



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

*244*

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

*ZET*

**"EL NIÑO FRENTE AL CONSULTORIO DENTAL: LA INFLUENCIA DE LAS DIFERENTES ALTERNATIVAS PARA SU MANEJO METODOLOGICO"**

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :  
**CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A :  
*Noriega Tinajero Fernando*  
**DORA LIZ VERA SERNA**

**Coordinador de Seminario  
Asesor de Tesina**

**C. D. ALEJANDRO MARTINEZ SALINAS**



**MEXICO, D. F.**

**1995**

**FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

**Dedico este trabajo con cariño a mis  
padres y hermanas, quienes siempre  
han estado presentes para apoyarme.**

**A mis maestros, quienes compartieron  
conmigo su sabiduría.**

**A Rafael, por su invaluable colaboración.**

**A Fernando, por su cariño y comprensión  
durante estos cuatro años, y por su  
apoyo en los momentos difíciles.**

## QUE ES UN NIÑO

Los niños vienen en tamaños, colores y pesos surtidos y se encuentran en todas partes; arriba, abajo, a un lado, trepando, meciéndose, corriendo o brincando.

Las madres los quieren, las niñas los detestan, los hermanos y las hermanas mayores los toleran, los adultos los ignoran y el cielo los protege.

Un niño es la verdad con su cara sucia, la sabiduría con sus bolas de chicle en el pelo y la esperanza del futuro, con una rana en los bolsillos.

Un niño tiene el apetito de un caballo, la digestión de un tragador de sables, la energía de una bomba atómica de bolsillo, la curiosidad de un gato, los pulmones de un dictador, la imaginación de Walt Disney, la timidez de una violeta, la audacia de un conquistador y el entusiasmo de un cohetero.

Le gusta el helado, las naranjas, los serruchos, las historietas cómicas, al niño de enfrente, los bosques, el agua ( como elemento natural ), los animales grandes, su papá, los trenes, las calderas de vapor; no es inclinado a la doctrina, a la mucha compañía, a la escuela, a los libros sin ilustraciones, a las lecciones de música, a las corbatas, al peluquero, a las muchachas, a lavarse la cara, al sobretodo y a la hora de acostarse.

Nadie se levanta más temprano, ni llega más tarde a la hora de comer; nadie tampoco puede acomodar como un niño, en la bolsa de su pantalón una navaja vieja, una manzana a medio comer, un metro de cordón, dos pastillas de chicle, unos centavos, una resortera y una bola de substancia desconocida.

Un niño es una criatura mágica, se le puede dejar fuera de nuestro cuarto de trabajo pero no fuera de nuestro corazón, puede dejársele fuera de la biblioteca, pero no fuera de nuestro pensamiento.

# INDICE

INTRODUCCION _____	I
--------------------	---

## CAPITULO I

### CONDUCTA DEL NIÑO POR EDADES

1.1 Primeras experiencias del niño _____	2
1.2 Conducta de los 0 a 3 años _____	5
1.3 Conducta del niño en edad escolar _____	9
1.4 Conducta del adolescente _____	10

## CAPITULO II

### EL NIÑO FRENTE AL CONSULTORIO DENTAL

2.1 Reacciones del niño durante la sesión odontológica _____	17
2.2 Naturaleza del miedo _____	24
2.3 Experiencias odontológicas anteriores _____	27
2.4 Clasificación del paciente pediátrico _____	28

## CAPITULO III

### FACTORES DIRECTOS PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE INFANTIL

3.1 Personalidad del dentista y de sus auxiliares _____	35
3.2 Aspecto del consultorio dental _____	38
3.3 Influencia de la actitud de los padres sobre la conducta del niño en situaciones odontológicas _____	39
3.4 Influencia cultural y socioeconómica de los padres sobre la conducta de los niños en el consultorio dental _____	44
3.5 Técnicas para el manejo de niño _____	45
3.6 Premedicación y anestesia general; considera- ciones generales _____	51

## CAPITULO IV

### INVESTIGACIÓN

" Influencia de los factores en la triada paciente- dentista-padres, que determinan el comportamiento del niño en las Clínicas de Odontopediatría, F.O., y que dan la pauta del manejo de la conducta a seguir _____	57
Resultados _____	63
Conclusiones _____	81
Bibliografías _____	86

## INTRODUCCION

La Odontopediatria, como rama de la Odontología, se encarga del estudio de un individuo desde que nace hasta la adolescencia enfocándose en el aparato estomatognático a fin de prevenir y controlar las alteraciones que causen enfermedad en éste, ayudándose de diversos procedimientos que logren la comprensión psicológica del paciente en esta etapa de la vida.

Si bien es cierto que esta disciplina odontológica, al igual que las demás, invierte mucho en la terapéutica de las diversas afecciones bucodentales, también lo es el hecho de que ninguna otra necesita tanto del profundo conocimiento de las reacciones conductuales del individuo que trata, en este caso del niño, a lo largo de las diferentes edades, así como de los factores que influyen para su mejor manejo en el consultorio dental.

Por lo tanto, para poder conllevar la relación paciente-odontopediatra, los principios más básicos y fundamentales que se deben utilizar, se relacionan con los diferentes comportamientos del niño, para adentrarse en la personalidad de cada paciente en particular, y así emplear la técnica más adecuada para conducir al infante dentro del ambiente del consultorio.

Esto es lo que nos impulsó para realizar este trabajo, pues al comenzar a trabajar con los niños en las clínicas de Odontopediatria de la Facultad de Odontología, nos dimos cuenta de la influencia de diferentes factores que pueden cambiar la imagen que de uno tienen los niños, y por lo tanto, que pueden modificar su conducta, tanto en una clínica como en un consultorio de atención dental.

Desgraciadamente, muchos de los alumnos se olvidan de todos estos principios sobre manejo de la conducta, y que van de la mano con el éxito o fracaso que se pueda esperar del tratamiento integral del paciente pediátrico. Sin embargo, lo más grave es que estas carencias se reflejan más tarde ya en el ejercicio profesional, en donde se acentúan por el pensamiento enfocado en la agilización de cada tratamiento y en la disminución del tiempo que se dedica al acercamiento e identificación con el niño.

Mucho del éxito de la Odontopediatría estará en base a la confianza que el niño adquiera de su dentista, porque dependiendo de esto se trabajará con un niño cooperador o no cooperador.

El niño, así como cualquier ser humano de edad adulta, es una persona que observa y se da cuenta de las cosas que suceden a su alrededor, escucha y puede comprender, siente y reacciona ante los estímulos del medio. Partiendo de esta observación, debemos entonces mostrarnos ante los infantes con el mismo trato cordial y de respeto que como se maneja a un adulto, con las diferencias correspondientes.

Para el niño que nunca ha sido atendido por un dentista, será muy importante la forma en que sea recibido desde la primera sesión, pues en base a ésta, y a las experiencias obtenidas de tal encuentro, será su comportamiento en consultorio.

En nuestras clínicas, el hecho de que son recibidos prácticamente en el sillón dental, en contacto directo con otros pacientes que lloran o se encuentran irritables, definitivamente marca el comportamiento del paciente, no siempre de la manera más positiva.

La comunicación con el niño y con sus padres es esencial para poder controlar al niño en las sesiones. La influencia cultural y socioeconómica, así como la personalidad en gene-



neral de los padres, determinan la mayoría de las veces, el patrón de conducta que adquiere el niño.

Este proyecto incluirá la recopilación de datos obtenidos de los cuestionarios realizados a los padres y al operador que puedan aportarnos los factores que influyen en el comportamiento del paciente y la forma de controlarlo en las sesiones odontológicas, así como la observación directa tanto al paciente, como a sus padres y de la técnica empleada por cada operador para manejo de la conducta infantil.

Este último punto es muy importante, ya que en base a las características de cada caso en particular se debe de optar por la técnica de manejo más conveniente, sin caer en el abuso de la restricción de movimientos o de otras, en donde no se está llevando a cabo esa comunicación entre paciente-dentista.

En la clínica se observan muchas deficiencias en el conocimiento de las diferentes técnicas para el manejo de la conducta, por lo que la práctica se limita al uso de muy pocas.

No debemos olvidar lo siguiente: Cuando un dentista asume la responsabilidad de trabajar con niños, debe estar consciente que esta práctica le resultará difícil, pues el trabajo con niños no es sencillo. Se requiere de amplios conocimientos odontológicos generales, de los cuales algunos son de aplicación exclusiva en niños. Si el dentista hace un esfuerzo adicional para capacitarse en esta disciplina, se dará cuenta que el trabajar con niños es una de las experiencias más satisfactorias que pueden experimentarse en todas las prácticas odontológicas.

## **CAPITULO I**

### **Conducta del niño por edades.**

## **CAPITULO I**

### **Conducta del niño por edades**

#### **1.1 Primeras experiencias del niño.**

La conducta puede ser definida como el conjunto de respuestas producidas por el organismo ante los estímulos. Esta va forjándose en cada individuo a lo largo de su existencia, siendo influenciada por diversos factores desde la etapa de vida intrauterina.

#### **Ambiente prenatal**

Desde la segunda semana después de la concepción hasta el parto, el niño está unido a su madre y al mundo externo a través de la placenta. En el útero el feto recibe una estimulación sensorial constante del líquido amniótico que lo rodea y de las pulsaciones del corazón materno. Los movimientos de la madre le proporcionan experiencias sensoriales variadas. La salud, dieta, uso de fármacos y estado emocional de la madre constituyen las influencias químicas prenatales que pueden destruir células, provocando eventos traumáticos .

Diversos estudios parecen indicar que el sufrimiento emocional durante el embarazo está asociado con irritabilidad, problemas intestinales, llanto excesivo de los bebés durante la infancia temprana, diversas anomalías como paladar hendido y labio leporino.

Lo anterior demuestra con claridad que el ambiente intrauterino suele conformar significativamente las características físicas y de conducta del infante.

### **Experiencias sensoriomotoras.**

Antes de nacer, los infantes reciben cantidades mínimas de estimulación sensorial dentro del ambiente intrauterino. Después del nacimiento, los sentidos de los bebés son bombardeados por imágenes, sonidos, sabores y olores del mundo nuevo en que se encuentran. El bebé ya tiene mayor libertad de movimientos y capacidades motoras que van en aumento.

Cuando los humanos no reciben el nivel mínimo de estimulación sensoriomotora desde bebés, surgen deficiencias en su desarrollo. Los niños prematuros que ya han sido privados de algunas semanas de estimulación en el útero, son colocados en incubadoras que los mantienen en condiciones más óptimas para su supervivencia, pero aíslan al bebé de toda estimulación. La investigación de las psicólogas Scerr-Salapatek y Williams demuestra que los niños prematuros que se mantuvieron en incubadoras con estimulación especial ( mimos, arrullos, alimentación, conversación, juguetes ) tuvieron niveles de desarrollo físico, social y mental casi normales en comparación con los niños en incubadoras que no

recibieron tal atención. De la misma forma sucede con los bebés criados en orfanatorios carentes de los medios para proporcionarles estimulación sensoriomotora general, que es esencial para el crecimiento de todo tipo de capacidades humanas. Los niños reclusos en instituciones rara vez balbucean, lloran o se arrullan; conforme crecen muestran poco interés por los juguetes y sus movimientos son inhibidos y carentes de vigor; durante el primer año de vida aparecen retardados en aptitudes motoras, lenguaje, desarrollo intelectual, expresión de emociones, y en su capacidad para una relación fuerte y duradera hacia otras personas.

### **Experiencias sociales.**

El contacto inmediato de los padres hacia su bebé es sumamente importante para un adecuado desarrollo de sus capacidades afectivas. El niño comienza a identificar a las personas que pasan cierto tiempo con él y que le brindan protección y manifestaciones de cariño.

Algunos psicólogos creen que la capacidad para vincularse socialmente es un producto de la maduración y que alguna relación tiene que surgir muy al principio de la vida si es que el niño ha de poder formar vínculos más significativos en su vida posterior. Los niños criados en instituciones durante sus primeros años muestran algunas deficiencias sociales como por ejemplo, una dependencia o frialdad excesivas. Es posible que el cariño y las experiencias sociales intensas más tarde en la niñez o durante la edad adulta, puedan compensar y remediar estas deficiencias.

Las experiencias sensoriomotoras y sociales que proporcionan los padres al principio de la vida parecen ser muy importantes para el desarrollo normal de las aptitudes intelectuales y sociales. La calidad de estimulación sensoriomotora y social que se ofrece parece conformar la mente y personalidad del individuo en desarrollo.

Muchas de las primeras prácticas de cuidado infantil afectan al desarrollo subsiguiente. Las siguientes contribuyen a la felicidad, competencia, humanidad y moralidad de los niños: proporcionar una alimentación (ya sea natural o en biberón) en un ambiente de tranquilidad, sin presiones ni agitaciones, entrenamiento del control de esfínteres con técnicas no punitivas y tranquilas una vez que el niño ya está listo para dicho entrenamiento, poner la debida atención a los niños que lloran, conversar con ellos, responder a sus necesidades individuales, alentar la exploración y la curiosidad, brindar cariño y una conducta de los mayores que les sirva de modelo a los niños.

## 1.2 Conducta de los 0 - 3 años .

El éxito en el manejo del paciente preescolar no sólo se relaciona con los procedimientos del tratamiento odontológico, sino que es más importante establecer las bases para la futura aceptación de la odontología como un servicio de salud. el niño que se siente cómodo en el ambiente odontológico durante sus primeros años, también será en general un buen paciente en la edad escolar y en el periodo de la adolescencia.

Para obtener una relación con el niño preescolar y la odontología, es necesario tener cierta idea de su lenguaje y su desarrollo motor y social.

Durante esta etapa en la vida del niño sus actividades motosensoriales están en aumento, caracterizadas por una necesidad de actuar físicamente en el ambiente. Codifica la información en acciones; aprende a caminar, a correr y a subir y bajar escaleras. Reacciona usando sus ojos, sus manos, su voz y sus oídos. El niño se enfrenta mejor con las realidades concretas externas, con objetos que pueda tocar ( " cosas que estén enfrente de él " ).

Es importante evitar las situaciones de sobresalto para ayudar a que los niños reaccionen ante nuevas situaciones ambientales.

El temor a los extraños es un sentimiento casi universal en este período.

En los primeros 12 meses de vida , el niño depende por completo de sus padres . No muestra gran diferenciación entre la gente; puede sonreír o balbucear ante los padres y los extraños.

La acción no refleja de sonreír, sucede entre los 2 y 3 meses, y es la primera conducta social importante del lactante aparte del llanto; el niño comienza a comprender que puede lograr un comportamiento diferente del llanto para aumentar su influencia en el hogar.

Para los 2 años, el surgimiento de las habilidades fonéticas le permite aprender y relacionarse con la familia. El niño busca ejercer su voluntad; inicia la necesidad de probar la independencia. En esta edad la observación de patrones de conducta es relevante y perdura así para los años siguientes.

Es importante conservar el afecto entre los padres y el niño así como incrementar la aprobación y la desaprobación verbal. La disciplina no debe ser tan agresiva. Durante esta etapa los niños no cuentan con controles internos , y frecuentemente

los berrinches son normales y es mejor no prestarles atención.

Estos niños tienden a jugar de una manera solitaria; rara vez comparten. Les gusta mirar y tocar.

A principios del tercer año de edad, el niño comienza a comer en forma independiente de sus padres. Se inicia el entrenamiento con la bacinica. El niño emplea la palabra "NO" cada vez que quiere resistirse a algo y hace observaciones a veces crueles o hirientes a cualquier persona. Es frecuente la manipulación genital. Se vuelve menos egocéntrico y busca agradar. Tiene la imaginación muy activa y le gustan los cuentos.

El niño pregunta el cómo y el por qué de las cosas; empieza a surgir su identidad particular, y puede integrar los patrones de otros en su propia vida. Tiene gran variedad de intercambios sociales con otras personas. Por su capacidad comunicativa para muchos niños, es frecuente que esta edad sea la entrada a los programas de atención dental.

### **Consideraciones generales para su atención odontológica.**

Durante estas edades los niños pueden temer al dentista por conversaciones oídas en casa o también por conversaciones con sus compañeros de juegos. Por lo tanto, la primera visita al odontólogo, debe realizarse de manera que el niño tenga una experiencia agradable e interesante. Se debe dedicar tiempo para conocerse con el niño y para hacer los procedimientos diagnósticos de rutina. Los niños pequeños



necesitan conocer a su dentista y confiar en él. Por ello la primera visita no debe dejarse en manos del personal auxiliar.

