos ayudarán permaneciendo callados y alejados de la unidad dental, evitando tomarlos de la mano o mirarlos

compasivamente ya que de esta manera les transmitirán su miedo o desconfianza hacia los procedimientos dentales.

Los niños deben desarrollar un modelo de comportamiento, que sea aceptable socialmente y que satisfaga sus necesidades emocionales y físicas, siendo los cuidados dentales una de sus necesidades físicas.

El rechazo o la aceptación de un trabajo dental dependerá de la manera en que han sido condicionados emocionalmente.

El odontólogo tiene que comprender el tipo emocional del niño y de sus padres para realizar con éxito el tratamiento; reconociendo que está relacionado emocionalmente a los factores psicológicos que han formado sus actitudes y modelos de comportamiento hacia él.

Si queremos tener buenos pacientes infantiles, primero tendremos que educar a los padres, ya que ellos son el mejor recurso de que nos podemos valer.

El odontopediatra que no lo haga así, estará desperdiciando los mejores medios a su disposición para el manejo de los pequeños pacientes.

Para poder aconsejar a los padres sobre la adecuada preparación psicológica de sus hijos, el odontólogo tiene que comprender los problemas que intervienen en todo el proceso; conocer la naturaleza de él como modificar los tipos de comportamiento del niño, actitudes de los padres etc, debe disponer de diplomacia y tacto para transmitir a los padres la información de una manera profesional y adecuada.

Los padres siempre quieren lo mejor para sus hijos, evitándoles problemas por ello estarán dispuestos a ayudar al odontólogo en la forma en que se les indique.

Al informar a los padres sobre ciertas reglas que deben seguir antes de traer al niño por primera vez al consultorio, será de gran ayuda para todos.

La guía de los padres sobre el trabajo dental empezará de preferencia antes de que el niño neurótico con temores nocturnos y temperamental.

Cuando el adulto es agresivo e indiferente con el niño los resultados serán catastróficos y negativos, ya que tendrán actitudes antisociales y problemas de delincuencia.

B. EXTREMOS DE COMPORTAMIENTO EN LOS PADRES.

Todos los niños necesitan del amor y afecto de sus padres, sin embargo, debido a ciertos factores emocionales relacionados con experiencias o dificultades presentes.

La protección de los padres puede volverse excesiva e interferir en la educación normal del niño.

1. Identidad.

Esto se presenta cuando los padres quieren que sus hijos revivan sus propias experiencias, les proporcionan todas las ventajas que a ellos les negaron, pero cuando el niño reacciona favorablemente los padres -

muestran abiertamente toda su decepción.

En el niño esta reacción le crea un sentimiento de culpa, la cual se refleja en él siendo un niño tímido, inseguro y retraído.

Continuamente llora y no tiene confianza en sí mismo, cuando realiza algo lo hace con miedo a fracasar, por lo que no muestra mucho interés en las cosas.

Reacciona de manera semejante a los niños de padres dominantes, por lo que se les debe tratar análogamente.

Es necesario cierto grado de dominación por parte de los padres y de sumisión por la de los hijos para que se ajusten a los patrones culturales actuales.

Cuando a los niños se les impide hacer cosas en casa o se les retrae aceptan con mucha animación e interés las experiencias exteriores.

Si la dominación de los padres es justa y equilibrada, el niño se adaptará más fácilmente a la sociedad y tendremos un buen paciente.

El padre o la madre que tenga más dominio en casa será el indicado para llevarlo al consultorio.

Las actitudes que un niño tiene hacia otros, están formadas principalmente por los padres.

Estas varían según el número de hijos y el lugar que ocupan en la familia.

Dependiendo del lugar que ocupe tendrán a comportarse de determinada manera.

El hijo mayor será más conservador y moderado puesto que nació cuando los padres eran más jóvenes y podían proporcionarle más disciplina.

El menor es el que tiene más dificultades, ya que puede ser mimado.

El hijo único o adoptado recibe indulgencia, por lo que tiende a ser desobediente, egoísta, de mal genio.

Las relaciones entre hermanos, aunque no son tan importantes como la de los padres, también influyen en el comportamiento del niño. Forman parte de la personalidad de éste, el dominio que pueda ejercer un hermano mayor o el que él ejerza, sobre el más pequeño.

También influyen la rivalidad que puede existir entre hermanos, ya sea marcada por los padres o miembros de la familia.

Hay varios factores además de los padres y hermanos, que forman la personalidad del niño, como son personalidad innata, relaciones en la familia, juegos, esparcimientos, moralidad, etc.

Todo esto influye sobre el modelo final de personalidad.

Cuando existen conflictos crónicos y desajustes en un hogar, provocan daños en la formación del carácter del niño, los cuales pueden ser destructivos.

En el consultorio dental son buenos pacientes, cuando se les instruye, pero es difícil vencer sus temores.

Cuando se les alienta y se les da seguridad reaccionan de manera satisfactoria.

A este tipo de padres, hay que inculcarles la importancia del tratamiento y decirles hasta que punto hay que cuidarlos, con esto los niños desarrollan sus facultades.

2. Protección excesiva.

El niño que está protegido excesivamente, no puede utilizar su iniciativa propia o tomar decisiones por sí mismo.

La madre le presta ayuda en todo momento ayudándolo a vestirse, alimentarse tomando parte activa en sus actividades sociales.

En los juegos y trabajos se le limita por miedo a que le pase algo o adquiera alguna enfermedad.

El exceso de protección maternal se manifiesta por dominio extremo o indulgencia excesiva. No existiendo términos medios.

Dependiendo de la disposición innata del niño, la madre será dominante o indulgente.

Cuando los padres son dominantes, los niños serán tímidos, delicados, sumisos y temerosos.

Los hogares desechos pueden perjudicar una buena personalidad, llevando a sentimientos de inseguridad, inferioridad, apatía y depresión, sin embargo no perjudican tanto como los anteriores.

A medida que el niño crece y va a la escuela, los maestros y compañeros de juegos, desempeñan un papel importante en la formación de la personalidad.