El lograr que el preescolar se sienta cómodo y confiado en el consultorio dental, requiere que todo el personal sea amigable y se interese en él. El dentista tiene que sentirse feliz de ver al paciente niño y debe expresar este sentimiento con su voz y su actitud. En todo momento la alabanza es efectiva con los niños menores y ayuda a aumentar su confianza en el dentista. Es aconsejable alguna distracción verbal por medio de la conversación sobre los temas que le interesen al niño ( ropa, mascotas, golosinas, cumpleaños, regalos, etc. ) .

El dentista necesita establecer un contacto físico amistoso, como tomar de la mano al niño cuando entra al consultorio, ayudarlo a sentarse en el sillón y dándole un abrazo cariñoso al terminar la consulta. Se debe evitar un encuentro físico demasiado precipitado.

Para estos niños es aconsejable que uno de los padres esté presente durante las 2 ó 3 primeras citas. Algunos prefieren sacar al padre si el niño no coopera. Cuando esto suceda se le debe de atender con firmeza durante el tratamiento. El dar al preescolar un pequeño regalo después de cada cita, es un procedimiento efectivo desde el punto de vista psicológico, mientras que no signifique soborno. Es favorable la creación de un ambiente atractivo donde el niño se sienta bienvenido y confortable; puede haber una mesa y sillas del tamaño adecuado para los niños, juguetes y libros para diferentes edades. No deben existir instrumentos que puedan crear una ansiedad innecesaria.

### 1.3 Conducta del niño en edad escolar

Este período se puede dividir en dos: de los 3 a los 6/7 años y de los 7 a los 12 años . De los 3 a los 6-7 años de edad, el niño no sabe lo que los demás están pensando y no está consciente de que sus ideas pueden ser diferentes a las de él. No considera los puntos de vista del que le escucha. Es hasta los 4 años cuando el niño escucha a otros expresar sus pensamientos pero los comprende según su ideología y cree que tiene una visión clara de la situación. Su egocentricidad le impide diferenciar las palabras de sus informadores tienen un razonamiento primitivo y una escasa duración de la atención.

Su capacidad de razonamiento irá en aumento y sus cuestionamientos son más complejos. Juega y elabora fantasías con símbolos mentales. Todavía generaliza a los objetos ( para él todos los pájaros son iguales , etc. ) .

El niño empieza a adquirir las habilidades de lectura y escritura. Esto combinado con un vocabulario creciente, aumento en la concentración de la atención durante más tiempo, control de impulsos y tolerancia a la separación de sus padres, facilita su estancia en instituciones escolares.

El miedo que sienten hacia los extraños y hacia nuevas experiencias va disminuyendo . Adquiere el sentido de identidad sexual, y adopta cualidades femeninas o masculinas. Se desarrolla el concepto de autoestima.

Se les puede enseñar a vigilar su propia conducta, ya es capaz de sentirse culpable o ansioso si viola una norma moral. La agresión es frecuente que resulte de la incapacidad del niño para el auto control. Una es la agresión instrumental, para el logro de un objetivo, y otra es la agresión hostil, para lastimar a otra persona. La agresión debe ir disminuyendo.

Ya son capaces de sentir amistad y hostilidad, de expresar la agresión y de experimentar culpa y ansiedad. Son susceptibles a las alabanzas y a quienes también se puede lastimar en sus sentimientos. Pueden relacionarse con las emociones de otras personas.

Ya comprenden lo que es esperar su turno; a los 4 años es posible el juego en cooperación, y a los 6 años son capaces de juegos en equipo sencillos. Entienden cómo deben relacionarse con otras personas y figuras de autoridad. Va adoptando sistemas de valores y se identifican con los modelos de su padre o madre (según el sexo de que se trate). Los medios de comunicación masiva aportan información para el estereotipo de conducta en los niños, que a veces tienen más influencia que los propios padres.

Es un periodo de logros para los niños. Comprende y reconoce los términos de "gracias" y "por favor". Valora sus posesiones, pero abandona objetos de placer como mantas, chupones, etc.

En el periodo de los 7 a los 12 años, el niño está ansioso por aprender mucho acerca del mundo. Puede clasificar los objetos y discriminar las relaciones entre ellos. Se da cuenta que los demás tienen ideas y comprensión diferentes, y que a veces no entiende lo que se platica, por lo que está dispuesto a escuchar.

Su capacidad mental crece enormemente. En esta edad los niños dejan de ser analfabetas y algunos dominan un segundo lenguaje. Pueden asimilar información acerca de la realidad, así como de las cosas abstractas o teóricas.

La edad escolar es la aceptación de las normas sociales de conducta por el niño. El llanto, los berrinches y otras manifestaciones de conducta desaparecen en niños normales como modos de expresar su frustración, pues aprenden a esperar para

recibir lo que desean. El niño es guiado a la dedicación de su tiempo en actividades valiosas y se organiza para realizar sus tareas escolares y domésticas, atender a su mascota, asistir a eventos deportivos, participar en grupos de exploradores, tomar clases de música, etc., apoyándose en éstas para vencer al aburrimiento.

Para ellos su imagen corporal se vuelve muy importante, así como su arreglo personal. Relacionan su satisfacción emocional con la aceptación social de otros de su misma edad. La falta de tal aceptación o las bromas pesadas suelen afectarles, por lo que es importante que el niño aprenda a recuperarse de tales humillaciones para que no le cueste tanto trabajo la etapa de adolescente.

En esta edad, el niño intensifica su atención al logro de algunas aspiraciones.

La escuela se vuelve muy importante pues refuerza las respuestas sociales aprendidas en casa. El maestro se convierte en el primer adulto significativo como figura de autoridad fuera de casa y que además lleva el control. El niño logra la independencia. La entrada a la escuela significa también la formación de amistades cada vez más intensas, estables e importantes, por lo general, con personas del mismo sexo, y con condiciones socioeconómicas, de inteligencia, de madurez y de intereses similares.

#### **Consideraciones generales para su tratamiento odontológico.**

Los niños que ya tienen con otros compañeros de clase y con maestras desde el jardín de niños, han ampliado

su lenguaje y se han despegado un poco más de sus padres, por lo que la comunicación con el dentista puede irse abriendo. El operador tendrá que contestar a todas sus preguntas con la verdad, aunque modificando un poco las respuestas, aprovechándose de que al niño le gusta jugar con sus fantasías ( la explicación de que la caries es un gusano negro que se come al diente y que hay que destruirlo ). Resulta muy útil emplear otros términos para referirse a la anestesia ( agua que adormece al diente; pellizco de mosco ), a la pieza de mano ( avioncito), al dique de hule (impermeable del diente), etc., para que este vocabulario no le parezca agresivo al niño.

Los niños mayores de 6 a 12 años, son más susceptibles a razonar, y por lo general, se tienen menos problemas para su manejo de conducta. Sin embargo, no deja de ser importante el establecimiento de una relación de confianza entre el niño y su dentista desde un principio. Se pueden entablar conversaciones de forma más adulta, siendo uno de los temas principales la escuela. A las niñas les agrada hablar de vestidos, y a los varones, de deportes o hobbies.

Cuando se trata a un niño escolar no cooperador, a veces es más difícil que la atención al niño preescolar, debido a que el problema emocional lleva más años de evolución. En estos casos se debe dedicar más tiempo para conocerle y para conseguir la confianza del paciente. Puede ayudar la sedación o la analgesia con óxido nítrico, limitando el uso de la anestesia general y de la atención en una sala de operaciones a los niños muy perturbados o con retraso mental.

#### 1.4 Conducta del adolescente.

Este periodo comprende aproximadamente de los 13 a los 17 años de edad. Para algunos puede ser una etapa fácil de desarrollo, pero para la mayoría suele ser confusa. Los jóvenes pueden enfrentarse a lo abstracto y a la realidad; pueden ver el futuro y sus potenciales, por lo que pueden soportar el dolor de los tratamientos dentales por los beneficios futuros. Tienen la necesidad de explicaciones reales detalladas, incluyendo razonamientos por los cuales deben cooperar y comportarse. Su inteligencia ha evolucionado, y pueden transformar las acciones motoras en pensamientos y conducta.

Algunos adolescentes pueden conversar entusiastamente, expresar sus opiniones y hasta discutir.

La confianza del joven en sí mismo y la identidad personal pueden verse afectadas si los sentimientos de su propia imagen no son los adecuados.

En las mujeres, la menarquia puede provocar ansiedad, y con la menstruación se vuelven más susceptibles al dolor; están en ocasiones irritables o deprimidas.

La llegada de la pubertad y la producción de hormonas originan sensaciones emocionales e impulsos sexuales. Las relaciones de amor se convierten en una característica especial en este periodo.

La adolescencia es la última fase de transición social entre niñez y adultez. Si todo ocurre como debería, el joven es capaz de establecer y conservar relaciones sexuales y amorosas con una pareja, ser independiente de sus padres, colaborar con sus compañeros y tomar sus propias decisiones. Cuando no puede dominar estas tareas, cae en la drogadicción, delincuencia, prostitución, se escapa del hogar o abandona los estudios, ante el fracaso de su adaptación social.

Para el adolescente es difícil compartir secretos, pensamientos y fantasías con sus progenitores y su mejor amigo es su confidente.

Aumenta el número de sus relaciones interpersonales y la popularidad es un factor que le interesa. Los adolescentes que tienen una buena relación con su grupo de amigos también la entablan con los adultos. Quienes no reciben la aceptación de otros adolescentes, experimentan mayores dificultades con los adultos y crecen con diversos problemas sociales y emocionales.

### **Consideraciones generales para su tratamiento odontológico.**

El manejo de los problemas de los pacientes adolescentes se centran en la falta de cooperación para las recomendaciones y cuidados en casa y en el no cumplimiento de sus citas.

Con el conocimiento de que los adolescentes tienen el deseo de independencia personal, el dentista debe minimizar el papel de los padres, para conseguir que el joven se involucre en los procedimientos del tratamiento dental. Por ello, las citas deben hacerse directamente con el paciente, pues la oportunidad de que el joven organice su horario es una actividad que le agrada.

El personal del consultorio debe evitar hacer comentarios acerca de la forma de peinarse, de vestirse o de las aficiones del paciente adolescente, para hacer que éste se sienta importante y tenga confianza hacia el dentista.

Las instrucciones sobre la higiene bucal deben darse a nivel adulto, sin tener una actitud autoritaria, pues de lo contrario,

una actitud autoritaria, pues de lo contrario, el paciente no aceptará el tratamiento con facilidad y no cooperará. Un enfoque comprensivo y de apoyo será más exitoso con el adolescente.



## **CAPITULO II**

**El niño frente al consultorio dental.**

## **CAPITULO II**

### **El niño frente al consultorio dental.**

#### **2.1 Reacciones del niño durante la sesión odontológica.**

Regresando a la definición de conducta, tenemos que el niño manifiesta diversas reacciones como respuesta a la experiencia odontológica, y que éstas se encargan de moldear su conducta en el consultorio en las diferentes sesiones. En este capítulo describiremos algunas de las más significativas.

#### **Actitudes de los niños hacia la odontología.**

La actitud es la inclinación o tendencia a actuar hacia elementos internos o externos. McDermott indica que las actitudes de los niños hacia la odontología, se forman por el significado emocional del suceso y varían según la etapa de su desarrollo emocional.

Klain encontró que en un jardín de niños, los infantes tenían una conducta defensiva, mientras que los niños de escuelas primarias tenían una actitud positiva respecto a la odontología. Creyó que se debía a que los niños de escuelas primarias o elementales estaban emocionalmente preparados para enfrentar una situación que provocara temor, siendo que los más pequeños no lo estaban.

Fadden descubrió que los niños de escuelas elementales piensan en su dentista como un amigo, y no tanto como un individuo que ejerce poder y control sobre ellos. También observó que estos niños tenían cierto conocimiento de lo que hace un odontólogo, y que habían desarrollado gustos y disgustos sobre la visita odontológica. En la Tabla 2.1 se enlistan algunos de esos gustos y disgustos.

Tabla 2.1.

**Actitudes de los niños hacia la odontología: gustos y disgustos.  
( Fadden ).**

**GUSTOS**

Una sala de espera interesante con cuentos y revistas de historietas.

Música.

Que el dentista platique mientras trabaja.

Que se le diga que ha sido un buen paciente.

Un regalo posoperatorio.

Mirar un espejo mientras el dentista le trabaja.

**DISGUSTOS**

Que se les haga esperar.

Una sala de espera no atractiva.

El olor del consultorio.

Los rollos de algodón.

El fresado.

La luz operatoria sobre sus ojos.

Ser reprendido por el odontólogo.

Las mentiras sobre un tratamiento doloroso.

Que se burlen de él.

Que lo comparen con otros niños.

## Reacciones a la primera visita odontológica.

Se recomienda que la primera visita al dentista de un niño, no sea más tarde de los 3 ó 4 años de edad. Casi siempre el grado de cooperación de los niños preescolares en la primera visita es alto. A menos que el niño tenga un problema dental agudo, en la primera cita se le hará el examen dental, la evaluación radiográfica y quizás la profilaxis y la aplicación tópica de fluoruro. Cuando el niño presenta una actitud no cooperadora durante la primera sesión, se refleja en el momento de la separación de sus padres y durante la toma de radiografías, por la molestia del procedimiento. El comportamiento desfavorable por la separación puede resultar por el temor al abandono ( común en niños menores de 4 años ) de los pa-

dres y por el temor ante lo desconocido. Suele recomendarse que uno de los padres acompañe al niño al consultorio odontológico para ahuyentar sus temores.

La ansiedad materna puede también originar que un niño esté muy ansioso, o que muestre una conducta no cooperadora en el sillón dental.

Estará más ansioso un niño que requiera algún tratamiento urgente en comparación con aquél que sólo necesita una revisión o una profilaxis, por lo que una historia relacionada con el dolor también actúa como factor desencadenante de actitud no cooperadora en la primera visita al dentista.

## Respuestas fisiológicas.

Para evaluar las reacciones de los niños ante la experiencia odontológica, varios investigadores han controlado sus respuestas fisiológicas. La transpiración y el ritmo cardíaco son dos actividades fisiológicas que aumentan cuando un individuo se hace aprensivo. En los niños, la ansiedad provoca que estas actividades fisiológicas se incrementen ante la visita con el dentista. Se ha observado que tales reacciones se vuelven más estables si se da el enfoque de "Decir-mostrar-hacer" durante los procedimientos dentales a los niños, y se reduce la ansiedad, porque se muestran más capaces de enfrentar la situación. Estos resultados indican la necesidad de establecer un ambiente donde se den explicaciones adecuadas, a fin de apoyar el esfuerzo del niño durante la experiencia odontológica.

Se ha visto también que el ritmo de pulso más alto ocurre en el período de preinyección, y que disminuye luego de aplicada la anestesia, lo que puede reflejar la relajación del paciente después de la anestesia local, porque se da cuenta que la preparación de cavidades o el resto de los tratamientos, no son dolorosos.

Hashim Nainar, establece en su revisión que todos los comportamientos dependen de respuestas del sistema nervioso, donde el deterioro de la conducta de los niños durante las visitas dentales consecutivas, pueden ser el resultado de un flujo reducido de iones potasio a través de la membrana celular de las neuronas, originando una excitabilidad incrementada durante este período. ( Hipótesis establecidas anteriormente en estudios en conejos por Alkon ) ( 1 ).

( 1 ) J. Dent. Child. 58( 4 ): cit. p. 303-305. Julio-agosto, 1991.

## **Ansiedad.**

La visita al dentista provocará cierto grado de aprensión o ansiedad en casi todos los niños, especialmente en los preescolares, quienes sienten temor al posible dolor o daño, a lo desconocido y a la separación de la madre. El dentista debe recordar que la ansiedad es una respuesta normal y necesaria ante muchas situaciones, para mantener la seguridad del individuo, pero debe saber cómo controlarla en su paciente infantil.

La mayoría de los niños que van al dentista, demuestran una conducta de acuerdo con su edad y nivel de madurez emocional. Algunos mostrarán una conducta no cooperadora o interruptiva, debido a que pueden ser demasiado pequeños y emocionalmente inmaduros como para comprender la necesidad de su tratamiento odontológico, otros pueden portarse así por la falta de disciplina paterna, o porque es demasiado severa. Los niños mayores quizá desarrollen temor al dentista por los temores transmitidos a través de las experiencias escuchadas de otros. Los temores subjetivos de un niño, o sea, los adquiridos por las sugerencias de otros, son más intensos pues fácilmente son aumentados por la imaginación de un infante.

## **Llanto en el consultorio dental.**

Es muy común escuchar que un niño llora en el sillón dental. Sin embargo, cada tipo de llanto tiene un significado distinto. Elsbach ha descrito cuatro tipos de

llanto de los niños: el llanto obstinado, el llanto por temor, el llanto por daño y el llanto compensatorio.

El niño que tiene un berrinche para impedir el tratamiento odontológico muestra un llanto obstinado. Este es fuerte, de tono agudo, como una sirena. Esto representa la respuesta externa del niño a su ansiedad en la situación odontológica. Tal conducta debe ser manejada antes que el tratamiento pueda progresar.

El llanto por temor se acompaña de un torrente de lágrimas y sollozos convulsivos, como buscando aire. Estos niños han sido abrumados por la situación. El dentista debe inspirar confianza en el niño atemorizado a través de diversos procedimientos que permitan al niño enfrentar la situación.

El llanto por daño puede ser más fuerte; acompañado por un pequeño lloriqueo. El niño muestra su incomodidad con una sola lágrima que cae del ángulo del ojo y corre por la mejilla. Este llanto es fácilmente identificado porque el niño dirá, voluntariamente o cuando se le pregunte, qué le está causando el dolor. Al identificar al niño con dolor, debe detenerse el tratamiento, para lograr un control satisfactorio del paciente.

El llanto compensatorio es más bien un "zumbido monótono" emitido por el niño para amortiguar sonidos ( como el de la fresa ). Es fastidioso para el operador, pero es la manera con que el niño enfrenta lo que considera un estímulo auditivo desagradable. Se trata de una estrategia exitosa de enfrentamiento, y por lo mismo, el dentista no debe intentar detenerla.

### **Reacciones a la inyección.**

La mayoría de los odontólogos han coincidido en que la inyección de anestésicos locales produce la incidencia más alta de conducta no cooperadora en los niños.

Al igual que con las inyecciones hipodérmicas de los médicos, los niños reaccionan con una mejor conducta conforme aumenta su edad y nivel de madurez. Los niños menores de 4 años reaccionan con una falta de control casi total. Conforme crecen, intentan el autocontrol y el dominio de la situación, hasta que prácticamente desaparecen tales manifestaciones de temor.

Es importante, sin embargo, que independientemente de la edad de cada niño, la técnica de anestesia local sea realizada lo mejor posible para producir el mínimo de dolor, evitando mostrar directamente la jeringa al paciente al inyectar o al prepararla con el cartucho.

### **Reacciones a las extracciones.**

Junto con la anestesia, el procedimiento de la extracción de un diente en los niños, provoca gran ansiedad. El niño puede exhibir su ansiedad y comunicarla claramente, pero es incapaz de demostrar patrones aceptables de conducta. Algunos niños lloran y otros se niegan a hablar después de una extracción.

La ansiedad abierta y defensiva se observa en niños de 3 a 4 años, mientras que los de 5 a 7 años muestran conductas más cooperadoras.



Se ha encontrado que el otorgar al niño un periodo de espera antes de una extracción le da tiempo para prepararse psicológicamente, pues lo hace pensar "para estar listo". Por lo tanto, se recomienda que cuando sea posible, el dentista prepare al niño para la extracción informándole que se le hará, por su bien, en una cita futura.

## 2.2 Naturaleza del miedo.

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

El miedo es una de las primeras emociones que se experimentan después del nacimiento. Conforme el niño crece y aumenta su capacidad mental, toma conciencia de los estímulos que le producen miedo y los identifica por separado. El niño trata de ajustarse a estas experiencias por medio de la huida, si no puede resolver el problema.

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

En los niños pequeños se observa este comportamiento al tratar de luchar con la situación o huir de ella. Cuando no puede manejar la situación, su miedo aumenta, dificultándose la comunicación con el dentista. Incluso en niños mayores, puede aparecer una situación donde el miedo sea tal que no pueda razonar claramente. Generalmente, a medida que aumenta la edad mental del niño, estas respuestas pueden ser cada vez más controladas.

Robert Steelman declaró que las edades pico de niños hispánicos que por miedo al dentista se volvían casi intocables

en el sillón dental, era de 3 a 6 años ( 2 ).

Debe enseñarse al niño que el consultorio dental no tiene por qué inspirar miedo. Los padres jamás deberán tomar a la odontología como amenaza, por lo que llevar al niño al dentista nunca debe significar un castigo, pues si se maneja así el niño temerá al odontólogo desde antes. Si el niño llega a apreciar al dentista, el miedo a perder su cariño puede motivarlo para aceptar la disciplina del consultorio.

### **Tipos de miedo.**

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

**Temores objetivos:** Son los producidos por estimulación física directa de los órganos sensoriales y generalmente, no son de origen paterno. Son reacciones a estímulos que se sienten, ven, oyen, huelen o saborean, y son de naturaleza desagradable. Las experiencias con dentistas anteriores pueden crear este tipo de miedo.

**Temores subjetivos:** Se basan en sentimientos y actitudes que han sido transmitidos al niño por personas que le rodean, sin que el niño haya los haya experimentado personalmente. Un niño de corta edad es muy sensible a la sugestión. Si no tiene experiencia, desarrollará miedo al escuchar alguna situación desagradable o que produjo dolor, por parte de sus padres u otras personas. La imagen mental que produce miedo permanece en la mente

( 2 ) J. Dent. Child. 58( 3 ): cit. p. 229-232. Mayo-junio, 1991.

del niño y se agranda por su imaginación llena de fantasías.

Los niños temen a lo desconocido, por lo que cualquier experiencia que sea nueva y desconocida les producirá miedo hasta que obtengan pruebas de que no están en peligro. Su miedo es un intento de ajustarse a una situación que temen que sea dolorosa. Hasta que el niño esté convencido de que no existe razón para asustarse, persistirá el miedo. La influencia de los padres es vital en la actitud del niño hacia la odontología; deben informar a sus hijos sobre lo que pueden esperar del consultorio dental y de lo que realiza un dentista, de manera general, sin mentiras ni exageraciones.

Los temores subjetivos también se experimentan por imitación. Un niño que observa miedo en otros, puede adquirir temores hacia el mismo objeto o hecho. Esto aparece principalmente si el miedo es observado en los padres, por la identificación que existe entre padres e hijos. Los temores por imitación pueden transmitirse sutilmente, sin que el padre se dé cuenta que lo está transmitiendo, ni el niño de que lo recibe y son difíciles de eliminar. Mientras más tiempo permanezcan los temores subjetivos en la mente, más se irán agrandando, y a mayor tiempo de duración, mayor dificultad para desecharlos.

Los miedos sugeridos también pueden adquirirse de libros, periódicos, dibujos animados, radio, televisión y teatro, dependiendo de la fuerza y repetición del estímulo, y de la susceptibilidad del niño.

A medida que se desarrollan las capacidades imaginativas del niño, los miedos imaginarios se vuelven más intensos, por lo que pueden aumentar con la edad y el desarrollo mental, hasta cierta edad en que la razón prueba que no tienen fundamento. Por ello, es importante que los padres y el dentista descubran cuál es el

origen de los temores del niño, para evitar el estímulo que lo causa. La comunicación entre las dos partes, y las manifestaciones de cariño y apoyo al niño, podrán ir disminuyendo sus temores.

### 2.3 Experiencias odontológicas anteriores.

Un niño que anteriormente ha tenido contacto con un dentista, y que no ha sido manejado adecuadamente, hasta producirle dolor de forma innecesaria, desarrollará miedo a tratamientos dentales futuros. Es muy difícil lograr que un niño dañado de esta manera acuda al dentista por voluntad propia. Cuando le hacen volver, el odontólogo debe comprender su estado emocional y trabajar con lentitud para volver a establecer la confianza del niño en su dentista y en los tratamientos dentales.

Pueden ser temores relacionados con ambientes hospitalarios. Un niño manejado deficientemente en un hospital o que ha sufrido en él dolor producido por personas de bata blanca, puede desarrollar un miedo intenso a los uniformes similares de los dentistas; de la misma forma sucede cuando percibe olores semejantes al del hospital en el consultorio dental.

Todos estos temores hacen que descienda el umbral del dolor, por lo que cualquier dolor producido en el tratamiento dental resulta aumentado y provoca una ansiedad mayor.

Las pláticas de otros respecto a sus experiencias en consultorio, pueden reafirmar la experiencia traumática sufrida anteriormente, o causar temor por primera vez.

Además de identificar el estímulo específico que ha molestado al niño con otros dentistas, puede ser útil el ponerlo en contacto con otros niños, durante una sesión odontológica, que son tratados adecuadamente, y que por consiguiente, han superado los temores al dentista, lo que se refleja con un comportamiento cooperador y estable.

#### **2.4 Clasificación del paciente pediátrico.**

La clasificación de la conducta del niño en cuanto a su cooperación, es un aspecto importante que debe conocer el operador, pues le ayudará para orientar la técnica de manejo que debe aplicar con cada caso en particular.

#### **Niños cooperadores con el dentista.**

Son niños que resultan muy fáciles de atender. Para ellos el tratamiento dental significa una experiencia profesional muy agradable y recompensante, y hay una franca relación de amistad entre dentista y paciente. El dentista se divierte preguntándole acerca de temas que agradan al niño, conversan tranquilamente, produciendo la relajación de ambas partes.

El niño cooperador reacciona de modo conveniente en los momentos de crisis ( tan bien como puede hacerlo ). Se separa fácilmente de los padres, o acepta que sólo la primera vez lo acompañen al sillón. El solo se acomoda en el sillón y le resulta

agradable que le alaben esa seguridad. Cuando se está listo para iniciar el tratamiento, obedece con rapidez a todas las indicaciones del dentista. El momento más difícil es el de la anestesia, puede manifestar cierta resistencia, y el dentista deberá emplear firmeza y cambios de voz, tal vez haya cierto llanto, pero pasado el momento vuelven a comportarse como antes, y no por ello dejaron de ser cooperadores. Conforme pasa el tiempo, entienden que ese "pellizco" no era del todo malo. El resto del procedimiento es sencillo para el niño cooperador, en comparación con la anestesia, y al terminar está ansioso por salir, pero sabe esperar hasta la última indicación del dentista. Los niños cooperadores regresan con sus padres orgullosos de haberse portado bien y satisfechos por las felicitaciones de los padres y del odontólogo.

En resumen: cuando se realiza una labor correcta en los niños, casi todos regresan para ser pacientes cooperadores y tolerantes; sin embargo, existen excepciones que hay que comprender.

### **Niños que no cooperan con el dentista.**

Se comportan inadecuadamente porque no pueden superar o enfrentar estímulos y exigencias conductuales de la experiencia dental. Y se clasifican en cuatro categorías:

#### **I. Niño con alteración emocional.**

La ansiedad es un dato que aparece cuando hay alteración emocional; cuando la ansiedad que acompaña a una cita dental, se

complica con la de un padecimiento emocional, puede presentarse una explosión conductual. Los niños afectados emocionalmente son pacientes dentales muy deficientes.

Con frecuencia no hay un diagnóstico confirmado en estos casos, y los padres aunque sanos, no tienen idea del mal de su hijo, pues están acostumbrados al comportamiento del niño y con frecuencia pasan por alto las anomalías de su conducta.

El trastorno emocional puede tener su origen en niños de hogares desintegrados, o porque sufren otras circunstancias desagradables

( abandono, maltrato ). El odontólogo debe expresar cualquier opinión que pudiera favorecer al bienestar del niño.

Se han hecho reportes de ciertas enfermedades emocionales, como la depresión severa, en niños y adolescentes, que se caracteriza por una tristeza intensa y persistente, carácter irritable y pérdida del interés y el gozo por las actividades cotidianas. Se acompaña de deficiencia en el intelecto, alteración de las funciones somáticas y deterioro en las relaciones sociales. Los pacientes no cooperan y su tristeza depresiva se asocia con la falta de interés en realizar las técnicas adecuadas de higiene oral. Existe pérdida en la percepción de los sabores dulces, por lo que se abusa de una dieta altamente cariogénica. Estos pacientes, al no tener una visión en el futuro, pueden pensar en el suicidio ( Friedlander, et al. ) ( 3 ).

Friedlander, Eth, y otros, también han reportado la enfermedad psiquiátrica del pánico, caracterizada por episodios recurrentes de ansiedad severa sin una causa aparente. Se acompaña de terror, dolor en el pecho, palpitaciones y dificultad para respirar. Muy común en adolescentes. Su relación con la odontología es importante porque luego de diagnosticarla, se debe tener cuidado de realizar profilaxis para endocarditis,

( 3 ) J. Dent. Child. 60 ( 2 ): cit. p. 125-131. Marzo-abril, 1993.

al realizar procedimientos que puedan causar bacteremia, pues está asociada con problemas valvulares (4).

Los mismos autores anteriores, han reportado casos de niños con el síndrome de obsesión-compulsión, que se caracteriza por pensamientos desagradables obsesivos y/o acciones compulsivas que ocasionan angustia y alteración de las relaciones interpersonales. Estas alteraciones se relacionan con la odontología pues cuando no han sido diagnosticadas, el dentista puede ayudar a detectarlas al percibir conductas en los pacientes que van desde la indiferencia total por la higiene bucal o un cepillado tan agresivo y frecuente, que puede manifestarse con la abrasión dental (5).

## II. Paciente infantil tímido o introvertido.

Estos pacientes sufren estrés debido a que la experiencia odontológica es un encuentro intenso que exige la comunicación y cooperación entre dentista y paciente. Esta tensión puede provocar conductas evasivas como el llanto, en forma de un sollozo compensatorio. Rara vez el introvertido muestra comportamiento agresivo de evasión como el berrinche. Los niños tímidos sufren un período complicado de ajuste ante las expectativas de una cita dental. Para lograr la confianza del niño, el dentista debe tener paciencia. Las técnicas de platicar a su nivel, felicitarlos, realizar el método de "decir, mostrar, hacer", penetran la barrera que estos niños forman alrededor de su personalidad, y se consigue que el niño se abra.

(4) J. Dent. Child. 60 (6): cit p. 365-371. Noviembre-dic., 1993.

(5) J. Dent. Child. 58(3): cit. p. 217-222. Mayo-junio, 1991.



Cuando sucede, se convierten en pacientes muy buenos porque a nivel social la cita dental representa que alguien sabe sus nombres, se interesan por ellos y desean conversar con ellos.

### III. Niño atemorizado.

El paciente infantil demuestra miedo a las agujas, al daño corporal y a lo desconocido. Un niño con temores puede portarse mal en el consultorio. Los niños demasiado temerosos pueden tener características como las siguientes: el paciente es incapaz de eliminar sus temores ante la cita dental, aunque haya sido educado por los padres o por el dentista, ya sea por la edad cronológica, o por desarrollo lento ( retraso mental ); el niño reacciona de manera muy exagerada a los temores por otras alteraciones emocionales, originadas por provenir de hogares en crisis o por sufrir otras circunstancias desagradables ( maltrato, abandono, pérdida de un ser querido ); el niño incorpora miedos adquiridos de amigos, padres y hermanos; incorpora también los miedos aprendidos por experiencias malas y dolorosas con el médico o con otro dentista; el paciente puede presentar alguna enfermedad emocional.

Cuando un niño se atemoriza tanto que resulta imposible obtener un comportamiento favorable, tanto los padres, como el odontólogo, tienen la obligación de hacer todo lo posible para no aumentar la ansiedad infantil referente a la odontología.

#### IV. Niño rebelde ante la autoridad.

En estos niños la causa del mal comportamiento es el rechazo a la autoridad, donde el dentista resulta una figura de autoridad muy fuerte en su consultorio, y logra estimular la conducta inadecuada de estos pacientes.

Generalmente, estos niños están desorientados, y existe el fuerte deseo de buscar la superioridad. Dentro de las características de desorientación, el niño desea atención indebida, mostrándose fastidioso, irritante, molesto; existe la lucha por el poder, donde discute y contradice, realiza lo contrario a las instrucciones, causa enojo a la gente, hace berrinches, manifiesta revancha y venganza con un carácter violento, dice cosas hirientes; y puede sentir insuficiencia, dándose por vencido fácilmente, con poca participación, actúa de forma incapaz. El niño en la lucha por el poder presenta una actitud agresiva y puede no detenerse para discutir con el dentista o retar su autoridad. El revanchista y vengativo puede ser bastante peligroso, podría morder, no es agradable y no reacciona ante los premios o reconocimientos. El niño derrotista tiene comportamientos negativos cuando se le pide cooperación.

Los niños desorientados tienen dificultades ante muchas circunstancias sociales y presentan problemas escolares. La mayoría de estos pacientes superan los problemas con el tiempo.

## **CAPITULO III**

**Factores directos para el manejo de la conducta  
del paciente Infantil.**

## CAPITULO III

### Factores directos para el manejo de la conducta del paciente infantil.

Hemos estado hablando ya de algunos aspectos que se relacionan con el manejo de la conducta del paciente infantil, sin embargo, en este capítulo tocaremos temas más directos para terminar de conformar todas las influencias sobre la triada paciente infantil-dentista-padres.