Los niños acostumbran dramatizar y exagerar las situaciones, como son los dolores de una extracción o de operaciones dentales; lo que no será bueno para otros niños que no han tenido esta clase de experiencia.

3. Ansiedad excesiva.

Se caracteriza por preocupación excesiva de los padres hacia el niño, ya sea como consecuencia de tragedias familiares, enfermedades o accidentes.

Asociados generalmente a excesos de afecto, protección y mimos.

Al niño no se le permite jugar o trabajar solo.

Exagerando cualquier enfermedad por pequeña que ésta sea.

Cuando los padres se preocupan excesivamente, los niños se vuelven tímidos, huraños y temerosos.

No son capaces de tomar decisiones por sí mismos, preocupándose constantemente por su salud.

Estos niños son agresivos y carecen de presunción y empuje social; son humildes, atemorizados, con ansiedades profundas tienen sentimientos de inferioridad.

Cuando los padres son indulgentes presentan niños con dificultad para adaptarse al medio social.

Como se les hace creer que son superiores, se vuelven egoístas, tiranos, desconsiderados y cuando no se les dá lo que piden tienen ataques de mal genio, son agresivos con sus padres.

Con el odontólogo tratan de usar encanto y persuasión para evitar el tratamiento, haciendo lo que ellos quieren pero cuando algo falta se resisten físicamente al manejo.

Son niños muy mimados, pero no incorregibles, son difíciles de manejar en el consultorio.

El odontólogo debe usar disciplina con estos pacientes, para que comprendan que deben ser dóciles y de esta manera serán excelentes pacientes.

Los padres indulgentes quieren con esto disciplina ya que no están de acuerdo al tomar agresiones u otras medidas.

El manejo de estos padres por el odontólogo requerirá de mucho tacto, ya que ellos piensan que sus hijos están bien educados.

4. Dominación

Cuando los padres son dominantes tienden a exigir mucho a sus hijos - en todos los aspectos, sin tomar en cuenta la edad que tienen.

Le dan una serie de importancia a las responsabilidades excesivas, que el niño no puede cumplir por su corta edad.

Este tipo de padres no aceptan a sus hijos tan y como son, sino que - todo el tiempo quieren que éste compita con otros niños, y en ocasiones son mayores que él.

Al jugar con él lo forzan y son extremadamente críticos, estrictos e incluso llegan a rechazarlos.

Estos niños son molestados y criticados constantemente por lo que desarrollan una serie de resentimientos, en ocasiones son evasivos o pueden presentar sumisión e inquietud.

Generalmente acompaña a estos niños el negativismo, puesto que tienen miedo a resistirse abiertamente a sus padres.

Obedecen órdenes, pero lo hacen de manera lenta tratando de retrasar lo más posible.

Cuando se les da un trato amable y consideradamente, llegan a ser buenos pacientes.

Sus reacciones son parecidas a las de un niño con padres exigentes.

5. Rechazo

Tenemos varios tipos de rechazos desde ligera indiferencia por cuestiones de trabajo hasta rechazo completo a causa de problemas emocionales.

Cuando los padres son indiferentes sus hijos tienen complejos de inferioridad y se sienten olvidados.

Son inseguros y temen ocupar un lugar en la sociedad desarrollan resentimientos, son poco cooperadores, son retraídos y no tienen interés alguno.

Los niños no deseados o rechazados sufren falta de amor y afecto y en algunas ocasiones son tratados con desprecio y brutalidad.

A estos se les critica constantemente molestándolos y atormentándolos continuamente.

Pueden ser niños descuidados y castigados.

El niño al no sentirse seguro se vuelve suspicaz, agresivo, vengativo, combatido, desobediente, nervioso y demasiado activo.

Por lo que no es necesario ser aceptado en la sociedad.

En el consultorio dental es muy difícil su manejo.

Sus desobediencias no deben ser aceptadas, pero se le llamará la atención en forma amigable y comprensiva.

En muchas ocasiones para llamar la atención se portará mal, no es recomendable hacerle caso, sólo se le dará la atención deseada cuando se -
porte mal.

Enseñándole que cuando ésto ocurra el tratamiento dental es más agradable.

C. MODELAJE

Este procedimiento es un principio psicológico que se logra a través de la observación de un modelo, o sea es aprender por medio de la observación.

Se puede lograr por medio de videos o directamente en el consultorio, de manera que el paciente observe a otros niños a los que se les presta atención dental.

CAPITULO VI

PACIENTES ESPECIALES

En la práctica odontológica se presentan pacientes que nosotros hemos clasificado como "especiales".

Algunos de ellos presentan impedimentos físicos que requieren una atención especial, tanto psicológica como odontológicamente.

Otros no tienen ninguna alteración física, sin embargo tienen problemas emocionales; modificando su conducta.

Por esta razón es necesaria la utilización de técnicas más especializadas.

A. TECNICAS PARA LA APLICACION PSICOLOGICA EN PACIENTES PROBLEMAS.

1. Tranquilización

Es una técnica verbal por medio de la cual se intenta tranquilizar al paciente. No es muy eficaz, a pesar de ser la más utilizada.

El odontólogo trata de manejar con esta técnica la preocupación y la angustia de su paciente.

Una razón para que falle es que intenta ocultar los problemas en vez de aliviar la angustia que yace tras ellos.

El paciente sabe que tiene problemas y que los tratamientos odontológicos por realizar pueden ser dolorosos y difíciles.

Una de las razones de fracaso es que no proviene del mismo paciente, puesto que para ser eficaz debe ser un proceso interior.

El paciente se tranquilizará con un proceso bien planeado de educación, la respuesta para sus problemas, joven o viejo es la educación y no la tranquilización.

2. Estructuración

Se refiere al establecimiento de reglas básicas de conducta comunicada por el odontólogo al niño.

Con la estructura adecuada, los niños sabrán que esperar y como reaccionar a la experiencia odontológica.

1. El odontólogo debe explicar al niño en un lenguaje sencillo el propósito del tratamiento.

2. Debe preparar al paciente para cada fase de tratamiento describiéndola de antemano, también para dar una estimación del tiempo aproximado al tratamiento.

3. El odontólogo divide cada procedimiento en etapas siguiendo cada paso operatorio hasta el terminado.

4. El odontólogo prepara al niño para cada cambio de sensación antes que la experimente, incluyendo posición del sillón, posibilidad de dolor.

5. Se le informará al niño cuando ha sido programada su próxima visita y qué se la hará en ella.

3. Externalización

Es un proceso por medio del cual, la atención del niño se enfoca - fuera de las sensaciones del tratamiento dental.

Existen dos componentes de externalización y son:

La distracción y el compromiso. Por ejemplo durante el procedimiento de la inyección local, los niños tienden a enfocar toda su atención, - percepción y sensación en el sitio de la inyección.

Sus ojos pueden estar cerrados, su boca bien abierta y su cuerpo rígido, aislándose de los problemas y demás estímulos.

Existen dos métodos de externalización de la atención del paciente.

El primero involucra al niño en una actividad verbal.

El segundo en una actividad odontológica.

En el primer método se le pide al paciente que cuente hasta diez y cuando esto ocurra se habrá terminado el procedimiento.

El odontólogo inicia entonces la inyección y comienza a contar lentamente, pidiendo al niño que cuente con él.

Este procedimiento cumple con varias finalidades.

Distrae al niño de la inyección, ya que estará concentrado en contar.

Se involucra al niño, ya que tiene que contar con él odontólogo.

Se le indica al paciente el tiempo exacto de duración del tratamiento, siendo esta una forma de estructuración.

Aquí no sólo se describe el procedimiento odontólogo sino se proporciona al niño un espejo facial, con el que pueda observar la mayor parte de los procedimientos.

4. Simpatía y apoyo

La simpatía es a la capacidad de comprender y experimentar los sentimientos de otros, sin perder la objetividad.

El odontólogo debe tener a la responsabilidad, sensibilidad y capacidad de responder a los sentimientos de los niños, con esto apoyará los esfuerzos del paciente por comportarse adecuadamente durante el tratamiento.

El odontólogo puede proporcionar el apoyo de la siguiente manera:

Permitir que los niños expresen sus temores, deseos, enojos y otros sentimientos.

Comunicar a los niños que sus reacciones son emprendidas.

Confortar al niño cuando sea apropiado.

Estimular a los niños cuando muestren una buena conducta.

Escuchar los comentarios de los niños cuando desean hablar, procurando que sea en el momento apropiado.

El odontólogo en muchas ocasiones trata con pacientes que tiene más problemas de los que él está dispuesto a manejar como parte de su carrera profesional.

Este tipo de pacientes sufren tanto emocional como físicamente, sin embargo, cuando el odontólogo les proporciona confianza ellos platican todos sus problemas, éstos pueden ser ajenos a cuestiones dentales.

Cuando este comportamiento se presenta en el consultorio, el odontólogo debe poner límites, los cuales se hacen mediante una estructuración de cada visita, debemos explicarle al paciente, en caso de que sus problemas sean serios, que esto está fuera del área odontológica, pero se puede remitir a algún especialista si lo desea.

De no ser así, podemos encontrarnos en problemas relacionados con la "transferencia" y otras partes complejas del proceso de tratamiento utilizado por psicólogos y psicoterapeutas.

Se define como transferencia: "a los sentimientos positivos o negativos que el paciente experimenta por su terapeuta, basados no en sucesos o relaciones personales del paciente".

Esto lo lleva a atribuir ciertas ideas, sentimientos y conductas la terapeuta, sin que tenga relación alguna con su verdadera conducta o sentimientos.

El ejercicio profesional marcha mejor, si el paciente tiene una relación positiva con su odontólogo.

B. NIÑOS IMPEDIDOS

Actualmente se ha eliminado el velo de superstición y vergüenza hacia los impedidos, aceptándose ahora el hecho de que estos individuos son seres humanos con requerimientos especiales de habilitación.

Los padres de niños impedidos, saben que necesitan cuidados dentales restaurativos y preventivos.

El estado dental de los niños impedidos está relacionado directa o indirectamente con sus impedimentos físicos o mentales.

En caso de labio o paladar hendido, se presentan problemas dentales complejos y graves, mientras que en niños con retardo mental, parálisis cerebral, enfermedades cardíacas y trastornos hemorrágicos, puede no haber problemas dentales específicos, pero sus capacidades físicas a menudo impiden hábitos dentales y dietéticos adecuados.

No se necesita gran esfuerzo para el tratamiento odontológico en pacientes impedidos. El cuidado dental de estos niños puede llevarse a cabo con procedimientos rutinarios.

El odontólogo puede resolver los problemas dentales más graves y complejos siempre que tenga los conocimientos, paciencia y la comprensión requerida.

Muchos odontólogos se muestran abiertamente aprensivos en aceptar como pacientes personas con deformaciones congénitas.

Esta aprensión posiblemente se funda en la tendencia que existe a -- clasificar a estos individuos como pacientes problema, y en no darse -- cuenta que las personas nacidas con paladar hendido, labio hendido o ambos son seres humanos con ciertos problemas dentales especiales.

Como es perfectamente comprensibles, muchos de estos pacientes están deprimidos y son muy sensibles, pero con algo más de paciencia y comprensión el odontólogo generalmente puede superar estas barreras que surgen a la cooperación del paciente.

En la mayoría de los casos, se ve profundamente recompensado por la gratitud que recibe como premio a sus esfuerzos por mejorar la salud y el aspecto físico del paciente.

Aunque la magnitud y gravedad de los problemas dentales asociados con hendiduras labiales, palatinas o ambas pueda requerir mayor técnica y capacidad por parte del odontólogo, puede lograr enorme satisfacción al saber que ha cumplido su importante papel en la habilitación general de estos pacientes.

Los trabajos dentales en niños impedidos puede lograrse sólo gracias a un buen equipo coordinado entre el odontólogo y sus auxiliares.

Para obtener la cooperación requerida, el odontólogo debe proporcionar a su ayudante dental toda la información requerida del pretratamiento que afecte a su paciente, para que la ayudante pueda prepararse adecuadamente en su importante papel dentro del tratamiento del niño.