#### 3.1 Personalidad del dentista y de sus auxiliares.

Es muy importante que el niño sienta que todas las personas del consultorio le infunden confianza, de lo contrario, rápidamente identificará cualquier falta de entusiasmo hacia él y lo desalentará. El dentista debe asegurarse de que el personal que le ayuda trabaja con amor hacia los niños, los trata bien y sabe cómo manejarlos. Si los asistentes tratan de forma inadecuada al niño, las oportunidades de éxito que tiene el odontólogo disminuyen. Es de gran ayuda que el dentista reciba al niño en la sala de espera el primer día de la cita. Al niño le gusta que lo llamen por su nombre, y que se dirijan a él en una conversación. El dentista no debe demostrar exceso de entusiasmo

ni ser demasiado insistente. No debe darle la mano a la fuerza, ni saludarlo con voz demasiado elevada. Al niño hay que tratarlo con confianza en la voz y en los actos, pero de manera cálida y natural.

Si un niño pequeño se aferra al brazo de la madre, y no se le puede convencer con palabras, el odontólogo debe acercarse de manera amistosa y abrazarlo suave pero firme, para llevarlo al sillón teniendo el control del niño, para que no lastime a nadie con sus piernas y brazos.

El dentista debe demostrar seguridad, si no, se reflejará en el comportamiento del niño.

Cuando se platique con el niño, debe ponerse al mismo nivel, en palabras e ideas. Hablar demasiado confunde al niño y le produce ansiedad. Se pueden elegir temas y situaciones familiares al paciente. Se puede dejar que el niño lleve la conversación para que también juegue con sus fantasías. Debe evitarse hablarles como si fueran más pequeños de lo que son; no hay que subestimar la inteligencia de un niño.

A la mayoría de los niños les agrada que el dentista hable cuando trabaja. Cuando los niños hacen preguntas, se debe procurar responder con la mayor exactitud posible.

Es una buena táctica el conocer al paciente antes de su cita, por lo que se puede preguntar a los padres primero cuáles han sido las experiencias y conocimientos de los niños con la odontología y los dentistas.

Cada niño debe tener la atención completa del operador, como si fuera el único paciente que se verá en el día. Nunca hay que dejar al niño solo si es muy pequeño, en el sillón dental, pues sus temores todavía no eliminados, pueden agrandarse.

El odontólogo deberá realizar sus deberes con destreza, rapidez y un mínimo de dolor, por lo que realmente es muy útil un asistente.

Al tratar con niños, se debe ser razonable y realista; tratar de ponerse en el lugar del niño para comprender por qué actúa así, respetar sus emociones, pero alterándolas si no se adecúan al patrón deseado. Se debe manejar al niño como un individuo con sentimientos y emociones y no como objeto inanimado.

El odontólogo nunca deberá perder el control y enfadarse. La ira es una reacción emocional primitiva e inmadura y es señal de derrota, por lo que indica al niño que ha triunfado. Si el dentista eleva la voz y pierde el dominio, sólo asustará más al niño y se dificultará su cooperación.

Todos los movimientos, ya sea para manejar al paciente o en procedimientos operatorios, deben tener suavidad y gracia.

El odontólogo puede explicar al niño, en forma sencilla, el propósito del tratamiento. Prepara al niño para cada fase describiéndola con anticipación. Se debe dividir cada procedimiento por etapas. Debe permitir al niño expresar sus sentimientos de temor o de enojo, y sus deseos, sin rechazarlos, pero sin aceptar ciertas manifestaciones como patear y manotear, y comunicarle al niño que sus reacciones son comprendidas.

Para la mayoría de los niños, es desagradable que su dentista use bata blanca, pues lo relacionan con médicos y hospitales, lo que les causa estrés y angustia. Es preferible utilizar uniformes de varios colores suaves y agradables a la vista.

### 3.2 Aspecto del consultorio dental.

Este punto es muy importante para comenzar a ganarse la confianza del niño. La sala de espera puede hacerse cómoda y cálida, para dar la sensación al niño de que es un lugar ya familiar. Se puede destinar un lugar para una mesa y sillas del tamaño infantil, con libros y revistas que sean de su agrado, y algunas de interés con consejos prácticos para los adultos. También es importante prestar juguetes resistentes para cada grupo de pacientes por edades. Se puede colocar en lo alto una televisión. La música en la sala de espera disminuye la ansiedad del niño. Las tarjetas que recuerden las citas pueden llevar algún personaje infantil, para que le sean atractivas al niño y sienta que son enviadas a él.

El consultorio propiamente, puede tener algunos dibujos en las paredes o pósters con personajes de caricaturas o cuentos. Son de gran utilidad los pósters de niños jugando y riendo.

Se debe evitar que los niños vean sangre o personas con dolor. Las personas con los ojos enrojecidos de llorar o perturbadas emocionalmente, aumentan la angustia del niño, por lo que pueden ser despedidos por otra puerta o procurar atenderlos en la primera o en la última cita. En clínicas como las nuestras, sería conveniente utilizar cubículos separados para aislar el tratamiento de cada paciente.

A los niños les agradan las peceras, por lo que se puede colocar una en la sala de espera o en el consultorio, de manera que esté asegurada, pero fácilmente visible a los pacientes.

Aunque ya se había comentado algo acerca del asistente dental, enfatizaremos en su importancia porque disminuye el tiempo de la sesión dental y ayuda en el manejo del niño.

Estas personas deben saber algunos juegos de entretenimiento para distraer la tensión del niño. Los ayudantes deben tener a su alcance el material y el instrumental, organizando en charolas éste según cada tratamiento. El asistente entrega y toma de la mano del dentista todos los instrumentos, con un intercambio fluido, sin necesidad que el operador distraiga su atención.

Se deben evitar los olores fuertes y desagradables que se relacionen con hospitales. Es necesario también utilizar material que tenga sabores agradables para el niño ( enjuagues bucales, anestesia tópica, fluoruros ).

### 3.3 Influencia de la actitud de los padres sobre la conducta del niño en situaciones odontológicas.

Las actitudes de ambos padres juegan un papel importante en el desarrollo psicológicos de sus hijos . Los extremos de comportamiento que los padres muestran hacia sus hijos se reflejan en la conducta de éstos cuando enfrentan una situación de atención dental .



## Sobreprotección.

Los padres tienen el sentimiento normal de amor y afecto hacia sus hijos, que es importante para el sano desarrollo emocional de los niños. Una exageración de esta actitud, puede ser nociva para el desarrollo normal de un niño. Existen varias causas que originan la sobreprotección: abortos previos, larag espera para tener un hijo, muerte de hermanos, enfermedades serias en el niño, ausencia paterna por muerte o divorcio.

Estos padres brindan un cuidado excesivo en cuanto a alimentación, vestido, higiene; están constantemente involucrados en las actividades sociales del niño, impidiéndole correr riesgos en los juegos, y preocupándose exageradamente por los problemas médicos y odontológicos de rutina.

Los niños de madres sobreprotectoras dominantes son tímidos, sumisos y tienen ansiedad. El niño sumiso será por lo general, un paciente odontológico cooperador, aunque puede ser difícil entablar comunicación. Los niños de madres sobreprotectoras sumisas son agresivos y exigentes, y esperan una atención constante. Las negativas a sus deseos pueden producir berrinches o ataque físico. El niño agresivo no se mostrará ansioso ante una situación ambiental nueva, como el consultorio dental, aunque puede exigir la atención del odontólogo.

### **Carencia afectiva.**

Puede variar desde una leve despreocupación hasta la indiferencia o el descuido, se debe al empleo de los padres o a que el niño no es querido.

Los niños que experimentan la carencia de afecto, se comportan bien y aparentan ser bien adaptados. Sin embargo, tienden a ser inseguros de sus capacidades de tomar decisiones. El contacto emocional y la conexión con ellos es difícil de lograr.

Un profesional puede encontrar que lloran fácilmente, son tímidos y no pueden o no quieren cooperar. Estos a menudo responderán a el odontólogo o la asistente dental, quienes les darán el apoyo emocional y el afecto necesario.

### **Rechazo.**

El rechazo de los padres puede surgir bajo cualquier circunstancia en la cual el niño no es querido. El niño puede ser rechazado debido a un matrimonio inestable o infeliz; debido a que su nacimiento no era deseado y su presencia interfiere con la carrera e intereses de los padres; o por que los padres son inmaduros y emocionalmente inestables. Los padres descuidan al niño, lo castigan con frecuencia, lo regañan y se resisten a gastar tiempo y dinero en él.

Los niños pueden mostrar ansiedad extrema y agresividad, pueden ser hiperactivos y desobedientes. Tienen cualquier clase de conducta para llamar la atención.

Suelen ser pacientes difíciles que requieren una considerable modificación de la conducta por parte del odontólogo. En los casos en que el rechazo llegue al maltrato físico, el odontólogo podrá informar a las autoridades sociales o legales.

### **Autoritarismo.**

Los padres autoritarios manejan una disciplina a veces en forma de castigo físico o verbal. Emplean mucho tiempo para hacer que el niño se adapte a una serie de normas impuestas por ellos mismos. Frecuentemente estos padres tuvieron una educación similar.

Los niños bajo control autoritario no desobedecen directamente las órdenes, sino que buscan evadir o retardar su respuesta. Se caracterizan también por perder el tiempo.

### **Ansiedad.**

La ansiedad que muestran los padres cuando acuden a los tratamientos dentales de sus hijos, puede relacionarse con experiencias desagradables con dentistas, que ellos hayan sufrido anteriormente. Por lo mismo pueden caer en una actitud de sobreprotección hacia el niño: exageran las enfermedades de poca importancia y necesitan saber, para sentirse seguros, los procedimientos a realizar por parte del odontólogo.

Estos niños pueden ser inseguros y oponer resistencia a los tratamientos; sin embargo, pueden llegar a ser buenos pacientes educándolos para vencer el miedo que presentan.

### **Presencia de los padres en el consultorio.**

La gran mayoría de los odontólogos prefieren excluir a los padres del consultorio cuando se les atiende a los niños, pues la mayoría de éstos se comportan satisfactoriamente sin un padre presente. Conforme los niños van creciendo y desarrollan una independencia emocional, ellos mismos prefieren que sus padres permanezcan en la sala de espera. Sin embargo, si un niño muestra una conducta no cooperadora, la presencia de uno de los padres puede servir de apoyo al odontólogo, por lo tanto, los padres no deberán ser excluidos rutinariamente del consultorio, pues existen ciertas ocasiones en que su presencia es deseable y estimula la conducta positiva del niño. Tal es el caso de los niños muy pequeños que se presentan con un mayor número de temores.

Las conversaciones con numerosos dentistas que han practicado durante más de dos décadas, frecuentemente han llegado a la conclusión de que ha aparecido un marcado incremento en el número de padres que desean estar presentes durante el tratamiento dental de sus hijos. Esto puede deberse a los cambios dramáticos en las relaciones interpersonales que han sucedido en países como Estados Unidos durante los últimos años ( 6 ) .

( 6 ) J. Dent. Child. 58 (6): cit. p. 459-463. Nov-Dic., 1991

### **Comportamiento de los padres en el consultorio dental.**

Se puede hacer que los padres comprendan que dentro del consultorio, el odontólogo sabe mejor cómo preparar emocionalmente al niño para el tratamiento necesario. Los padres deberán tener confianza absoluta en el dentista y dejar a su hijo en sus manos. Cuando el niño es llevado a sillón dental, los padres no deben intentar seguirlo a menos que le odontólogo lo indique; si esto sucede, tendrán que seguir las instrucciones que se les indiquen. No deberán hablar al dentista o al niño, a menos que se pida, ni tomarán al niño de la mano o mirarle con expresión asustada.

Se trastorna el éxito de un tratamiento si los padres influyen para que el niño desobedezca las indicaciones o si se le transmiten ideas falsas de la odontología.

### **3.4 Influencia cultural y socioeconómica de los padres sobre la conducta de los niños en el consultorio dental.**

Tanto la influencia cultural y socioeconómica es de suma importancia para la educación o comportamiento que presente el niño en el consultorio dental al igual que en su tratamiento integral.

Se ha visto que los hijos de padres cuyo nivel de vida no alcanza más que lo elemental para vivir diariamente, se pueden mostrar tímidos e introvertidos, sumisos. Por lo general son buenos pacientes en la mayoría, aunque a veces prefieren soportar el dolor sin comunicarle al dentista lo que sienten por temor a un regaño o por perder la oportunidad de seguir siendo atendidos.

Por otro lado, estos pacientes casi siempre acuden con su cavidad oral en muy mal estado por falta de recursos o por falta de educación sanitaria de los padres.

Los hijos de padres con un nivel económico mayor, generalmente acuden a sus citas dentales antes de que presenten un daño muy severo en sus dientes. Esto puede relacionarse también al hecho de que estos padres han tenido un grado mayor de conocimientos, por lo que prestan más atención a la salud dental de sus hijos, aunque pueden darse sus excepciones, como el caso de familias de escasos recursos económicos y faltas de estudio, en donde por el simple hecho de tratar de evitar que sus hijos sufran lo mismo que los padres, acuden con anticipación al dentista, para hacerles tratamientos preventivos, junto con sus respectivas revisiones periódicas.

Los hijos de padres que tienen un nivel cultural y económico medio, pueden mostrarse ante el dentista más abiertos, cooperativos y comunicativos, por lo que el éxito en sus tratamientos se logra con más facilidad, presentándose ciertas excepciones .

La comunicación y la atención que dediquen los padres a los hijos, facilita la relación paciente-dentista. Desgraciadamente, la situación económica de cada familia puede impedir un acercamiento de padres a hijos.

### 3.5 Técnicas para el manejo del niño .

Existen numerosas formas de conducir a un niño al consultorio dental, ya sea para conseguir eliminar sus temores, o para poder controlarlo durante los procedimientos operatorios.

La mayoría de estas técnicas tienen ya muchos años de ser aplicadas, pero actualmente siguen vigentes.

A continuación se citarán las más representativas:

### Desensibilización.

Es una técnica en la cual en la visita preliminar se lleva al niño al consultorio dental para realizar un recorrido y una orientación. Con anticipación se explica al paciente que ese día no se llevará a cabo ningún tratamiento. El niño tiene la oportunidad de conocer a todo el personal. Cuando las cosas evolucionan de manera

satisfactoria, es posible mostrar y explicar algunas partes del equipo dental. Esta técnica ayuda a enseñar al paciente cómo inducir un estado de profunda relajación. Se puede realizar con niños muy temerosos o con alguna alteración emocional.

Desgraciadamente, las experiencias previas a las citas ya no se usan mucho actualmente por limitaciones del tiempo del odontólogo y de los padres. Se necesita hacer que la primera cita del niño pequeño sea tan agradable y simple como sea posible.

La "desensibilización" literalmente significa quitar la sensibilidad hacia alguna cosa o cosas, lo que en la experiencia dental significaría las emociones y/o temores de lo desconocido, asociado con la unidad dental, el instrumental, los sonidos, etc. La desensibilización real significaría que estas emociones fueran eliminadas o por lo menos reducidas ( 7 ) .

( 7 ) J. Dent. Child. 60 ( 3 ) : cit. p. 169-174. Mayo-junio, 1993.

## **Técnica de decir, mostrar y hacer .**

Es una técnica sencilla que con frecuencia funciona. Consiste en que antes de comenzar cualquier maniobra ( excepto la anestesia ) se le explique al niño qué se hará y después se simula qué ocurrirá, explicándole para qué sirve cada instrumento y la forma en que tiene que cooperar.

La selección de términos sustitutos para nombrar algunos materiales y procedimientos es de suma importancia para el éxito de este método, pues se facilitará la comprensión del niño.

## **Control mediante la voz.**

El control de la voz es la modificación del timbre, la intensidad y el tono de la propia voz, en un intento de dominar una situación determinada entre el niño y el dentista, a fin de ganar la atención del paciente. Una vez logrado, el operador puede bajar la voz ajustándola a la del niño. La expresión facial del dentista también debe reflejar esta actitud.

El control de voz es una técnica básica para manejar a los preescolares. Es eficaz para interrumpir conductas inapropiadas en cuanto empiezan a suceder; es más o menos exitosa cuando los comportamientos inadecuados alcanzan su máxima expresión .



### **Mano sobre boca.**

El dentista coloca su mano sobre la boca del niño que llora de forma histérica. Con esto controla los berriches y ataques de ira; debe usarse junto con el control de voz. Este sistema funciona de manera confiable en varios tipos de personalidad infantil ( Levitas, 1974 ) . No se busca asustar al niño, sólo se intenta obtener su atención y silencio para que pueda escuchar al dentista..

Es una técnica que sigue siendo controversial. Se considera algo agresiva par el niño. El método es muy usado por la mayoría de los dentistas, porque funciona con rapidez .

### **Restricción física.**

Significa limitar los movimientos inapropiados del niño durante un tratamiento dental. Puede efectuarse con las manos , cinturones, cintas, sábanas, o algunos aparatos especiales ( cama con red ). Junto con la restricción física se deben manejar los maxilares para conservar la apertura bucal del niño ( con abre bocas ) .

Los principales candidatos para la técnica son los niños muy pequeños ( menores de 30 meses ) que requieren tratamiento urgente, como un traumatismo, al igual que los niños impedidos y/o con retraso mental .

### Felicitar y comunicar.

Toda la gente, incluso los niños, reaccionan de manera favorable cuando se les explica exactamente lo que se les realizará ; más aún cuando después de haber comprendido cómo deben comportarse, el dentista los felicita por su cooperación. Todo esto ayuda para establecer una buena relación entre dentista y paciente. La técnica puede emplearse junto con otras.

### Modelamiento.

Es una técnica relativamente reciente. Consiste en permitirle a un paciente que observe a uno o a más individuos ( modelos ) que muestren una conducta apropiada en un momento en particular. Se busca que el paciente imite la conducta del modelo cuando se encuentre en una situación similar. El modelo puede estar presente ( an vivo ) o filmado, con resultados igualmente exitosos.

Estudios previos muestran que este entrenamiento donde se manejan modelos filmados ha sido muy efectivo para disminuir la ansiedad durante procedimientos médicos estresantes en combinación con técnicas de hipnosis y de autorelajación ( 8 ).

Con el modelamiento se pueden conseguir 4 objetivos fundamentales: el estímulo para la adquisición de nuevas conductas,; para facilitar conductas que ya ha manifestado el paciente, de una manera más adecuada en el momento necesario; para desinhibir conductas ; para suprimir temores .

( 8 ) J. Dent. Child. 58 ( 1 ) : cit. p. 31-37. Enero - Feb. 1991.

### Utilización de sinónimos ante las palabras que inspiran miedo.

Muchos de los temores no los produce el procedimiento en sí, sino el significado de alguna palabra. Algunos niños se estremecen al escuchar palabras como jeringa, aguja, grapa, fresa, etc., y sin embargo, no se oponen demasiado si se utilizan otros términos. Esto no debe de implicar engañar al niño, sólo se trata de la sustitución de alguna palabra por otra que facilite la comprensión del tratamiento, disminuyendo la ansiedad. La selección del vocabulario deberá depender de la edad de cada paciente.

En la siguiente tabla se enlistan algunos de estos términos :

Sustitución de palabras empleadas por el dentista. Tabla 3.1

TERMINOLOGIA ODONTOLOGICA	SINONIMO
Dique de hule.	Globito, impermeable del diente.
Grapa	Anillo del diente.
Selladores.	Barniz.
Fluoruro.	Luchador contra los gusanos.
Caries.	Gusanos negros.
Anestasia.	Piquete de mosco.
Amalgama.	Estralla de plata.
Jeringa triple.	Pistola de agua.
Alginato.	Pasta para pastel .
Pieza de mano.	Avión

### **Uso de estímulos materiales.**

En procesos de aprendizaje, el castigo y la recompensa son básicos. Existen muchos tipos de recompensas para los paciente que se portan bien . Unas de las recompensas que más busca el niño es la aprobación del dentista, por lo tanto, el hecho que el dentista reconozca la conducta ejemplar del niño influye para que éste se porte bien. Una de las maneras que más agradan al niño para este reconocimiento es el obsequiarle un pequeño regalo al final de la consulta , que puede ser un juguete o una estampa. Esta técnica no debe confundirse con el soborno.

Luego de haber conocido las características de los niño según su edad, así como los diversos factores que pueden influir para su comportamiento en el consultorio dental , se podrá elegir la técnica de manejo de conducta más adecuada para cada caso en particular.

### **3.6 Premedicación y anestesia general: consideraciones generales.**

Cuando un niño no responde favorablemente después de haber utilizado los métodos anteriores, se puede emplear la premedicación, la analgesia con óxido nitroso o la anestesia general. Pueden emplearse también en niños con retraso mental o con algún otro impedimento o en los casos de pacientes comprometidos donde su manejo odontológico deba hacerse a nivel hospitalario.

### **Premedicación.**

Está indicada en los siguientes casos : niños muy pequeños ( menores de 3 años ) que carecen de la capacidad emocional e intelectual para cooperar; niños muy aprensivos en quienes la premedicación puede usarse junto con otras técnicas de manejo de la conducta ( decir-mostrar-hacer, modelamiento ); niños físicamente impedidos (parálisis cerebral) que no pueden controlar adecuadamente sus actividades musculares voluntarias; niños mentalmente impedidos ( síndrome de Down ).

Los principales medicamentos utilizados son :

Diazepam \_\_\_\_\_ Valium

#### **Antiansiolítico**

		4 veces
1-2.5mg.	2 a 4 años	al
5-12mg	5 a 9 años	Día
5-15mg	10 a 12 años	(un día antes)

Hidrato de cloral \_\_\_\_\_ Noctec

Hipnótico no barbitúrico

50mg x kg de peso ( sedativo )

75mg-100mg x kg de peso ( hipnótico )

dosis máxima 2 gr

causa depresión del SNC , del Sistema Respiratorio o paro cardíaco según la idiosincrasia medicamentosa, por lo que se maneja con equipo especial.

Hidroxizina \_\_\_\_\_ Atarax

Antiansiolítico y Antihistamínico

50-100mg como dosis máxima durante 24 hrs.

### **Analgesia con óxido nitroso y oxígeno.**

La administración de una combinación de óxido nitroso y oxígeno por inhalación, para modificar la conducta de los niños, ha gozado de popularidad.

El óxido nítrico es el único agente inorgánico de inhalación. Es un gas incoloro, de olor dulce que no tiene propiedades explosivas ni inflamables. Es el más débil de todos los agentes sedativos, siendo un buen agente analgésico pero un pobre sedativo (9).

Está indicado para niños temerosos o impedidos. El suministro de este analgésico produce un estado de relajación y euforia en el paciente. Además, aumenta el umbral del dolor, aunque se combina con la administración de un anestésico local. Debido a sus resultados favorables, pues es de fácil administración, está libre de efectos colaterales desfavorables, y es seguro; muchos odontopediatras lo han incorporado a su equipo para el manejo de la conducta.

#### Anestesia general.

Es un procedimiento que puede poner en peligro la vida del paciente, por lo que su uso deberá ser restringido a aquellos casos específicamente indicados, es decir, cuando todos los métodos para el manejo del paciente han fracasado para el control de la conducta, en niños muy pequeños, menores de tres años, con caries extensivas (caries por biberón), en niños con parálisis cerebral, y niños que requieren tratamiento internados en un medio hospitalario.

La administración de anestesia general requiere de personal y equipo especializado para poder controlar las reacciones del paciente.

( 9 ) J. Dent. Child. 60 (4-5): cit. p. 270-280. Julio-octubre, 1993.

En estudios realizados por John E. Nathan se encontró que con respecto a una relación entre el número de casos donde se empleó sedación y anestesia general, la proporción indicaba que la hospitalización de pacientes por año había disminuido considerablemente en comparación con la sedación oral manejada dentro del consultorio dental ( 10 ).

( 10 ) J. Dent. Child. 56 ( 4 ): cit. p. 293-301. Julio-agosto, 1989.



## **CAPITULO IV**

### **INVESTIGACION :**

**INFLUENCIA DE LOS FACTORES EN LA TRIADA  
PACIENTE-DENTISTA-PADRES,  
QUE DETERMINAN EL COMPORTAMIENTO  
DEL NIÑO EN LAS CLINICAS DE  
ODONTOPEDIATRIA, F.O., Y QUE DAN  
LA PAUTA DEL MANEJO DE LA  
CONDUCTA A SEGUIR**

## CAPITULO IV

### INVESTIGACION

Influencia de los factores en la Triada, paciente-dentista-padres, que determinan el comportamiento del niño en las clínicas de Odontopediatría de la F.O. y que dan la pauta para la técnica del manejo de la conducta a seguir.

El objetivo de esta investigación es la identificación de todos aquellos factores que determinan el comportamiento de los niños atendidos en las clínicas de Odontopediatría de la F.O., durante las sesiones odontológicas, y que influyen en la elección de las técnicas para el manejo de su conducta. Con ello deseamos descubrir las deficiencias que se tienen en el conocimiento de este tema, para poder así modificar y ayudar a cambiar los aspectos, que dificultan el trato del paciente infantil en nuestras clínicas.

La investigación fué realizada mediante un cuestionario que se aplicó tanto a los padres y alumnos que atendieron el universo de 50 pacientes utilizado para esta investigación.

Dichos cuestionarios fueron repartidos en las clínicas y en la División de Estudios de Posgrado de la F.O. al azar.

Este cuestionario fué elaborado con las siguientes interrogativas:

\* **Nombre del Paciente**

\* **Sexo ( Masculino y Femenino )**

\* **Edad ( Años )**

0 a 1

1 a 3

3 a 5

5 a 7

8 a 12

\* **Grado escolar**

Preescolar

Escolar

Ninguno

\* **Carácter del Niño**

Introvertido

Extrovertido

Consentido

Obediente

\* **Actitud del Niño**

Cooperador  
Poco Cooperador  
Nada Cooperador

\* **Grado de escolaridad de los padres**

Básico  
Medio Superior  
Superior  
Licenciatura  
Sin Estudios

\* **Ocupación de los Padres**

Oficios  
Profesiones  
Hogar

\* **Tipo de Vivienda**

Casa Propia  
Departamento Propio  
Renta  
Otros

\* **Número de Habitaciones**

1, de 2 a 3, más de 3.

**\* Número de Baños**

1, 2, más de 2

**\* Personalidad de los Padres**

Se muestran confiados hacia los tratamientos y se preocupan por la atención a sus hijos.

Se muestran inseguros y sobreprotegen al niño.

Siempre están inconformes y regañan al niño con frecuencia.

Indiferentes.

**\* Trato del operador hacia el niño**

Lo saluda y platica con él antes del tratamiento.

Lo saluda y lo coloca en la unidad para realizar el tratamiento.

Entra la mamá a colocarlo en la unidad y se inicia el tratamiento.

**\* ¿Tiene influencia en el comportamiento del niño el verse rodeado por otros niños que lloran?**

Si

No

- \* Técnicas utilizadas por el operador para el manejo de la conducta del paciente.

Mostrar, Decir y Hacer.

Mano sobre boca.

Restricción de movimientos.

Otras.

- \* ¿Utiliza el operador estímulos materiales o afectivos para reforzar el manejo de la conducta?

Sí

No

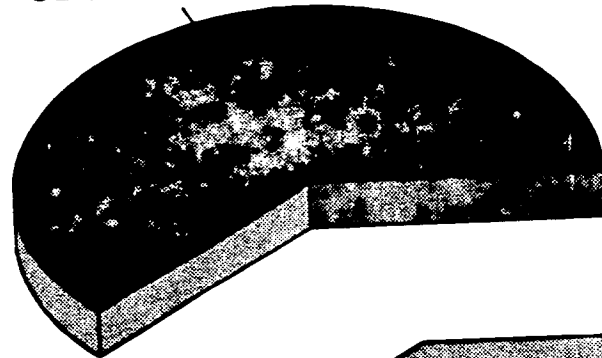
Los resultados obtenidos en ésta, serán explicados en forma gráfica, que servirá para complementar de manera óptima las conclusiones a que nos encauzaron todas y cada una de las variantes de la investigación.

## **RESULTADOS**

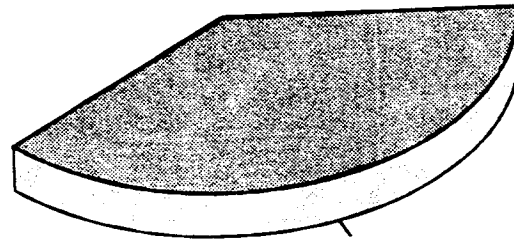
# TIPO DE PACIENTE ( SEXO )