Una vez conseguida toda la información disponible respecto a las características físicas y mentales del niño con parálisis cerebral, el odontólogo deberá realizar su evaluación personal durante la primera visita del niño al consultorio.

En esta primera cita también deberá emplearse la realización de un plan para el tratamiento y a la vez proporcionarle tiempo al paciente para familiarizarse, tanto con el medio como con el personal que participará con él.

Con muchos de estos niños llevan vidas retraídas y están acostumbrados a tratar con personas a su medio, el odontólogo puede observar en su paciente gran aprehensión.

Para dar un servicio dental satisfactorio a este tipo de paciente es necesario una explicación amplia por parte del odontólogo a los padres o tutores, para informarlos sobre las medidas para realizar la odontología preventiva.

Deben mostrarse repetidamente las técnicas de cepillado adecuadas y debe recalcar la importancia de limitar los alimentos cariogénicos. Así como el uso de tabletas de fluoruro.

Antes de formular un plan para tratar a pacientes mentales retardados, el odontólogo debe conocer la edad mental del niño para saber qué grado de cooperación puede esperar de él y hacer los ajustes necesarios en los procedimientos del tratamiento.

La mayoría de los pacientes retardados mentales llegan al consultorio entran en la categoría denominada subnormalidad leve y puede tratarse a la mayoría de estos niños con algo más de firmeza y comprensión que la requerida para tratar a pacientes de ocho o diez años de edad.

Haciendo alarde de comprensión y paciencia el odontólogo puede ganar la confianza de estos niños.

Cuando no se logra el nivel de cooperación necesaria para poder realizar trabajos restaurativos ordinarios o cuando el niño retardado necesita tratamiento dental extenso y de habilitación, la única esperanza de tratar con éxito al paciente será recurrir al empleo de anestesia general.

CAPITULO VII

RESPONSABILIDADES DEL DENTISTA

La odontología infantil es el servicio más necesitado y sin embargo, el más olvidado entre los servicios que presta el odontólogo.

Su valor nunca será suficientemente ponderado ya que un tratamiento odontológico poco adecuado o insatisfactorio realizado en la niñez, puede dañar permanentemente el aparato masticatorio, dejando al individuo con muchos problemas dentales hoy en día tan comunes en la población adulta.

El odontólogo que ha decidido trabajar con niños deberá de estar consciente que está tratando con organismos en periodo de formación ya que sólo en los niños encontramos este crecimiento y desarrollo rápido, donde los individuos están en constante cambio.

Tomando en cuenta lo anterior debe de prever que la tarea resultará algo difícil a pesar de los mismos lineamientos que se llevan a cabo en un adulto, es único y pertinente sólo para niños.

El odontopediatra en sus manos modificare el patrón de crecimiento y la resistencia a las enfermedades de los tejidos en estos pacientes, logrando estructuras bucales más perfectas desde el punto de vista metabólico, funcional y estético.

Asimismo colaborar en la educación del paciente hacia el consultorio dental.

El odontólogo trabajo con niños tiene tres responsabilidades:

- 1) Para con su paciente
- 2) Para con su comunidad
- 3) Para consigo mismo

A. PARA CONSIGO MISMO

Se ha decidido en primer término la responsabilidad del odontólogo para consigo mismo, ya que al ser exigentes en los requisitos fijados por él mismo, el odontólogo sirve simultáneamente mejor a su paciente y a su comunidad.

Es esencial para el odontólogo adquirir atributos que le ayudarán en su profesión como son el ego y la humildad.

Su ego deberá hacer que se enorgullezca de su profesión, que ha contribuido a aliviar dolores y sufrimientos y que ha ayudado a elevar los niveles de salud.

Su humildad le hará darse cuenta de que el aumento de capacidad trae consigo aumento de responsabilidad por lo que debe ser honesto en la evaluación propia y prestar un mejor servicio de que sea capaz.

Nunca deberá sentirse satisfecho con juicios inadecuados o técnicas inferiores.

Cierto que cuestan mucho los conocimientos adquiridos por los estudios y la actualización de técnicas, pero la buena actitud del profesio -

nista hacia sus pacientes debe ser completa y rigurosa para lograr un óptimo desarrollo de su ejercicio profesional; porque en realidad, de nada sirve disponer de un buen equipo ultramoderno, sino se tiene la suficiente voluntad, paciencia y el carácter accesible para utilizarlos eficientemente con los pacientes.

El rendir un buen servicio tiene un alto valor estimulante y da al odontólogo conciencia de su autoridad profesional, enriquece emocionalmente su vida dentro del consultorio.

Esto no quiere decir que adquiriendo un sentido del valor propio debemos cultivar la vanidad, la soberbia, el engreimiento, el excesivo amor propio u otros aspectos igualmente negativos. En caso de un fracaso técnico las palabras habituales pierden eficacia, en cambio presentando un buen servicio en todos los aspectos, desde el técnico hasta la habilidad manual, el esmero y la voluntad que pongamos en cada uno de nuestros pacientes, no harán falta las palabras, la propia actuación resultará por demás expresiva.

La diferenciación que el odontólogo debe lograr es en forma suave y natural. Creer que por ejemplo, la autoridad profesional está dada por una actitud altiva, severa o magestuosa, es un error de criterio y puede producir choques o innecesarias asperezas.

Algunos odontólogos confunden la vanidad con la dignidad. La vanidad es un orgullo vacío y una ansiedad morbosa de ser observado y admirado por los demás, mientras que la dignidad es un estado de real valor, honor, nobleza de mente y de carácter que impresionan a los demás sin esfuerzo alguno por parte de su poseedor.

El arte de tratar a la gente no sólo requiere conocimientos psicológicos y experiencias prácticas sino el constante afán por emplear esos conocimientos y experiencias en la práctica.

El odontólogo no sólo debe ser amable y estar de buen humor, sino también debe tener paciencia y ser indulgente debe dominar sus sentimientos y no mostrar enojo. Hay que tomar en cuenta también, que el niño percibe instintivamente toda nuestra seguridad.