---

MASCULINOS  
31 62%



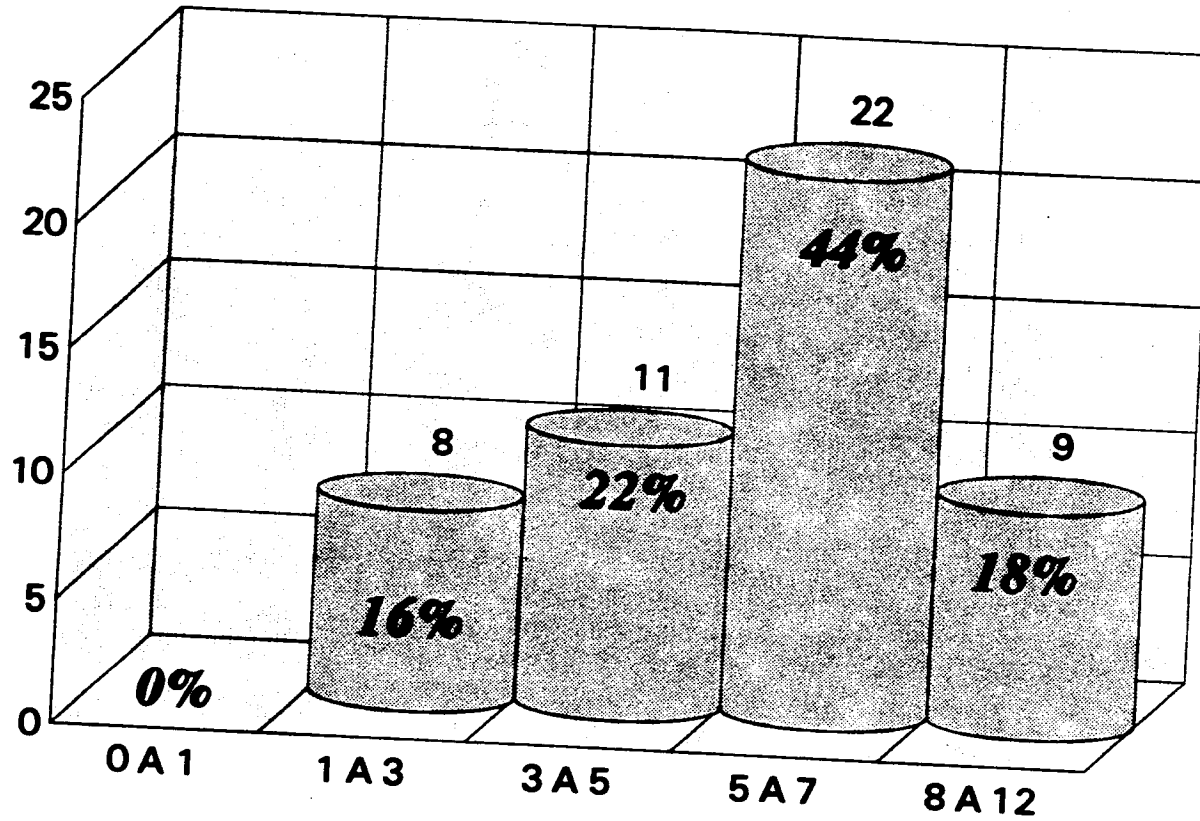
Total de  
Pacientes  
Atendidos  
50



FEMENINOS  
19 38%

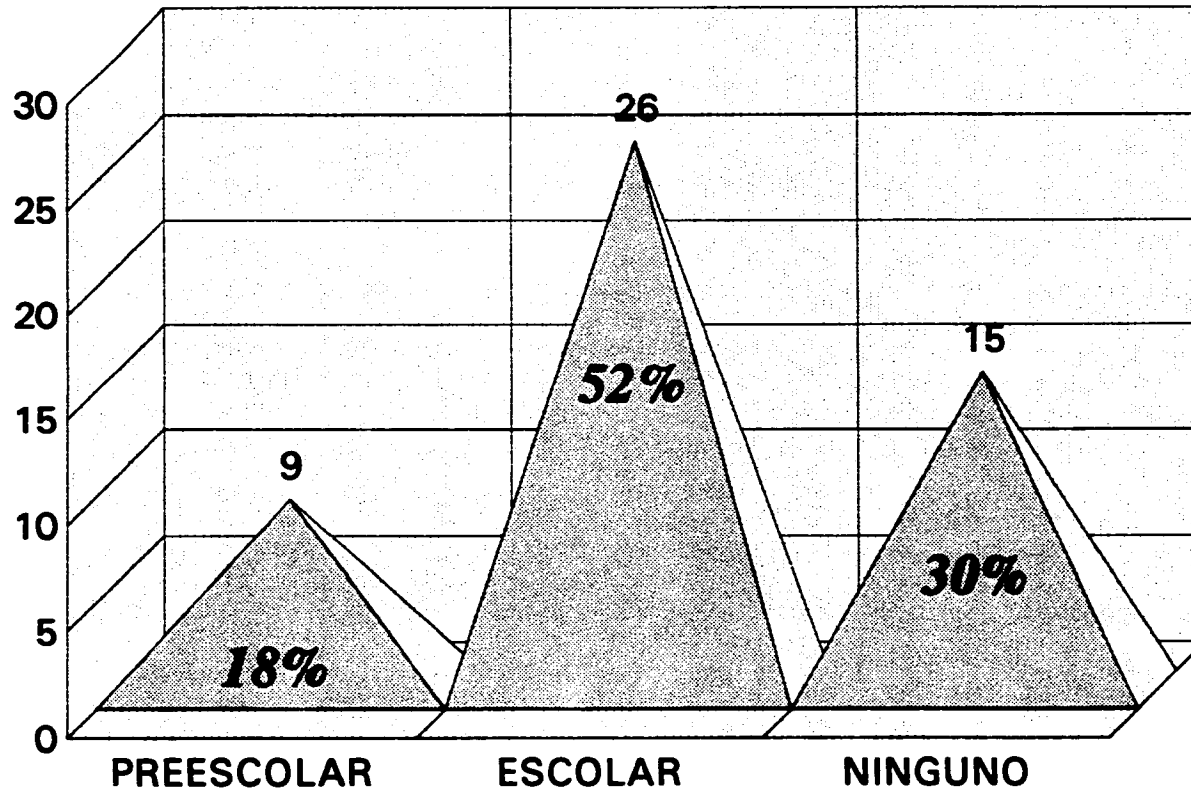


# EDAD DE LOS PACIENTES

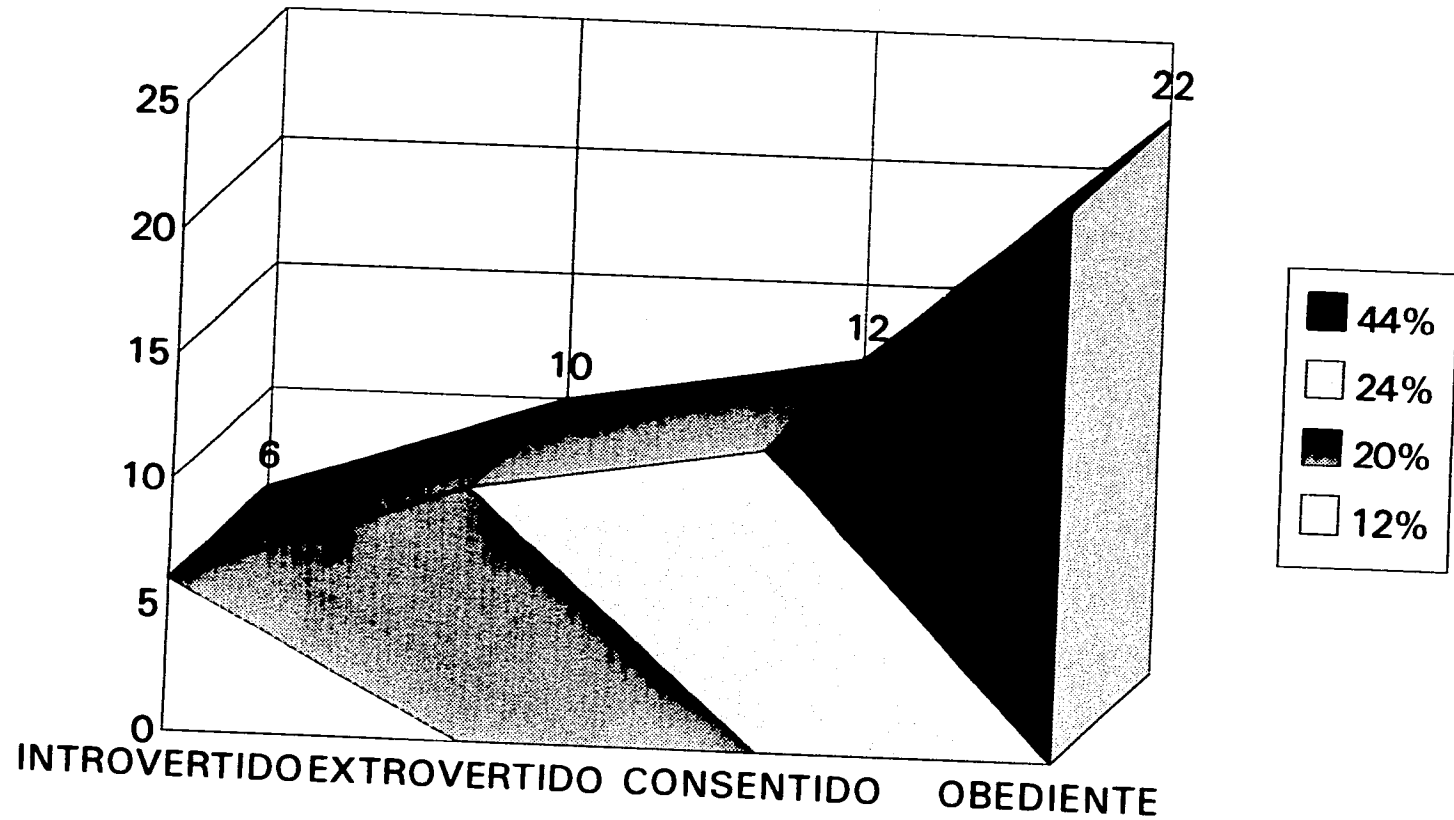


# GRADO ESCOLAR

---

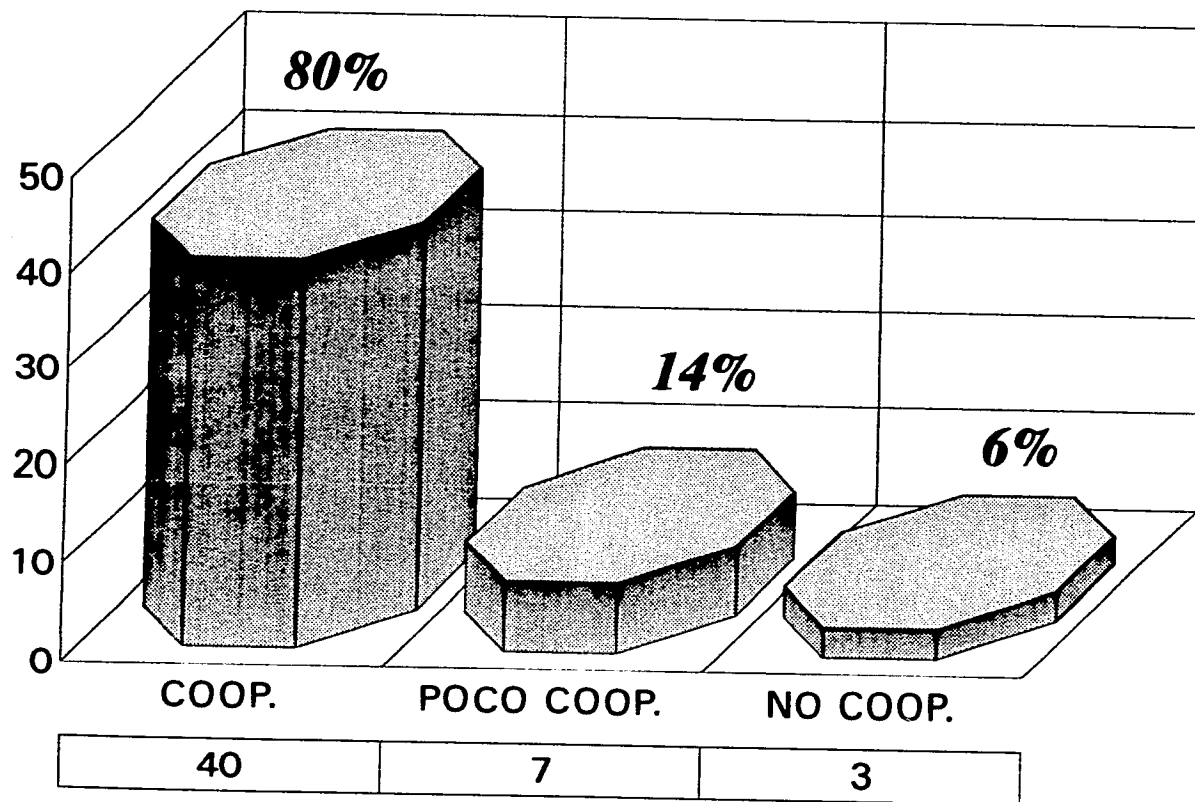


# CARACTER DEL PACIENTE



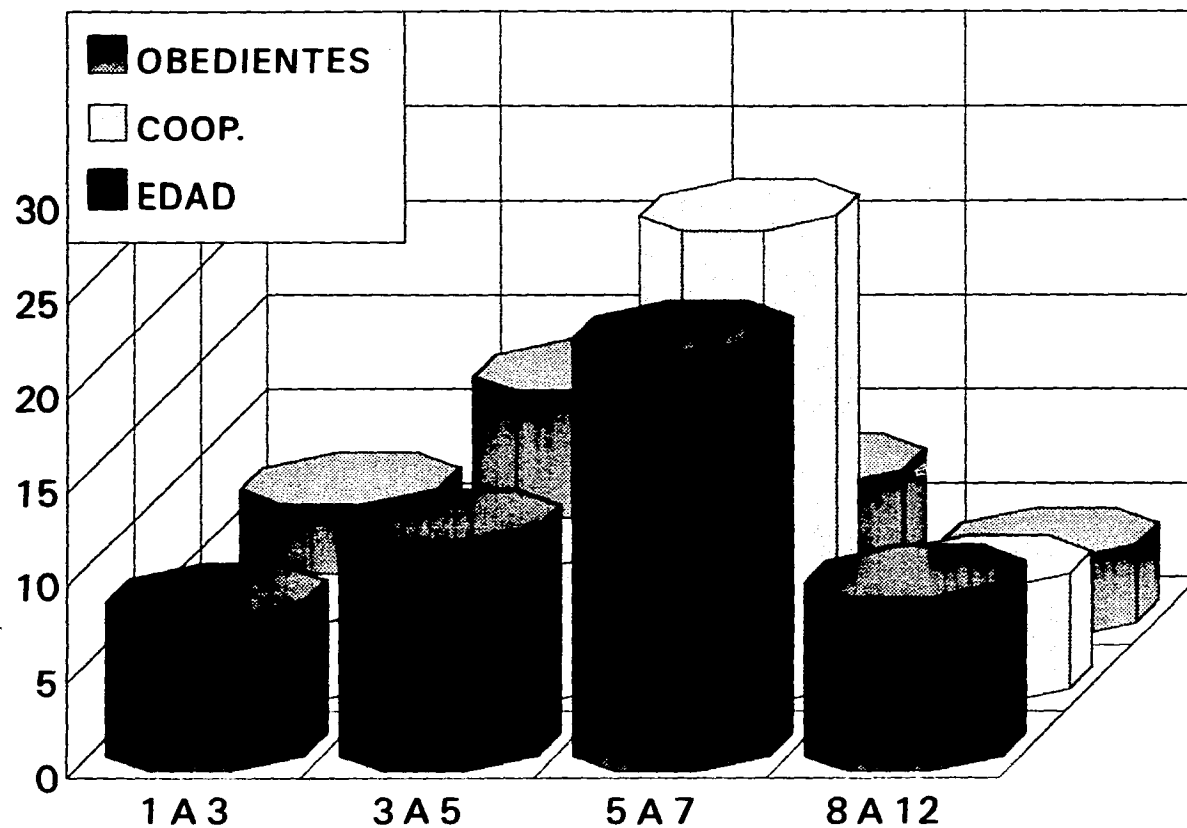
# ACTITUD DEL PACIENTE

---



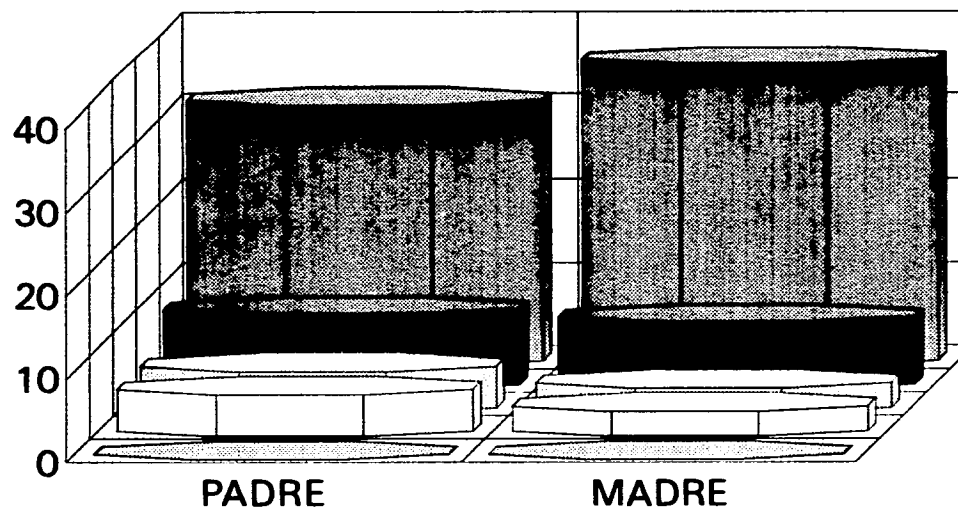
# EDAD, ACTITUD Y CARACTER DEL PACIENTE






---



# ESCOLARIDAD DE LOS PADRES

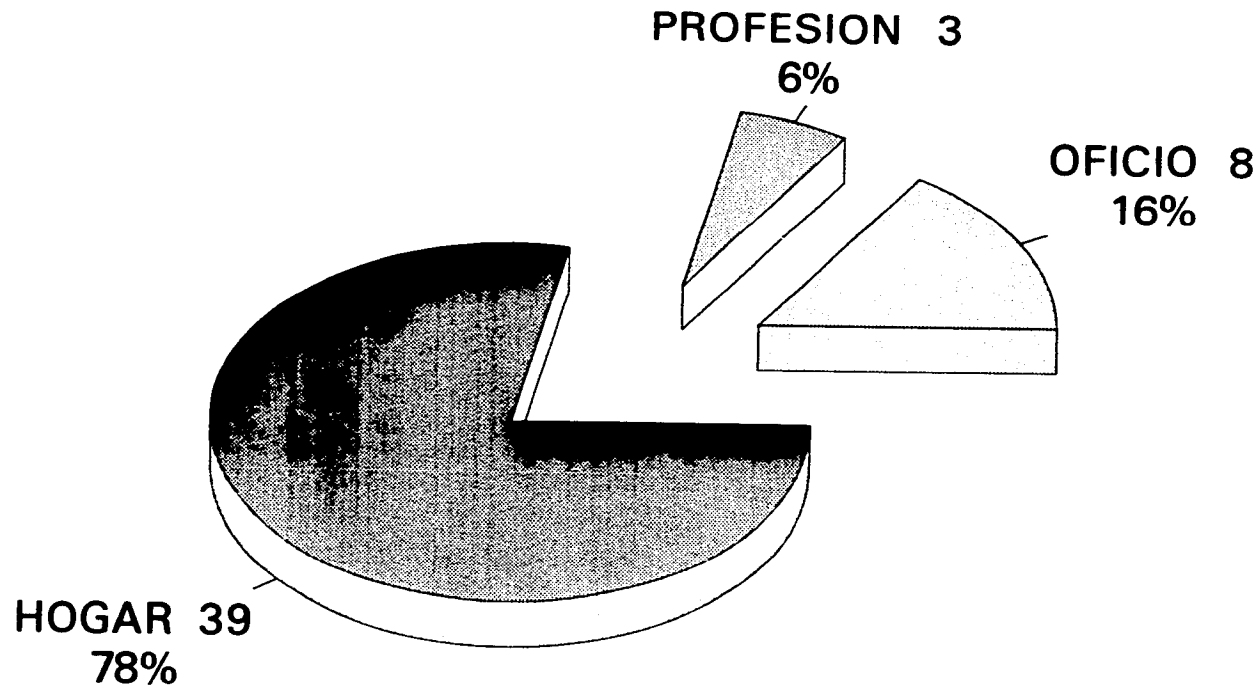
---



BASICO		31	<b>62%</b>	36	<b>72%</b>
MEDIO SUP.		9	<b>18%</b>	8	<b>16%</b>
SUPERIOR		5	<b>10%</b>	3	<b>6%</b>
LICENCIATURA		5	<b>10%</b>	3	<b>6%</b>
SIN ESTUDIOS		0	<b>0%</b>	0	<b>0%</b>

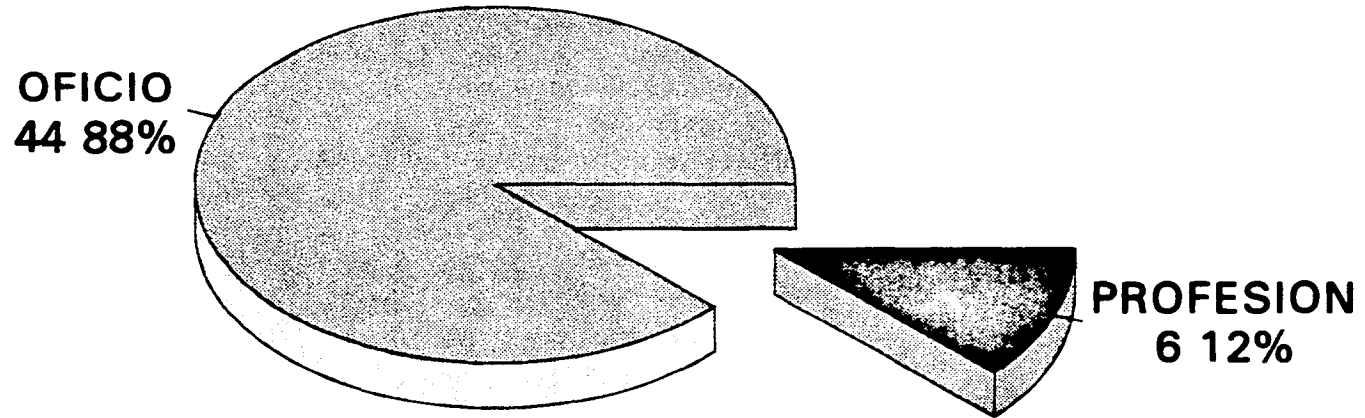
# OCUPACION DE LAS MADRES

---



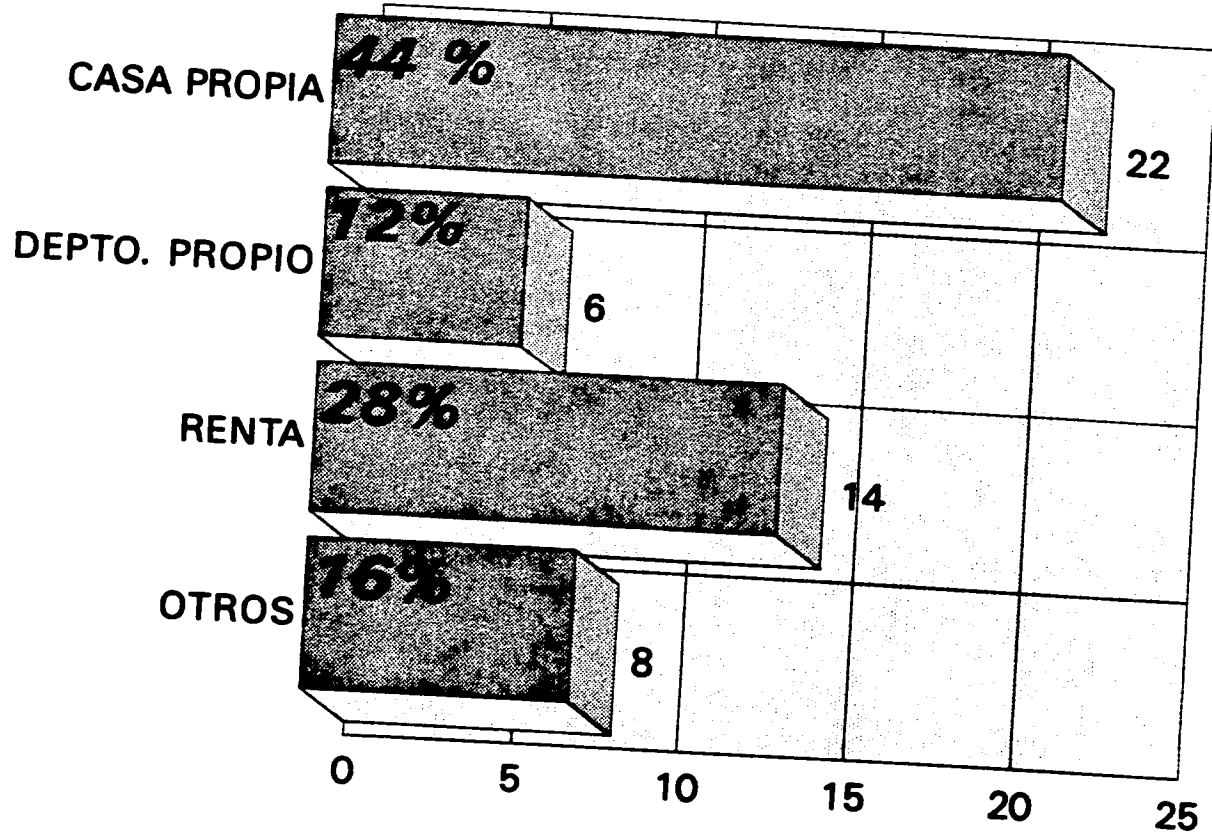
# OCUPACION DE LOS PADRES

---



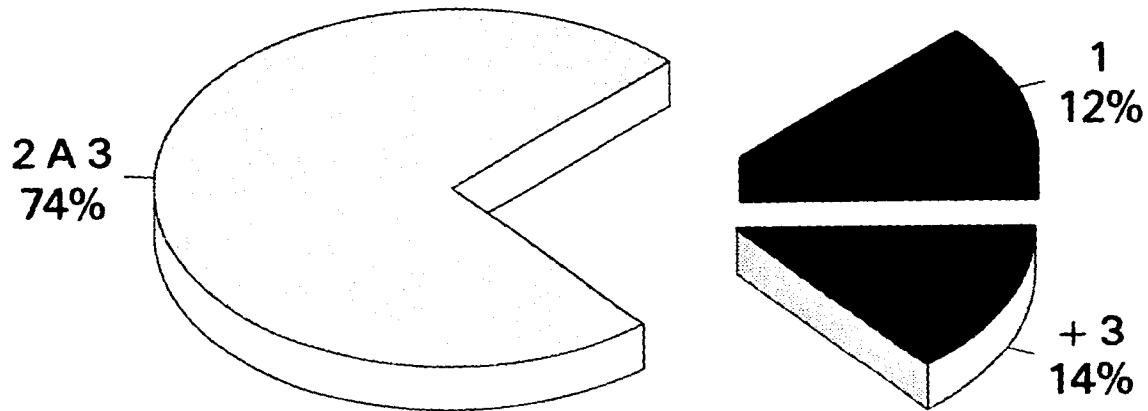


# TIPO DE VIVIENDA



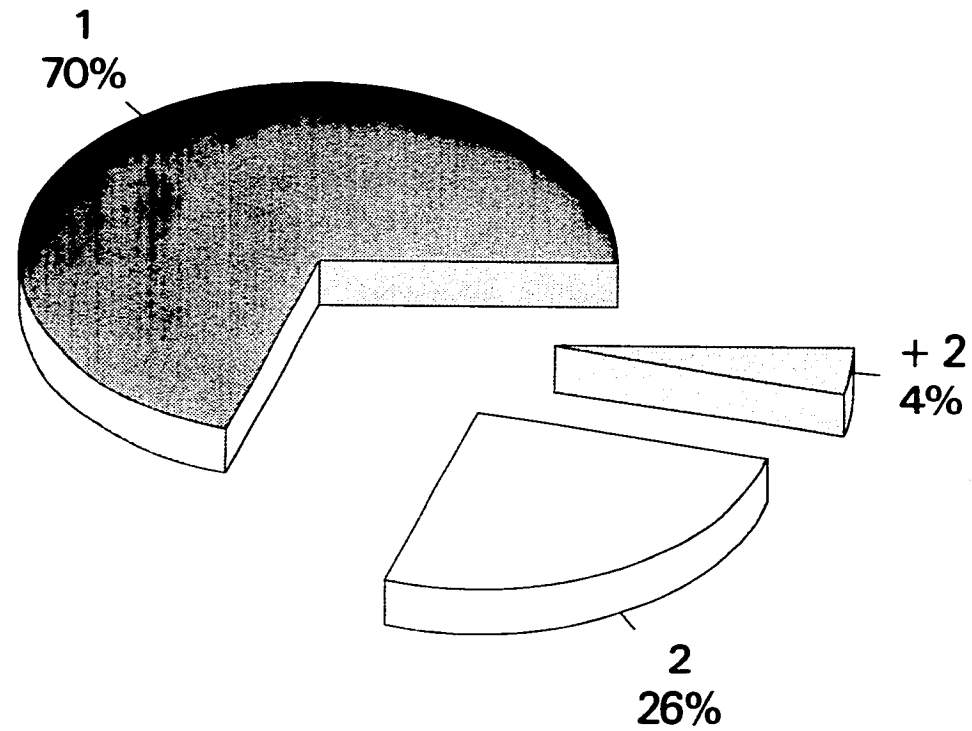
# NUMERO DE HABITACIONES

---



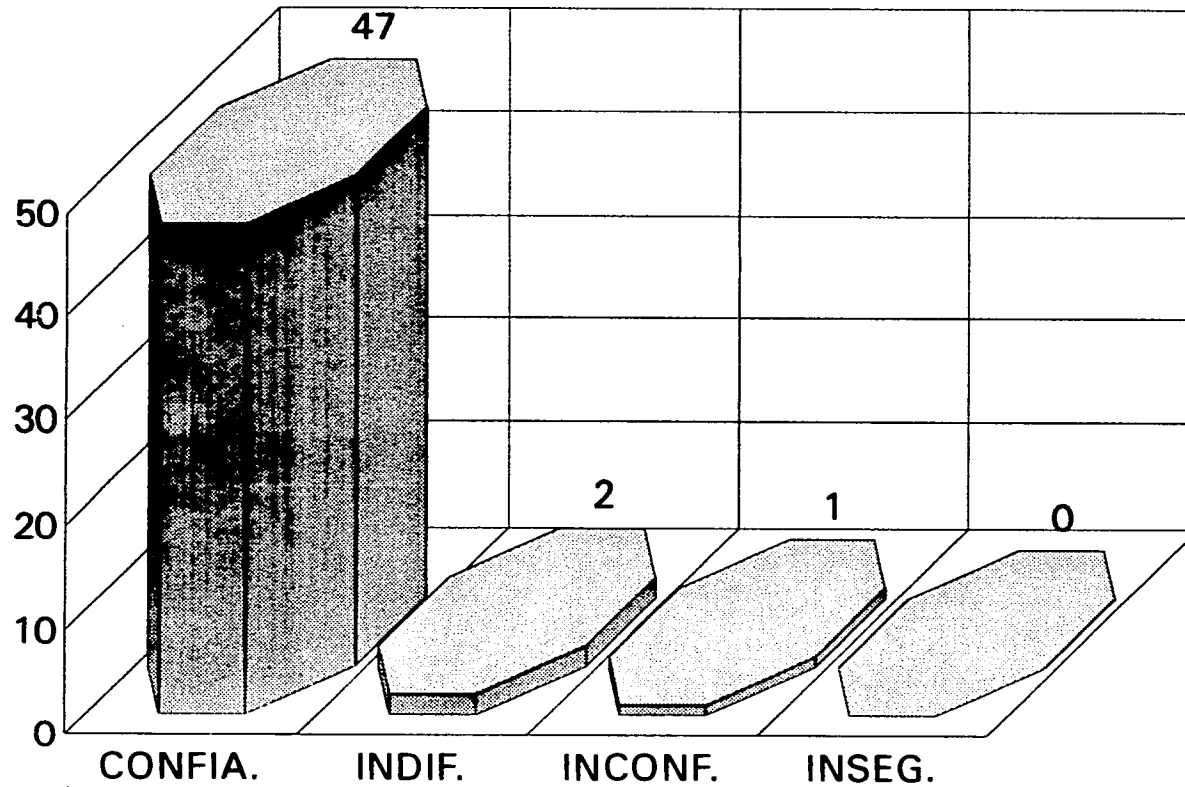
# NUMERO DE SANITARIOS

---

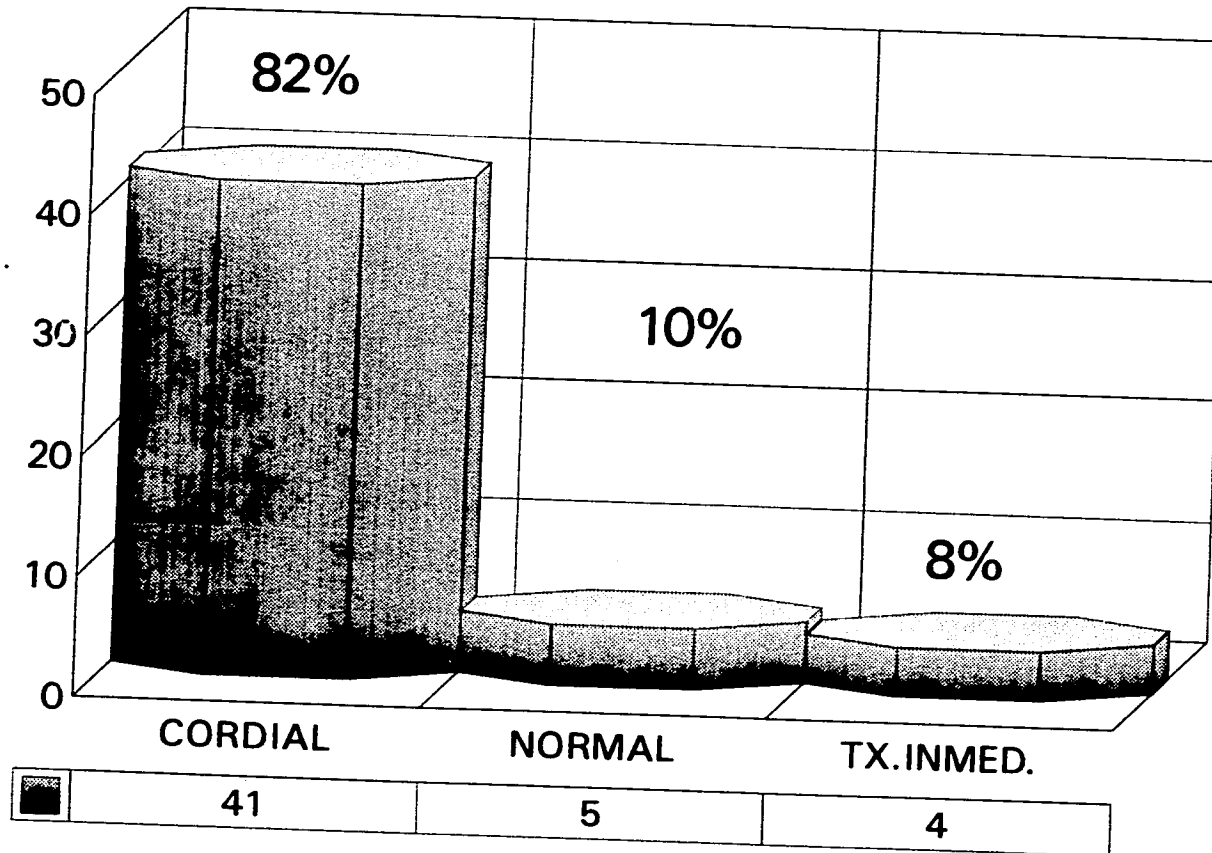


# PERSONALIDAD DE LOS PADRES

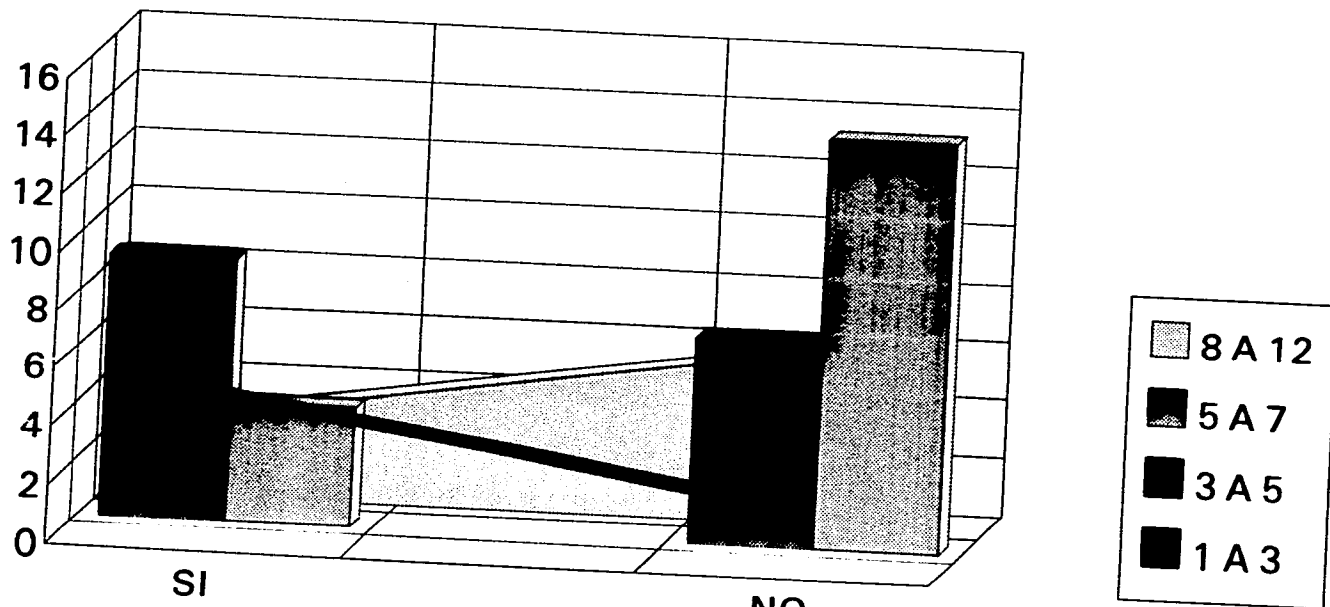
---



# TRATO DEL OPERADOR HACIA EL PACIENTE

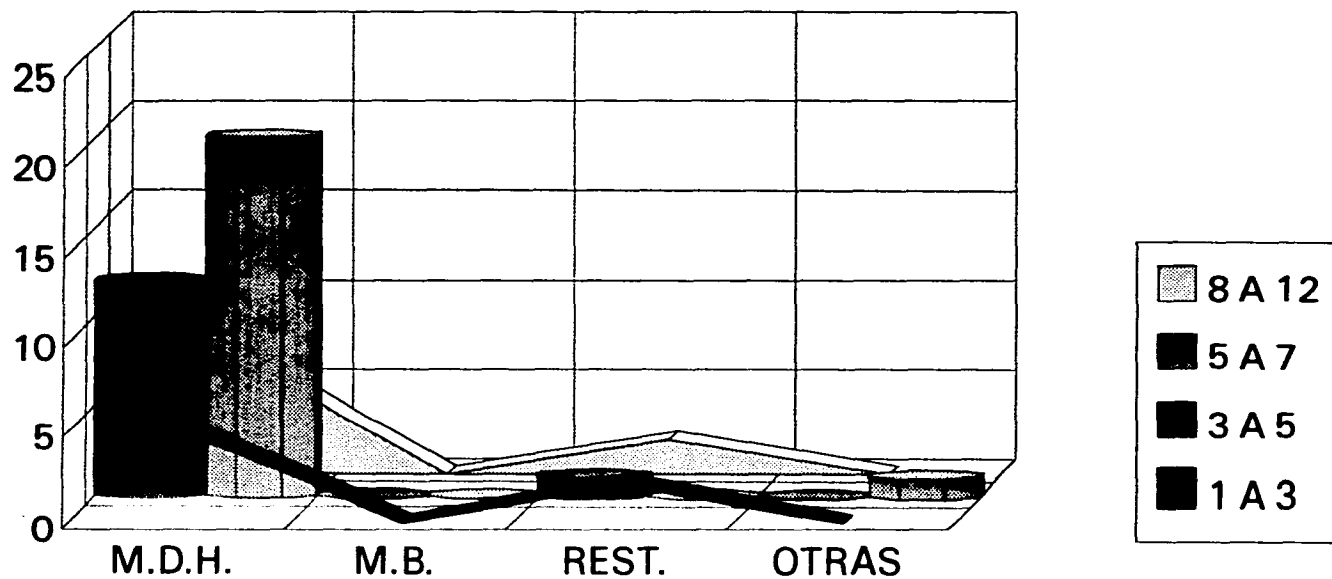


# INFLUENCIA DEL AMBIENTE SOBRE EL PACIENTE



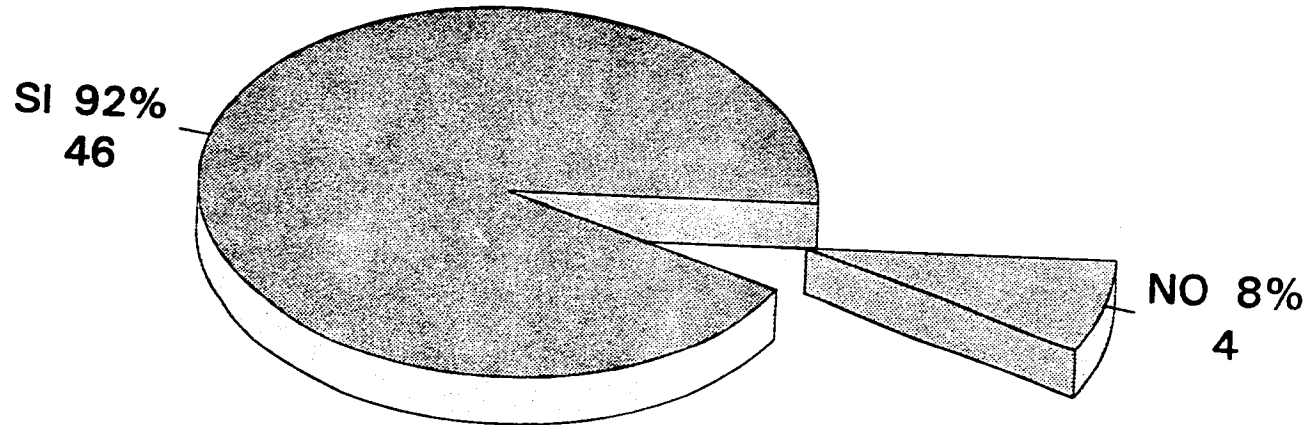
8 A 12	3	6%	12%	6
5 A 7	4	8%	28%	14
3 A 5	9	18%	14%	7
1 A 3	5	10%	4%	2

# TECNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA



8 A 12	7 <b>14%</b>	0	2 <b>4%</b>	0
5 A 7	20 <b>40%</b>	0	0	1 <b>2%</b>
3 A 5	12 <b>24%</b>	0	1 <b>2%</b>	0
1 A 3	5 <b>10%</b>	0	2 <b>4%</b>	0

# ESTIMULOS EMPLEADOS CON EL PACIENTE



ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA



## **CONCLUSIONES**

## CONCLUSIONES

Esta investigación contó para su realización con un total de 50 pacientes atendidos, de los cuales, el 62% (31), fueron varones, mientras que el 38% (19), fueron mujeres.

La edad promedio de los pacientes atendidos, fluctúa en un rango que oscila entre los cinco y siete años (44%), teniendo por ende como predominante, una escolaridad que abarca los niveles preescolar y básico, (18% y 52% respectivamente).

Analizando el perfil psicológico de los pacientes infantiles atendidos, relacionándolo con los datos anteriores, encontramos que los pequeños tienden a ser personas obedientes (44%), durante el tratamiento dental, mostrándose cooperativos con el dentista (80%). Más sin embargo, analizando el total de pacientes atendidos, podemos concluir que a menor edad los pacientes se comportan menos obedientes y cooperativos en virtud a que sus relaciones interpersonales se limitan únicamente al trato con los padres y no reconocen a otra autoridad.

A medida que la edad es mayor encontramos un factor equilibrante, los pequeños de tres a cinco años, se comportan poco cooperativos, pero se consigue su obediencia a través de las técnicas de manejo, y los pequeños de cinco a siete años son inversamente proporcionales, debido a la inquietud propia de su edad.

Al llegar a los pacientes de mayor edad (ocho a doce años), encontramos que debido a su avance educacional, emocional y por los factores de su desarrollo, se pierde la cooperación y la obediencia, es entonces cuando el dentista demuestra su habilidad para que con las técnicas antes mencionadas logre captar su atención y su obediencia, para conseguir la cooperación del paciente en su tratamiento.

No obstante, no debemos perder de vista que, a pesar de que en ciertas edades no encontramos valores elevados de cooperación y obediencia, se manifestaron caracteres de extroversión, introversión y consentimiento de los padres, en los pequeños.

Esta investigación no se limitó al paciente, sino que nos preocupamos por estudiar su entorno. Dentro de los factores analizados encontramos que la escolaridad predominante en los padres de los pequeños, se encuentra en el nivel básico (62% padres y 72% madres).

La ocupación predominante en las madres, se enfocaba a las labores domésticas (78%), mientras que los padres desempeñaban un oficio en su mayoría (88%).

El nivel de vida de los encuestados nos dio como resultado que el tipo predominante de vivienda era la casa habitación (44%), las cuales contaban de dos a tres recámaras (74%), y un sólo baño (70%).

Los factores anteriormente descritos, nos llevan a la siguiente conclusión:

a) Los pequeños representan un estrato social de clase media baja, que nos crea una problemática en los niños en sus hábitos de limpieza, educación, etc.

b) Los padres, por todos los factores que envuelven a este estrato, no pueden en su mayoría, dar a los pacientes una educación elemental de salud oral, por lo que al llegar los pacientes a consulta el avance de las enfermedades bucales derivan en un tratamiento correctivo bucal, lo cual dificulta aún más el manejo del niño por el estado en el que llega (dolor, inflamación, infección, destrucción de las piezas dentarias, etc.).

Analizando a los padres, nos encontramos que la gran mayoría confía en el dentista y en los procedimientos dentales a realizar (94%), siendo ésto base para la confianza del niño en el dentista. Sin embargo, encontramos padres que presentan una indiferencia en la atención hacia sus hijos, repercutiéndonos en problemas de conducta del paciente (desobediencia, no cooperación).