B. PARA CON SU PACIENTE.

La responsabilidad del odontólogo hacia su paciente, requiere que use buen juicio al planear y llevar a cabo el tratamiento.

Para cumplir con su responsabilidad hacia el paciente el odontólogo debe ser capaz de manejar bien a los niños. La falta de capacidad para manejarlos puede frustrar todo intento de realizar odontología de gran calidad.

Un odontólogo competente debe ser capaz de contestar inteligentemente las preguntas de los pacientes y sus padres con conocimientos correctos.

En sus relaciones sentimentales los niños son inconstantes y los sentimientos hacia el odontólogo están condicionados emocionalmente. Los niños son más vulnerables psíquicamente, no posee suficiente voluntad para soportar cualquier molestia y no suelen comprender porqué tendrán que soportarla.

Es importante que el odontólogo posea una inclinación e interés natu-

ral hacia los niños y que sepa crear un vínculo amistoso con ellos, para que queden cautivados verdaderamente por su charla.

Además, las conversaciones con niños pequeños y mayores, en cierto modo también son provechosas para el odontólogo, porque así llega a conocer el amplio campo de interés infantil y obtienen una visión sobre nuevos libros, películas, juguetes, juegos etc., ésto lo puede aplicar enseguida para su próximo paciente y además adquiere información psicológica que completa sus conocimientos, teorías y nuevas experiencias que le dan un mayor criterio.

Además de ésto debe transmitir al paciente y al padre el valor de - cuidados dentales adecuados. Debe conversarlos de que en la niñez son una inversión para la salud futura. La buena odontología no empieza en la silla dental empieza en casa con higiene bucal adecuada, una dieta completa, una dieta sensata con restricciones de carbohidratos, la participación en los esfuerzos de la comunidad para fluorizar el agua y con el establecimiento de programas dentales para los indiferentes.

De esta manera se puede efectuar una odontología eficaz sin silla dental. Puede que su impacto en el público sea tan necesario como el esfuerzo en la silla dental. En otras palabras, la odontología infantil - afecta a la educación y servicio.

En algunas ocasiones requiere que se establezca una relación entre el paciente, el padre y el médico ó el padre y un hospital.

También puede hacerse recomendaciones con algún especialista dentro de la odontología.

Las recomendaciones deberán hacerse con rapidez y eficacia posible. Los padres deberán ser informados de la necesidad de consultar u hospitalizar si puede haber riesgo, deberá ir especificado por escrito y el odontólogo deberá asegurarse de que el padre lo comprenda.

Deberá existir una relación amistosa entre pediatras y médicos de la comunidad. Constantemente su colaboración será de gran ayuda al diagnosticar algunos problemas. Si un niño parece estar enfermo, se le tomará su temperatura y si ésta resulta elevada y no se aprecian síntomas bucales deberá recomendarse al niño a su pediatra o médico para que le haga diagnóstico y lo trate.

En el consultorio dental se debe contar con un termómetro clínico bucal. El pediatra a su vez, recomendará niños con problemas dentales al odontólogo, existiendo así una relación favorable entre éstas dos ramas de la medicina.

C. HACIA SU COMUNIDAD.

El odontólogo actualmente está consciente de la responsabilidad que tiene su comunidad. Estas responsabilidades trascienden fuera del consultorio dental, llevando información de la salud dental a todos los niños de la comunidad.

El representa un punto clave para los programas que traten de la salud dental de los niños, ya que nadie conoce mejor que él, las necesidades de la comunidad al respecto.

Al promover éstos, hace que la gente aprecie el valor de la odontología, puesto que nadie puede apreciar algo que no conoce, tan sólo se valora cuando se considera como una necesidad la cual no se puede pasar desapercibida, ésta es la base de los programas educativos de la salud pública.

Cuando el odontólogo no muestra interés o deseo de mejorar la salud dental de la comunidad fuera del área de su consultorio no debe quejarse cuando el público no valora las técnicas preventivas y el tratamiento de las enfermedades dentales, por lo tanto el dentista debe asumir el papel de educador dental.

Uno de los programas más acertados es el que tiene continuidad, ya que trata el tema preventivo o correctivo.

La gente tiende a olvidarse de las cosas a menos que se le recuerde constantemente.

La mayoría de la gente no recurre al odontólogo a menos que un dolor le recuerde que ese servicio este disponible.

Para llevar a cabo un tratamiento completo deberá ser de dos tipos preventivo y correctivo.

Tratamiento Preventivo.

Deberá de ser tanto educativos como clínicos.

Los aspectos educativos refuerzan la importancia de preservar los dientes y los tejidos periodontales y limitar la posibilidad de maloclusión.

Los problemas que presenta la comunidad como son caries enfermedades periodontales y maloclusión deberán hacerse del conocimiento del público en general para poder apreciar la magnitud del problema.

En el caso de que el programa sea favorable deberemos desarrollar programas educacionales sobre métodos y técnicas de prevención de enfermedades bucales y maloclusión.

Una técnica básica es el cepillado de los dientes, éste puede enseñarse por demostración, con modelos grandes para facilitar su visualización o en otras ocasiones exhibiendo películas.

Esto sirve para grupos numerosos, aunque es mejor la instrucción personal con la participación del niño, ya que se puede aprender más y mejor al hacer que al observar.

Deberá evitarse el consumo de carbohidratos ya que son los principales causantes de la caries dental, evitando el consumo sobre todo entre comidas.

Ya que es sabido que una dieta balanceada no sólo ayuda a la salud bucal sino a la salud en general.

Una medida sanitaria para la comunidad es la fluorización de aguas, aunque en muchas ocasiones esto no es muy aceptado por pequeños grupos - que por ignorancia o información distorsionada no aceptan esta medida.

Existen varias maneras de acercarse al público en programas educativos:

- 1) Charlas a grupos escolares, organismos de ayuda, asociaciones de padres y maestros, reuniones de sindicatos, reuniones del personal de hospitales, grupos religiosos.
- 2) Proyectos escolares como clubs de salud y programas instructivos de higiene bucal.
- 3) Artículos en los periódicos, programas de radio, de televisión anuncios.