Encontramos que es de vital importancia que la actitud del operador hacia el paciente sea cordial para obtener la confianza, obediencia y cooperación del niño, en esta investigación por fortuna, el 82% de los operadores cuentan con esta característica.

El ambiente existente en consulta es fundamental para el comportamiento del paciente, sin embargo los resultados que se obtuvieron demostraron que para la pequeños de uno a cinco años el ambiente fue determinante y para los niños de seis a doce años, el ambiente no lo fue. Esto nos permite concluir que sería recomendable el aislamiento de los pacientes por cubículos individuales para obtener el medio propicio de atención médica.

En cuanto a las técnicas de manejo de conducta empleadas, nos encontramos que debido al desconocimiento o falta de experiencia en su aplicación, la mayoría de los alumnos limita la práctica a unas cuantas.

En ésta investigación predominó el empleo de la técnica " Mostrar-Decir-Hacer ", ocupándose en un porcentaje muy bajo la técnica de " Restricción de Movimientos ", ésto se presentó en edades de uno a tres años y de ocho a doce años, debido al escaso desarrollo intelectual y social, y a la secuela dejada por el manejo inadecuado de otros dentistas, respectivamente.

Encontramos que es necesario para el fácil manejo del paciente que el operador cambie el vocabulario que le resulte atemorizante al niño por palabras que despierten su fantasía en forma positiva. Afortunadamente la mayoría de los operadores encuestados se inclinan por esta actitud, conjuntamente con el empleo de estímulos materiales o afectivos que no deben caer en el chantaje.

## BIBLIOGRAFIA

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-ALARCIA, A.; ALURRALDE, C.;BABINI, J.; BABINI, N.;BASTOS, V.; BAUDIZZONE,L.; "DICCIONARIO ENCICLOPEDICO QUILLET", 10ª EDICION, TOMO III, PAG. 12, EDIT. CUMBRE. 1979.
- 2.-BARBER,T.;LUKE,L.; "ODONTOLOGIA PEDIATRICA" CAP. IV, PAGES. 42-58, EDIT. MANUAL MODERNO, 1987.
- 3.-BARENIE. J. ; RIPA, L. ; "MANEJO DE LA CONDUCTA ODONTOLOGICA DEL NIÑO ", CAP. I-VII, PAG. 1-102. EDIT. MUNDI SAIC Y F . 1984
- 4.-DAVIDOFF,L.;"INTRODUCCION A LA PSICOLOGIA",2ª EDICION,CAP. III, PAGES.67-110,EDIT.MCGRAW-HILL,1986.
- 5.-DAVIS,J.;LAW,D.;LEWIS,T.;"ATLAS DE PAIDODONCIA" 2ª EDICION, CAP. XVIII,PAGES. 446-449, EDIT. MEDICA PANAMERICANA, 1984.
- 6.-FINN,S.;"ODONTOLOGIAPEDIATRICA",4ªEDICION,CAPS.I-III,PAGES.39. EDIT. INTER-AMERICANA. 1991
- 7.-MACDONALD,R.;AVERY,D.;"ODONTOLOGIA PEDIÁTRICA Y DEL ADOLESCENTE",5ª EDICION,CAP.III,PAGES.45-67,EDIT. MEDICA PANAMERICANA,1990.

8.-MORRIS, CH.; "PSICOLOGIA:UN NUEVO ENFOQUE", 5ª  
EDICION, CAP. X, PAGES. 313-318, EDIT. PRENTICE-HALL  
HISPANOAMERICANA, S. A., 1988.

9.-PINKHAM, J.; CASAMASSIMO, P.; FIELDS, H.; MCTIGUE, D.; NOWAK, A  
.; "ODONTOLOGIA PEDIATRICA", CAPS. XI, XVI, XXI, XXVIII, XXV,  
PAGES. 148-152, 204-206, 227-228, 352-356, 476-478, EDIT.  
INTERAMERICANA, MCGRAW-HILL, 1993.

**ARTICULOS:**

10.-BOGETZ, M.; BRAHAM, R.; KIMURA, M.; "PHARMACOLOGIC PATIENT  
MANAGEMENT IN PEDIATRIC DENTISTRY:AN UPDATE" JOURNAL OF  
DENTIST FOR CHILDREN, VOL. 60, N° 4 Y 5 PAGES. 270-280, 1993.

11.-CRALL, J. J.; NAINAR, H.; "CHILD PATIENT BEHAVIOR, A NEW  
PERSPECTIVE", JOURNAL OF DENTISTRY FOR CHILDRENS, VOL. 58, N°  
4, PAGES 303-305, 1991.

12.-ETH, S.; FRIEDLANDER A.; "DENTAL MANAGEMENT  
CONSIDERATIONS IN CHILDRENS WITH OBSESSIVE-COMPULSIVE  
DISORDER", JOURNAL OF DENTISTRY FOR CHILDRENS, VOL. 58, N°  
3, PAGES. 217-22, 1991.

13.-ETH, S.; FRIEDLANDR, A.; FRIEDLANDER, I.; YAGIELA, J.;  
"DENTAL MANAGEMENT OF THE CHILD AND ADOLESCENT WITH MAYOR  
DEPRESSION", JOURNAL OF DENTISTRY FOR CHILDREN", VOL. 60, N°  
2, PAGES. 125-131, 1993.



14.-ETH, S.; FREYMILLER, E.; FRIEDLANDR, A.; YAGIELA, J.;  
"DENTAL MANAGEMENT OF THE ADOLESCENT WITH PANIC  
DISORDER", JOURNAL OF DENTISTRY FOR CHILDREN, VOL. 60, N°  
6, PAGES. 365-371, 1993.

15.-GAUDIO, D.; NEVID, J.; "TRAINING DENTALLY ANXIOUS  
CHILDREN TO COPE", JOURNAL OF DENTISTRY FOR  
CHILDREN, VOL. 58, N° 1, PAGES. 31-37, 1991.

16.-NATHAN, J.; "MANAGEMENT OF THE DIFFICULT CHILD: A  
SURVERY OF PEDIATRIC DENTISTS, USE OF RESTRAINTS, SEDATION  
AND GENERAL ANESTHESIA", JOURNAL OF DENTISTRY FOR  
CHILDREN, VOL. 56, N° 4 PAGES. 293-301, 1989.

17.-PINKHAM, J.; "AN ANALYSIS OF THE PHENOMENON OF  
INCREASED PARENTAL PARTICIPATION DURING THE CHILD'S  
DENTAL EXPERIENCE", JOURNAL OF DENTISTRY FOR  
CHILDREN, VOL. 58, N° 6, PAGES. 458-463, 1991.

18.-PINKHAM, J.; "THE ROLES OF REQUEST AND PROMISES IN  
CHILD PATIENT MANAGEMENT", JOURNAL OF DENTISTRY FOR  
CHILDREN, VOL. 60, N° 3, PAGES. 169-174, 1993.

19.-STEELMAN, R.; "AGE AND SEX PREDILECTION OF UNMANAGEABLE  
HISPANIC PEDIATRIC DENTAL PATIENTS", JOURNAL OF DENTISTRY  
FOR CHILDREN, VOL. 58, N° 3, PAGES. 229-232, 1991.