Tratamientos Correctivos.

Son básicamente tratamientos de caries, aunque si se tienen medidas preventivas habrá disminución de caries y se podrán tratar con mayor cantidad de niños puesto que sus problemas de caries no serán tan serios.

Finalmente llevar información a los padres, maestros y alumnos por igual es uno de los mejores servicios que puede ofrecer el odontólogo a su comunidad y también sirve de excelente ayuda para formar una buena clientela.

CAPITULO VIII

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL.

Para el manejo de los niños debemos tomar en cuenta su estado psicológico y su estado de adaptación.

Estado psicológico.- Se refiere a las circunstancias internas del niño (carácter).

Estado de adaptación.- Es la relación con el medio ambiente.

El tratamiento consiste básicamente en comprender los conflictos y síntomas que se presentan en el niño y modifican la conducta en sus diferentes edades y etapas de crecimiento y desarrollo que son neonatal, lactancia, primera infancia o año de titubeo, la escolar, preadolescencia y adolescencia.

Es importante estudiar el comportamiento del niño que puede variar en períodos de tiempo.

A los dos años y medio es contradictorio y difícil, a los tres años es amigable y tiene un buen dominio en sí mismo, mientras que a los cuatro años y cuatro años y medio puede volver atrás en su comportamiento y se dogmáticos y difícil de controlar.

Un niño al ser poco cooperativo en el consultorio, puede ser debido a que trata de evitar lo desagradable y doloroso, por lo cual el odontólogo deberá darle toda su confianza, para que se vuelva más colaborador.

El comportamiento del niño puede ser poco razonable y totalmente intencional ya que este, puede basarse en experiencias subjetivas y objetivas adquiridas durante toda la vida del niño.

Si el niño en su casa se comporta con negativismo y ataques de mal genio, éste tratará de hacer lo mismo en el consultorio si se resiste con fuerza a sus padres y logra que satisfagan sus deseos, tratará de evitar los trabajos dentales del mismo modo.

Sin embargo el niño aprenda que en el consultorio dental no va a lograr nada con su mal conducta perderá motivación para seguir comportándose así.

Con niños de corta edad es mejor ser autoridad benévola que darle a elegir o hacer tratos con él.

Al acudir el paciente para alguna corrección dental su comportamiento dependerá en gran parte de la capacidad del odontólogo para manejarlo.

Si se está tratando con un niño asustado y temeroso, deberá primero eliminarse el miedo y sustituirlo por sensaciones agradables y afecto.

Existen enfoques adecuados al manejo psicológico de los niños en el consultorio dental; no se debe dejar el tratamiento para después, ya que esto no ayuda en lo absoluto a eliminar el miedo. Cualquier razón no explicada inspira miedo a los niños, no debemos de esperar a que un niño venza actitudes inadecuadas con la edad, ya que esto puede tardar años.

El odontólogo no deberá mostrar actitudes sarcásticas y desdeñosas hacia el niño pensando que por vergüenza su comportamiento mejorará.

El ridículo puede producir frustraciones y resentimientos al niño y de ello puede resultar un aumento de aversión al odontólogo.

Si el procedimiento tiene que producir dolores, aunque sean mínimos, es mejor prevenir al niño conservar su confianza dejarle creer que ha sido engañado.

Cuando el niño está en contacto con la situación que produce miedo, la ayuda verbal es inútil, puesto que los temores se desarrollan a nivel emocional.

El manejo de pacientes pequeños es recomendable atenderlos durante las primeras horas de la mañana, de esta manera los pequeños estarán de buen humor y el odontólogo estará más alerta para lidiar con reacciones impredecibles; de no ser así, el niño se presentará cansado y tendrá que esperar en la sala de recepción lo que le formará un esquema mental de no cooperación.

1) TECNICAS DE REACONDICIONAMIENTO.

Las diferentes técnicas de reacondicionamiento nos ayudarán a que el niño aprenda a aceptar los procedimientos odontológicos y a gozar de ello, perderá el miedo a la odontología, porque se dará cuenta de que lo desconocido no representa peligro para su seguridad.

Con simpatía y tacto los procedimientos operatorios se vuelven interludios agradables y esperados con placer por el odontólogo y por el niño.

El primer caso en el reacondicionamiento es conocer si existe temor a la odontología y porqué esto es fácil de descubrir, preguntando a sus padres sobre sus experiencias odontológicas, observando actitudes y al niño de cerca.

No deberá usarse palabras difíciles de comprender.

Ni hablar demasiado, ya que esto producirá en el niño desconfianza y aprehensión.

Utilizaremos palabras sencillas y cotidianas que usan los niños.

Dejaremos que el niño lleve la conversación sobre temas de interés para él, adentrándonos a su plática.

El caso de niños muy pequeños es conveniente añadir algo de fantasía para darle más interés a la plática.

Evitaremos hablarle a los niños como bebés, no se les preguntará - algo que requiera respuesta, si tienen ambas manos ocupadas o algún instrumento en la boca.

Los niños tienden a utilizar la pregunta como excusa para interrumpir unos cuantos minutos el tratamiento.

Hay adultos que prefieren el silencio pero a la mayoría de los niños les gusta oír hablar al odontólogo, se sienten menos ignorantes y olvidados.

A veces, en tono monótono y repetitivo se podría inducir al niño a someterse a la inyección, sin cambiar el tono de voz, al pasar de un monólogo sobre algo interesante al proceso de la inyección.

Es buena táctica conocer al paciente infantil antes de que llegue a la silla dental, haciendo preguntas a los padres sobre el niño, al realizar la historia clínica, estas preguntas pueden dar idea del comportamiento futuro del niño.

Se aprende mucho sobre el comportamiento emocional de los niños observándolos como se desenvuelven en la sala de recepción.

Si el niño permanece sentado con su madre o abrazado de ella podemos pensar que tendremos problemas, si el niño se sienta solo, lee un libro juega alejado de su madre se podrá suponer que es emocionalmente maduro para recibir el tratamiento.

2. ATENCION AL PACIENTE.

A todos los pacientes se les deberá tratar como si fueran únicos, -
prestándoles una atención completa.

Si es necesario abandonar la sala de operaciones, es recomendable -
no dejar solo al pequeño paciente, ya que sus temores aún no disipados -
totalmente pueden aumentar.

En el caso de que el niño esté muy nervioso, el odontólogo no debe
abandonar la sala.

Cuando es necesario realizar una cirugía, se debe pasar directamente
al paciente, pues los constantes cambios de lugar le causarán gran ansie-
dad.

El odontólogo debe realizar su trabajo con rapidez destreza y evi -
tar en lo posible el dolor.

Para el odontopediatra es de gran ayuda la asistencia dental, con -
rola al paciente y le facilita los procedimientos al odontólogo.

La técnica más favorable es la más sencilla, no es necesario buscar
técnicas complejas, las cuales en ocasiones no es posible realizar.

Es bueno colocar todo el instrumental requerido a nuestro alcance,
perdiendo el menor tiempo en conseguirlo.

Los niños son grandes observadores y serán los primeros en darse -
cuenta de la ineficiencia del tratamiento.

De esta manera el odontólogo perderá la confianza de su paciente.

Es indispensable el trabajo rápido; el niño puede soportar molestias si sabe que pronto acabarán.

3. USO DE PALABRAS QUE INSPIRAN MIEDO, HALAGOS, ALBALANZAS Y RECOMPENSAS.

Como ya se ha mencionado anteriormente muchos de los temores sugestivos no los produce el procedimiento en sí sino el significado atemorizante de algunas palabras.

Por esta razón el odontólogo debe evitar palabras que inspiren miedo, como son "dolor", "inyección", "aguja", etc.

Todas estas palabras no causarán daño en muchos pacientes si se les da un nombre distinto, pero que los niños comprendan y usen constantemente, esta designación debe ser acorde a la edad del paciente.

Generalmente se le dice al niño cuando se le va a anestesiarse que va a sentir en su encía un piquetito de mosco.

En el caso de utilizar fresa para hacer una cavidad se le dirá que un avión va a cepillar y a lavar sus dientitos con agua, para sacar a los animalitos que viven allí.

Ante todo debe evitarse engañar al niño, la verdad puede presentarse de una manera sencilla, seleccionando bien nuestras palabras.

Durante el aprendizaje el castigo y la recompensa son fundamentales. Existen muchos tipos de recompensas para nuestros pacientes colaboradores, aunque la que más busca el niño es la que dependerá en gran parte - el comportamiento futuro.

Al realizar una alabanza, deberá alabarse el comportamiento más que al individuo en sí.

El odontólogo utiliza mucho las recompensas otorgándole al niño diferentes regalos, como son globos, estrellas, juguetes, etc.

Lo que impresiona favorablemente al niño, más que el regalo es que se reconozca su mérito.

En algunos casos el odontólogo se encuentra con pacientes que se - portan mal y cree que el soborno será el indicado, pero esto es un error, ya que lo único que se obtendrá, será que el paciente continúe con su mal genio en espera de más sobornos aprovechándose de la situación para conseguir sus deseos.

Posiblemente se piense que recompensa y soborno es lo mismo.

Recompensa es reconocer que hubo buen comportamiento durante el tratamiento, sin haberse prometido nada.

Mientras que el soborno es prometer o dar algo para inducir un buen comportamiento.

Durante el tratamiento se presenta infinidad de ocasiones en las -
que el odontólogo pide al niño realice determinada actividad, en este -
caso no se le debe "pedir", sino se le debe dar una orden para que obe -
dezca.

Es decir, que al pedir se le da a elegir y el niño puede aceptar o
no. Mientras que al ordenar, no hay elección y este debe cumplir la or -
den.

El odontólogo debe pedirlo de una manera agradable pero firme, sin
abusar de su posición.

CAPITULO IX

AMBIENTE EN EL CONSULTORIO DENTAL.

El factor principal para lograr el confort del niño será sin duda alguna el medio ambiente, donde llevaremos a cabo el tratamiento dental.

El cual deberá causar una impresión positiva y agradable en nuestros pacientes.

Por lo regular los niños son observadores e inquietos, no todos captan con igual facilidad detalles destinados a producir sensaciones de confort, en los que podrían sentirse a gusto o a disgusto.

A. ASPECTOS DEL CONSULTORIO ODONTOLOGICO.

Se debe considerar en primera instancia el tipo de decoración que ha de seleccionarse.

El odontólogo que ha de dedicarse exclusivamente a niños podrá elegir un tipo de decoración espacial como por ejemplo: un circo, personajes de Walt Disney, etc.

El tener vitrinas con objetos interesantes, como piedras raras, barcos aviones a escala, flores, libros, etc., proporcionan buen resultado para crear en el niño un sentido de confianza.

El consultorio deberá tener otra salida además de la que tiene la sala de espera, con el fin de que el niño que no pudiera ser controlado en el sillón dental, salga llorando, de mal humor, o gritando no influya -

negativamente en el ánimo de los demás niños que estén en la sala de recepción.

Debe existir en el consultorio, un espacio en el cual puede recibir instrucciones sobre procedimientos preventivos, los niños y sus padres, esta información puede estar en cualquier parte de la sala de recepción a través de poster que estarán colocados en las paredes.

El color es un factor que debe formarse en cuenta en el consultorio, ya que de alguna manera influirá indirectamente, en el paciente para que se sienta cómodo.

En ocasiones éste suele presentarse molesto y exigente, como reacción al color, de forma inconciente, así como a cualquier otra cosa que no haya sido de su agrado.

Cuando esto sucede agotan la paciencia del profesionista, no se puede trabajar y hacer perder tiempo.

El objetivo principal de elegir el tipo de color que se le han de poner a las paredes, es el proporcionar al paciente un bienestar psíquico que sólo puede mantenerse con un ambiente de colores variados y cambiantes.

Las combinaciones no deben ser chillonas, ni agresivas, sino colores suaves y armónicos, para que provoquen suficiente fluctuación en la alteración del paciente como para mantener su conciencia alerta y sus sentidos ocupados.

Faber Birren, en uno de sus trabajos recalca, que la variación y combinación armónica de colores mantienen más alerta al enfermo, conservando vivo su interés por todo lo que le rodea y evita que caiga en los estados depresivos tan perjudiciales para la salud.

La sala de espera deberá tener un predominio de colores cálidos en el despacho conviene tener una mesa de colores cálidos, en torno al doctor para concentrar la atención del enfermo, mientras las paredes y otros elementos serán de tonos fríos o neutros.

Por último la sala de exploración se limitará a tonos fríos, para que la pérdida de atención del enfermo pueda dedicarse a las tareas que el examen le impone.

Siguiendo estos lineamientos generales, podemos crear una atmósfera propicia para cada ambiente del consultorio dental, así como condicional en el paciente un estado de ánimo ideal, para cada momento del proceso terapéutico y asegurarse de que los pacientes acusen un mínimo de reacciones negativas cuando se trate de volver al consultorio dental.

La música es uno de los factores más importantes para lograr relajamientos en el consultorio.

El paciente que llega tenso y temeroso al posible dolor al escuchar música y sin que él mismo lo advierta, empieza a tranquilizarse y se disipan en un alto porcentaje sus recelos.

Deberá de elegirse el tipo de música que ha de programarse.

El volumen será adecuado dentro de formas técnicas y acústicas profesionalmente planeadas.

Una música apenas audible y relajante en la sala de recepción tendrá efectos reconfortables en el paciente que hace desaparecer la frialdad - y angustia que pueda presentarse.

Ya está comprobado el efecto de la música en el estado de ánimo de las personas, por lo tanto la buena música de fondo resulta un magnífico elemento en el consultorio pero siempre y cuando el sistema haya sido - instalado por especialistas.

Es importante tomar en cuenta, las condiciones acústicas del local - el número de bocinas y su ubicación el diseño y el color de las mismas, para no romper con la armonía dental del consultorio.

Está comprobado que la música hace que las personas pierden el sentido del tiempo y esto da la sensación de que el tiempo transcurre más - rápido, por lo que los pacientes sienten que su estancia en el consultorio es breve y amena.

Todo consultorio dental debería tener un sitio adecuado para enseñar - le las técnicas de higiene bucal, principalmente en el control de placa - dentobacteriana, el cual debería de incluir, un lavado adecuado para niños y un espejo para las técnicas de cepillado.

El tipo de iluminación como hemos mencionado también es importante, - ya que puede crear un ambiente agradable en el paciente disminuyendo su inseguridad y temor, que surgiría si hubiera oscuridad.

La iluminación puede ser natural o artificial, siendo recomendable un poco de ambas, o combinarlas.

La iluminación natural, está dada por la luz oslar que penetra a - - través de las ventanas, mientras que la luz artificial está dada por un foco o lámpara que porporciona un haz de luz concentrado.

Finalmente diremos que en los consultorios pequeños, todos estos aspectos pueden llevarse a cabo en un sólo ambiente; sin paradas para las distintas actividades.

CONCLUSIONES

El principal problema que se presenta en este trabajo, es el conocimiento tan limitado que tenemos acerca de los factores psicológicos, que de una manera directa o indirecta influyen y determinan el comportamiento emocional del niño.

Es indispensable conocer y aplicar las medidas y técnicas necesarias para un reacondicionamiento en el niño, en relación a su conducta, para alcanzar el éxito del tratamiento dental.

El profesionista no debe olvidar la influencia que tiene el odontólogo en el medio ambiente y los padres en la formación psicológica del infante.

Así, como la importancia que tiene el manejo adecuado de los padres dentro del consultorio dental, ya que de ellos depende la colaboración que tengamos del paciente.

El trabajo en conjunto es la solución para muchos problemas que se presenta, por lo que debe existir contacto directo con el psicológico, terapeutas, pediatras, padres de familia y otros especialistas.

Los planteamientos y sugerencias en este trabajo, pretenden marcar un cambio de actitud, para coadyuvar al mejoramiento de nuestro trabajo en la sociedad.

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

1. MacDonnald, Ralph.
Odontología para el niño y el adolescente.
Ed. Mundi.
Buenos Aires, Argentina.
2. Dr. Singer, Rober y Singer Anne.
Psicología Infantil.
Ed. Interamericana
México.
3. Finn, Sidney B.
Odontología Pediátrica.
Nueva Editorial Interamericana.
México, D.F.
4. Morris, Alvin. y Harry M. Bonannan.
Las Especialidades Odontológicas en la
Práctica General.
Ed. Labor.
México.
5. De la Fuente Muñiz, Ramón.
Psicología Médica.
Fondo de Cultura Económica.
México, D.F.
6. Hotz, Rudolf P.
Odontopediatría
Ed. Médica Panamericana.
México.

7. Ryan, Edward J.
Fundamentos Psicobiológicos en Odontología.
Ed. Mundi.
Buenos Aires, Argentina.
8. Biehler, Robert F.
Introducción al Desarrollo del niño.
Ed. Diana.
México.
9. Piaget, Jean.
Seis Estudios de Psicología.
Ed. Seix Barral.
Barcelona, España.
10. Dicarpio, Nicholas S.
Teoría de la Personalidad.
Nueva Editorial Interamericana.
México, D.F.
11. Harnot, Ewold y Weyerj, Helmut.
Odontología Infantil.
Ed. Mundi.
Buenos Aires, Argentina.
12. Anderson, Pauline C.
La Asistente Dental.
Ed. Troquel.
Buenos Aires, Argentina.
13. Reese, Hayne W. y Lipsitt, Lexis P.
Psicología Experimental Infantil.
Ed. Trillas.
México.

14. William R. Cinotti y Artur Griedor.
Psicología Aplicada en Odontología.
Ed. Mundi SAIC. y F.
15. Cofer, C.N. y Appley, M.H.
Psicología de la Motivación.
Ed. Trillas.
México.